Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

„Deutschland misshandelt seine Kinder“
Wie gut schützt das Bundeskinderschutzgesetz ?

07.07.2014 Ulm

J. M. Fegert, Ulm

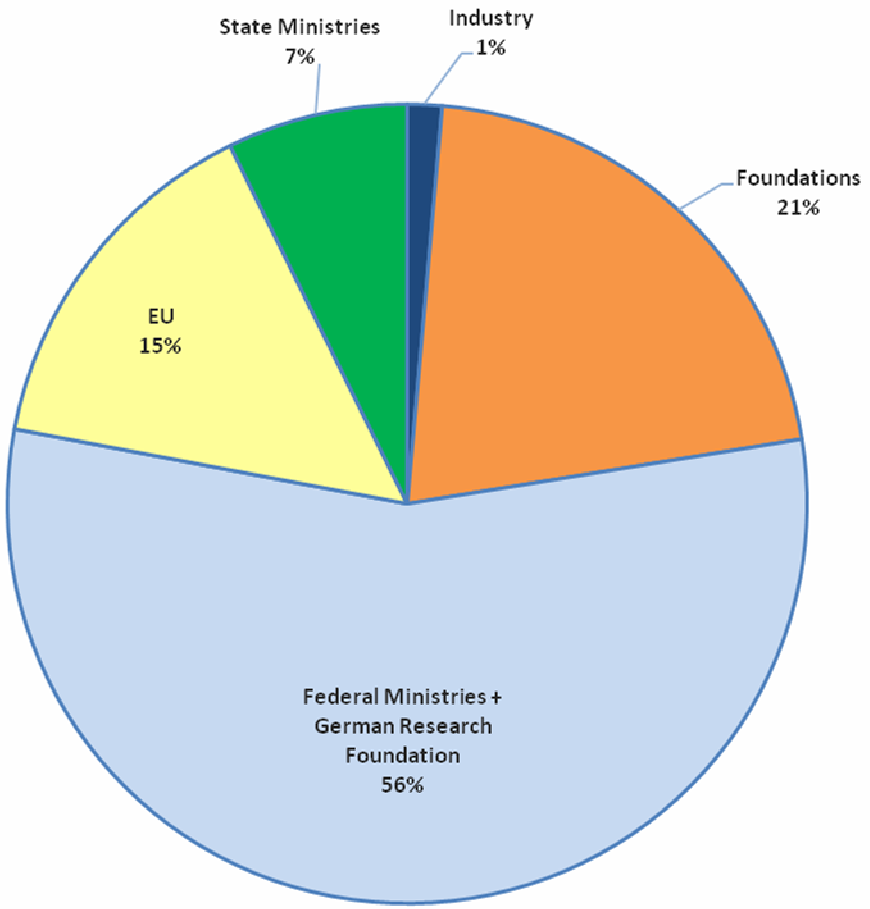
Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

- Forschungsförderung von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Volkswagenstiftung, Europäische Akademie, Päpstliche Universität Gregoriana, RAZ, CJD, Eli Lilly research foundation, Janssen Cilag (J&J), Medice, Celltech/UCB
- Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Vatikan, Goethe Institut, Pro Helvetia, Astra, Aventis, Bayer, Bristol-MS, Celltech/UCB, Janssen-Cilag (J&J), Lilly, Medice, Novartis, Pfitzer, Ratiopharm, Sanofi-Synthelabo, Shire, VfA, Generikaverband, andere Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- Keine industriegesponserten Vortragsreihen, „speakers bureau“
- Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit für Janssen Cilag, Medice, Lilly, Astra, BMS, B;BF, ADIR, Hoffmann-La Roche
- Mitgliedschaft in Steuerungsgremien und/oder wissenschaftlichen Beiräten der Firmen (international:) Pfitzer (DSMB), J & J, Lundbeck, Servier, (national:) Lilly, Janssen-Cilag, Celltech/UCB
- Jährliche Erklärung zu conflicts of interest gegenüber dem BfArM, DGKJP und AACAP wegen Komissionsmitgliedschaft
- Kein Aktienbesitz , keine Beteiligungen an Pharmafirmen, Mehrheitseigner 3Li

EXTERNAL FUNDING 2013 BY SPONSORS

DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY, ULM UNIVERSITY HOSPITAL



Michael Tsokos
Saskia Guddat
Deutschland misshandelt seine Kinder
Mehr als 200 000 Kinder werden pro Jahr Opfer von Gewalt durch Erwachsene. Schuldig macht sich auch jeder, der wegsieht. Die renommierten Rechtsmediziner zeigen das ganze Ausmaß dieses Skandals auf.
DROEMER

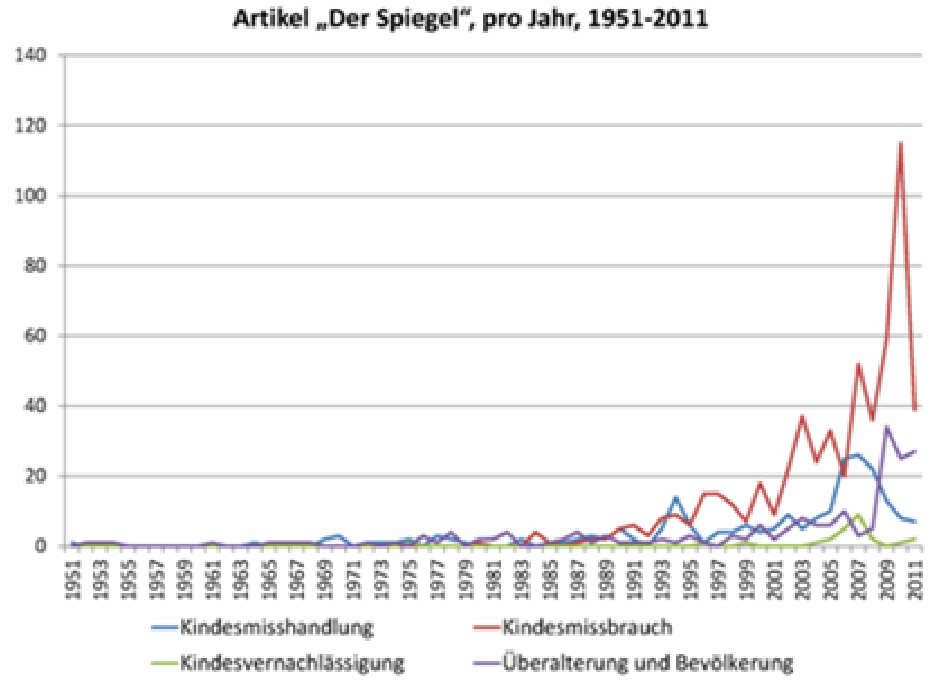
Verstärkte öffentliche Wahrnehmung der Kinderschutzproblematik

Berichterstattung über Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung

→Entwicklung der öffentlichen Debatte

→zeigt Epochen der Diskussion um Kinderschutz auf

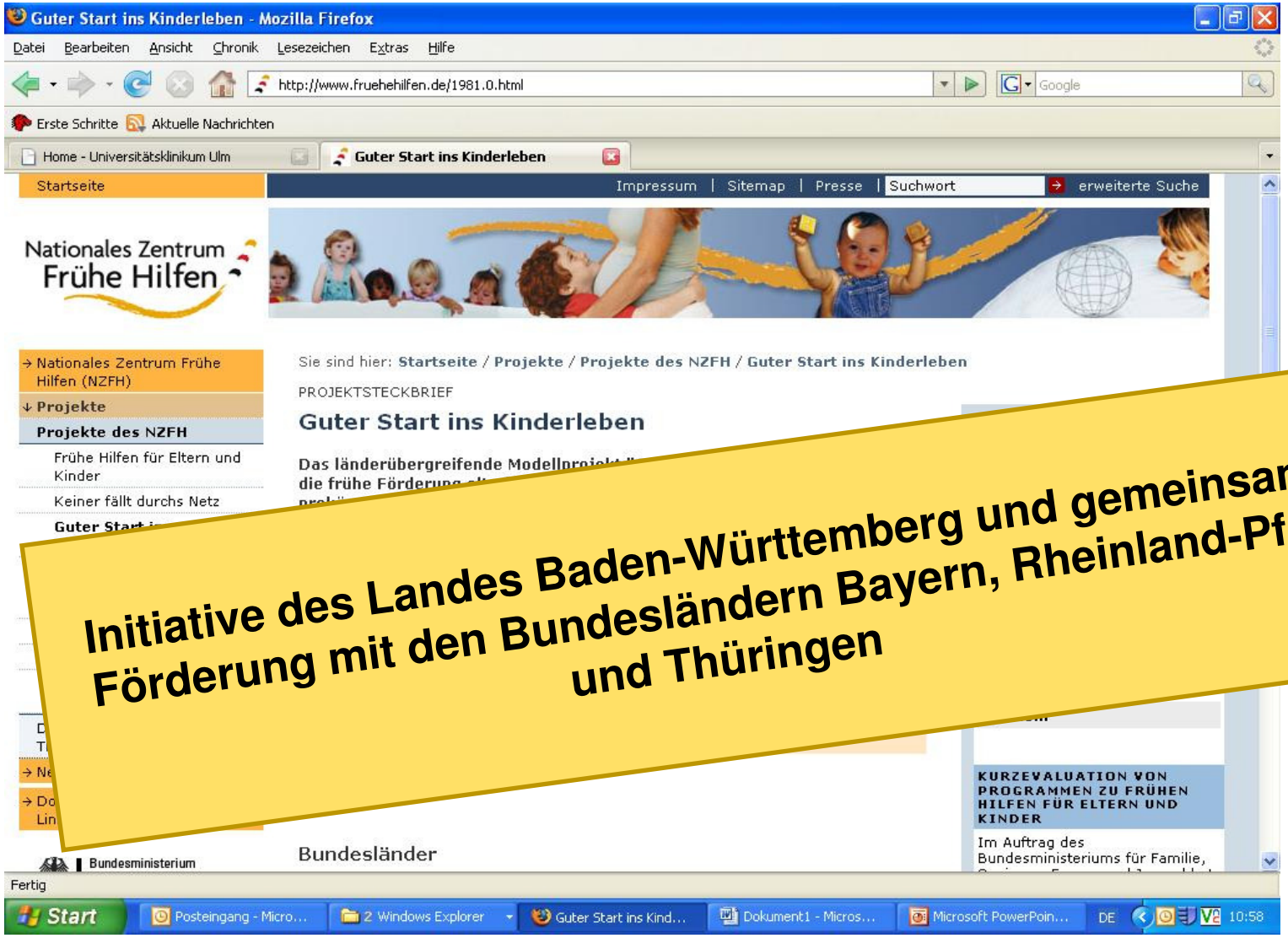
→Veränderungen der Stellung/ des Wertes von Kindern



Kinderschutz in Deutschland nach der Jahrtausendwende

- in den letzten Jahren vermehrte Aufmerksamkeit auf das Thema **Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern**
- Ziel **zahlreicher Initiativen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene** ist die Verbesserung des Kinderschutzsystems in Deutschland
- **2005 Novellierung des SGB VIII** mit der Einführung des §8a: Konkretisierung des Schutzauftrages in der Kinder- und Jugendhilfe
- Auf- und Ausbau präventiver Ansätze, den sogenannten **Frühen Hilfen** (multiprofessioneller Ansatz zur Prävention von Kindeswohlgefährdung)
- Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch
- 01.01.2012 **Bundeskinderschutzgesetz**

Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ (BMFSFJ)



Nach: Leeb et al. (2008): *Child Maltreatment Surveillance. Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements.* Atlanta.
Übersetzt von: Dieter Fischer 2009
Erweitert und kombiniert durch die Definitionen nach: Schone et al. 1997 und Kindler 2006.

Prävalenz von Misshandlungen in Kindheit und Jugend

Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer, 2011[1]:

Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung

Auswertbare Daten von 2504 Personen (≥ 14 Jahre)

Demographische Angaben

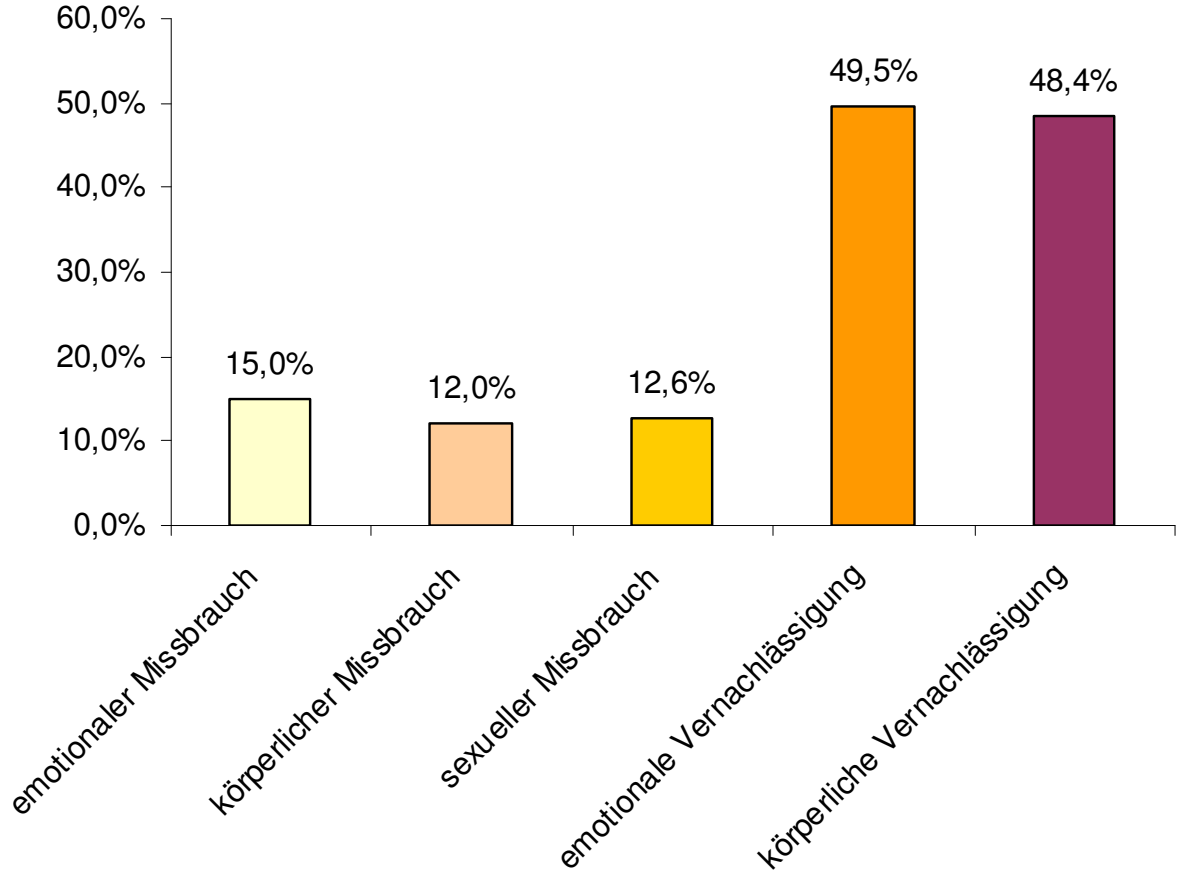
Standardisierter Fragebogen (Childhood Trauma Questionnaire)

---

[1] Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: Maltreatment in childhood and adolescence - results from a survey of a representative sample of the German population. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(17): 287–94.

Prävalenz von Misshandlungen in Kindheit und Jugend

Häufigkeit von Missbrauch und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend
(N=2504; Mehrfachnennungen möglich)



igsf gmbh

Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH ▪ Kiel

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Deutsche Traumafolgekostenstudie

Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?

Susanne Habetha
Sabrina Bleich
Christoph Sievers
Ursula Marschall
Jörg Weidenhammer
Jörg M. Fegert

Februar 2012

Schriftenreihe Band III

Jährliche gesamtwirtschaftliche Traumafolgekosten - Kosten

Tangible Kosten der Traumatisierung:

Gesundheitskosten, Kosten der Kinder- und Jugendhilfe, Ausbildungsförderung, Wertschöpfungsverlust etc.:

335.421€

Bei 1,6 Mio. Betroffenen: 6.708€ Traumafolgekosten pro Fall und Jahr

Jährliche Kosten für die deutsche Gesellschaft durch Folgen von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung

11 Mrd. €

oder

134,54€ trägt jeder Bundesbürger jährlich.

Öffentliche Debatte durch realitätsnahe Fallschilderung und Kritik am Handeln der Akteure und an der Effizienz der Hilfen insbesondere SPFH

Aber : unpraktikable Lösungsvorschläge z.B. Handlungspflicht für Ärzte

Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

§ 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

Änderungen in Vorschriften des SGB VIII, SGB IX, Schwangerschaftskonfliktgesetz

→ **Stärkung präventiver Ansätze / Kooperation in lokalen Netzwerken Früher Hilfen**

→ **Weiterqualifizierung der Einschätzung und Abwendung von Kindeswohlgefährdung**

Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

§ 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

Änderungen in Vorschriften des SGB VIII, SGB IX, Schwangerschaftskonfliktgesetz

zum damaligen Zeitpunkt:
Blockade durch das BMG !

→ **Stärkung präventiver Ansätze / Kooperation in lokalen Netzwerken Früher Hilfen**

→ **Weiterqualifizierung der Einschätzung und Abwendung von Kindeswohlgefährdung**

Verabschiedung 1.1.2012 / Verwaltungsvereinbarung Juli 2012

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

VERWALTUNGSVEREINBARUNG

BUNDESINITIATIVE NETZWERKE FRÜHE HILFEN UND FAMILIENHEBAMMEN 2012–2015

(gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

Die Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch
das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
– nachstehend »Bund« genannt –
und
das Land Baden-Württemberg,
der Freistaat Bayern,
das Land Berlin,
das Land Brandenburg,
die Freie Hansestadt Bremen,
die Freie und Hansestadt Hamburg,
das Land Hessen,
das Land Mecklenburg-Vorpommern,
das Land Niedersachsen,
das Land Nordrhein-Westfalen,
das Land Rheinland-Pfalz,
das Saarland,
der Freistaat Sachsen,
das Land Sachsen-Anhalt,
das Land Schleswig-Holstein,
der Freistaat Thüringen
– nachstehend »Länder/Land« genannt –
schließen folgende Verwaltungsvereinbarung über die oben genannte Bundesinitiative:

UNIVERSITÄT ULM · CURANDO · SCIENDO · DOCENDO ·

Interinstitutionelle Zusammenarbeit im Kinderschutz

interdisziplinäre und verbindliche Kooperations- und Vernetzungsstrukturen vor Ort (§3 KKG)

Vorläufer und Initiativen

→ zahlreiche kommunale Initiativen lokaler Netzwerke im Kontext Früher Hilfen

→ Einrichtung lokaler Netzwerkstrukturen in neun Landeskinderschutzgesetzen

→ systematische Entwicklung und Erprobung im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben

vielfältige kommunale Initiativen in Baden-Württemberg (unabhängig vom Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ sowie vor dem Bundeskinderschutzgesetz)

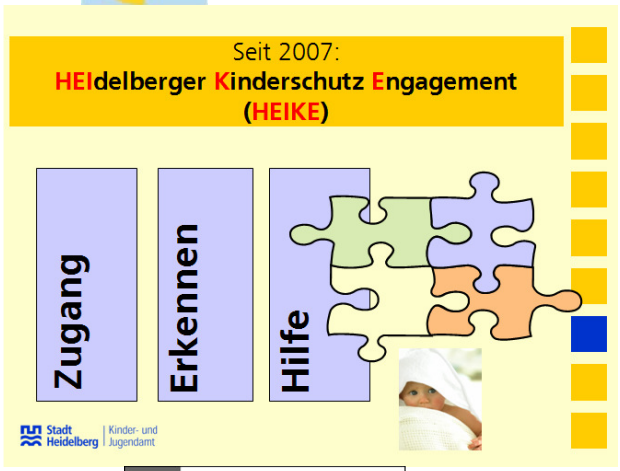
- ergänzende und spezifische Angebote Früher Hilfen (Familienbesuche, Familienhebammen, Entwicklungspsychologische Beratung, etc.)
- vielfach dauerhaft und als Teil der präventiven Regelversorgung

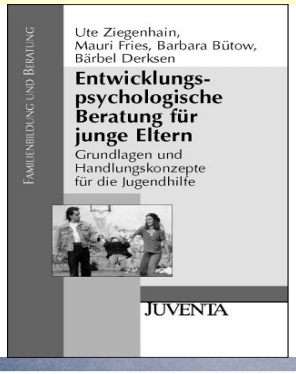
vielfältiger und selbstverständlicher Austausch zwischen den Stadt- und Landkreisen

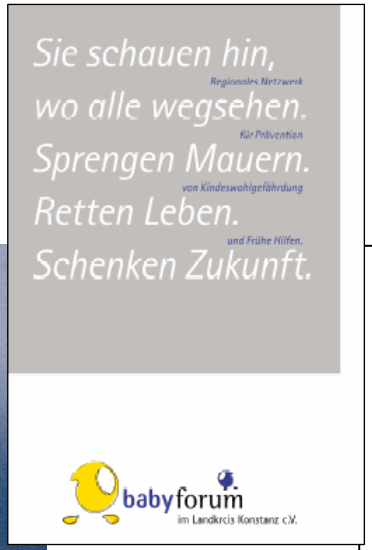
- informell
- im Rahmen unterschiedlichster Veranstaltungen (z.B. im Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz, KVJS, *überregionale NetzwerkeKonferenz „Voneinander Lernen“ (NZFH), etc.)*

→ Alleinstellungsmerkmal in Baden-Württemberg!

kommunale Initiativen in Baden-Württemberg







SPATZ in Ulm

Spezifische **A**bschätzung von Entwicklungsrisiken und Hilfebedarf

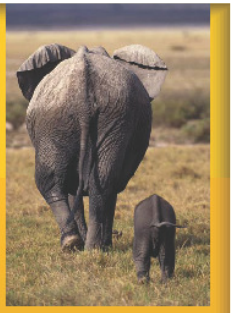
Teilhabe von Eltern mit und ohne Migrationshintergrund an Regelangeboten und ggf. an bedarfsgerechten Hilfen

Zusammenarbeit der Professionen aus Jugendhilfe und Gesundheitshilfe **in Ulm**

Hearing „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“

am 19.07.2012 in Stuttgart

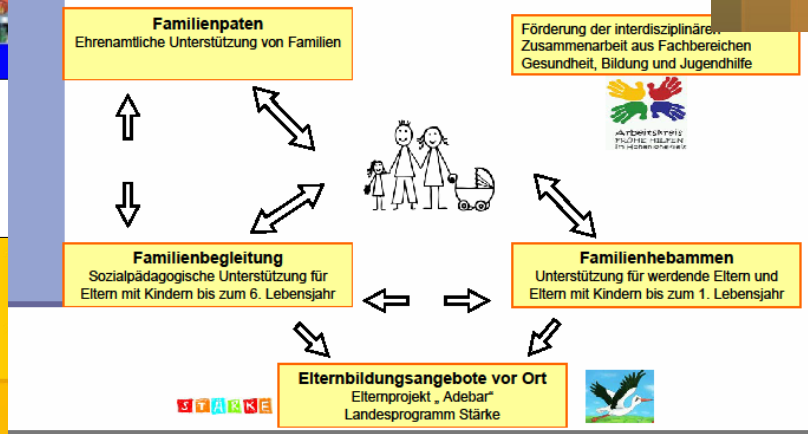
Frühe Hilfen



Biberach ist auf dem Weg

- Kurze Darstellung Struktur ASD Kreis BC
- Teilnahme am Forschungsprojekt ASD
- und Kiwogefä (München)
- Fortschreibung JHP 2007 Thema Frühe Hilfen Kurzbeschreibung
- Was haben wir bisher erreicht: Interne Verfahrensstandards, QUEV, Vereinbarungen nach § 8a, Maßnahmen (Familienhebammen, EBP, Elterntreffs, Familienfreizeiten, Maßnahmen über Stärke….), erste Kontakte Jugendhilfe/Gesundheitshilfe
- Was läuft aktuell: Planung der Fortbildung für die Gesundheitshilfe im Herbst 2012
- Wo wollen wir hin: Verfahrenstandards auch und gerade für die Gesundheitshilfe, auch unter dem Aspekt des neuen BKiSchG
- Was brauchen wir

„Frühe Hilfen“ im Hohenlohekre



Landratsamt Hohenlohekreis

Motivation

BKiSchuG

und Personensorge-berechtigten ➢Hinwirken auf Hilfe ➢Anspruch auf Beratung durch „insoweit erfahrene Fachkraft„ (s. § 8b SGB VIII) ➢Befugnis zur Information des Jugendamts (s. § 34 StGB)	erfahrener Fachkräfte“ ➢Erweiterter Auftrag der im Kinderschutz erfahrenen Fachkräfte in einem System des kooperativen Kinderschutzes (Gese

Stadt Heidelberg

Antrag
Projektbeteiligung

„Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“

Hearing am 19.07.2012 in Stuttgart

Stadt Heidelberg | Kinder- und Jugendamt

Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Konzept des Landes Baden-Württemberg im Rahmen der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“

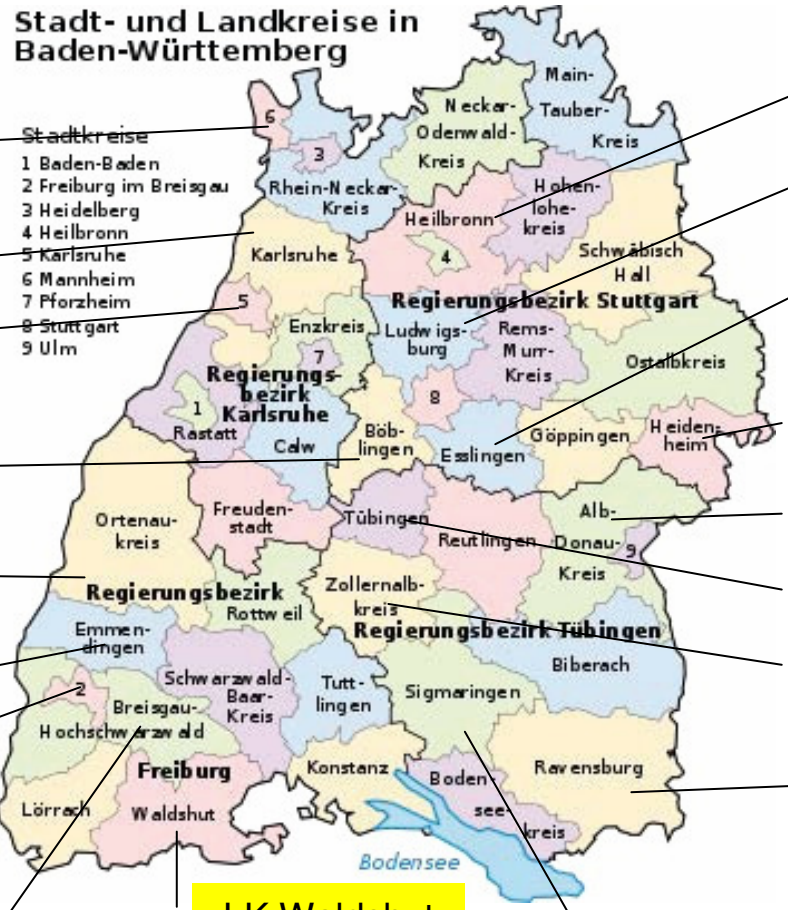
vom 8. Oktober 2012*

Anlagen:

1: **Fördergrundsätze**
2: **Finanztableau**

* Diese Fassung berücksichtigt die Auflage im Zustimmungs- und Zuweisungsschreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 24. Oktober 2012

Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz I - die 18 teilnehmenden Stadt- und Landkreise



Stadt Mannheim

LK Karlsruhe

Stadt Karlsruhe

LK Böblingen

Ortenaukreis

LK Emmendingen

Stadt Freiburg

LK Breisgau-Hochschwarzwald

LK Waldshut

LK Sigmaringen

LK Ravensburg

Zollernalbkreis

LK Tübingen

Alb-Donau-Kreis

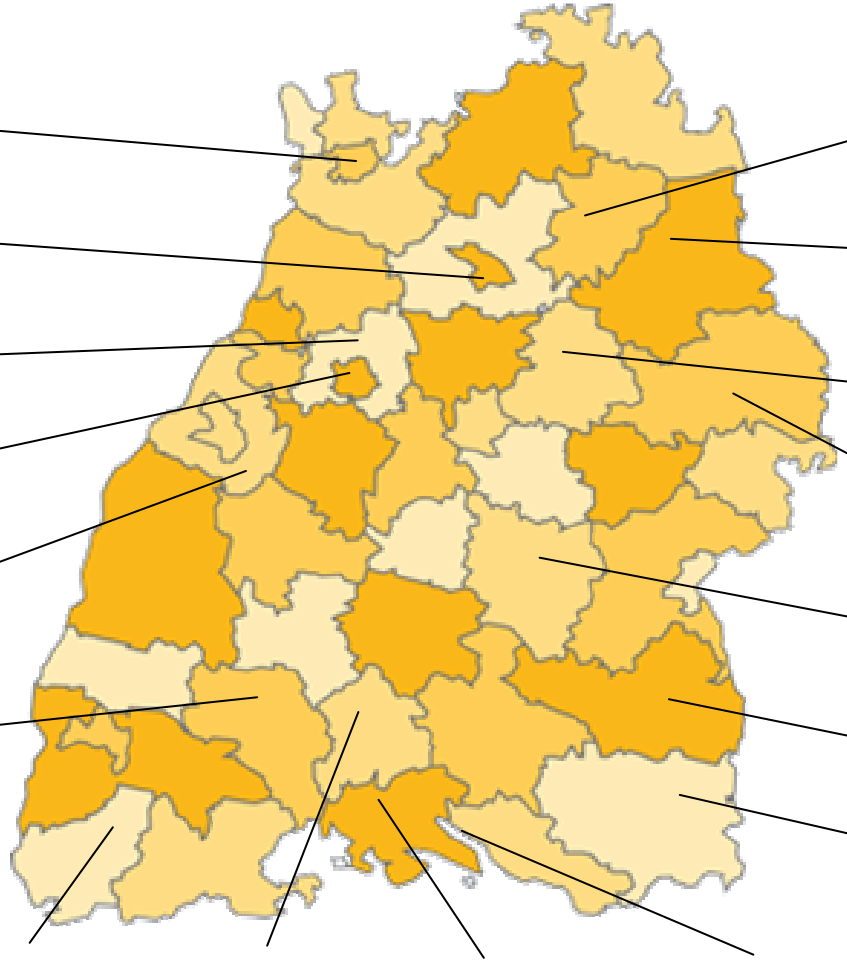
LK Heidenheim

LK Esslingen

LK Ludwigsburg

LK Heilbronn

Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz **II** - die 17 teilnehmenden Stadt- und Landkreise/ kreisangehörigen Städte mit eigenem Jugendamt



Stadtkreis Heidelberg

Stadtkreis Heilbronn

Enzkreis

Stadtkreis Pforzheim

Landkreis Rastatt

Stadt Villingen-Schwenningen

Hohenlohe kreis

Landkreis Schwäbisch Hall

Rems-Murr-Kreis

Ostalbkreis

Landkreis Reutlingen

Landkreis Biberach

Landkreis Ravens-burg

Landkreis Lörrach

Landkreis Tuttlingen

Landkreis Konstanz

Stadt Konstanz

Bundeskinderschutzgesetz – § 3 KKG: Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

- Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe
- Behindertenhilfe für Kinder nach SGB XII
- Gesundheitsämter
- Sozialämter
- Gemeinsame Servicestellen
- Schulen
- Polizei- und Ordnungsbehörden
- Agenturen für Arbeit
- Krankenhäuser
- Sozialpädiatrische Zentren
- Interdisziplinäre Frühförderstellen
- Schwangerschafts- und Beratungsstellen für soziale Problemlagen
- Einrichtungen und Dienste
  - zur Müttergenesung
  - zum Schutz vor Gewalt in engen sozialen Beziehungen
- Familienbildungsstätten
- Familiengerichte
- Angehörige von Heilberufen

Bundeskinderschutzgesetz – § 3 KKG: Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

- Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe
- Behindertenhilfe für Kinder nach SGB XII
- Gesundheitsämter
- Sozialämter
- Agenturen für Arbeit
- Krankenhäuser
- Sozialpädiatrische Zentren
- Interdisziplinäre Frühförderstellen
- Schwangerschafts- und Beratungsstellen für soziale Problemlagen
- Familienbildungsstätten
- Familiengerichte
- Angehörige von Heilberufen

Partner im Gesundheitssystem - „freiwillige“ Kooperation und Vernetzung

Aber

Projekt der Landesärztekammer mit Moderatorentandems

Seite 32:

„Diagnostik und Intervention bei sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung und Kindesmisshandlung sollten im Gesundheitswesen dokumentier- und abrechenbar sein.“

Dialog über Deutschlands Zukunft

Wie wollen wir zusammenleben?

Wovon wollen wir leben?

Wie wollen wir lernen?

Ergebnisbericht der Expertinnen und Experten des Zukunftsdialogs der Bundeskanzlerin
2011/2012
Kurzfassung

UNIVERSITÄT ULM · SCIENDO · DOCENDO · CURANDO ·

Dialog über Deutschlands Zukunft
Die Bundeskanzlerin
Herzlichen Dank für Ihre Anregungen! Alle Vorschläge werden nun ausgewertet.
MEHR ÜBER DEN ZUKUNFTSDIALOG ERFAHREN
Der Zukunftsdialog: "Das Experiment ist gelungen"

Vorschlag 19: Änderungen im SGB V zur Anpassung an das Bundeskinderschutzgesetz

Ziel ist es, die im Bundeskinderschutzgesetz vorbildlichen, intendierten Ziele einer **systematischen Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen** auch im Sozialgesetzbuch (SGB) V zu normieren. Damit soll auch **für den Gesundheitsbereich Handlungssicherheit und Verbindlichkeit hergestellt** und ein regelmäßiges, transparentes **Monitoring** ermöglicht werden. Im Kontext des SGB V muss es für Ärzte abrechenbare Möglichkeiten zur Diagnostik und Intervention bei Vernachlässigung, Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch geben, die auch die Arbeitskosten für Vernetzung mit einschließen (vgl. entsprechende Codes in der Schweiz). Die sozialrechtliche Rückforderungspflicht nach § 294 a SGB V, welche im Kontext Kindesmisshandlung keinen Sinn macht, muss diesbezüglich aufgehoben werden. Des Weiteren ist es Ziel, eine **einheitliche Leitlinie** über mehrere medizinische Fachgesellschaften hinweg zum Umgang mit Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung und sexuellem Missbrauch zu entwickeln. Die Abklärung von Verdachtsfällen auf Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellen Kindesmissbrauch ist für die Intervention im Einzelfall wie auch für das Monitoring von Prävalenzen (Anteil der Betroffenen, siehe Handlungsvorschlag 16, S. 22) unabdingbar. Diese Abklärungen müssen auch **im Gesundheitswesen darstellbare Leistungen** sein, im Sinne von entsprechenden Abrechnungsziffern, insbesondere im stationären Bereich.

ICD-10 GM Kodierung (DIMDI)

T74.-	**Missbrauch von Personen** **Kodiere zunächst die akute Verletzung, falls möglich**
T74.0	Vernachlässigen oder Im-Stich-Lassen
T74.1	Körperlicher Missbrauch Ehegattenmisshandlung o.n.A. Kindesmisshandlung o.n.A.
T74.2	Sexueller Missbrauch
T74.3	Psychischer Missbrauch
T74.8	Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen Mischformen
T74.9	Missbrauch von Personen, nicht näher bezeichnet Schäden durch Missbrauch: - eines Erwachsenen o.n.A. - eines Kindes o.n.A.

Achtung offizielle Klassifikation: Anwenden im Krankenhaus war bis 2012 verboten! → **seit 2013 möglich!**

Schweizer Gesundheitswesen definiert Abklärungsleistung inkl. Vernetzung: „Zusammenarbeit mit externen Stellen…“

99.A2 16 Verschiedene diagnostische & therapeutische Massnahmen (87-99)99.A5.10

99.A4 Komplexe Abklärung einer Regulationsstörung im Neugeborenen-, Säuglings- und Kinderalter
Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthalte
erbracht werden
durch Pflege und Pädagogik.

99.A5 Komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigu
Neugeborenen
Sozialdienst, Opferhilfe), - Sitzung von mindestens 30min Dauer mit mindestens 3 Fachdisziplinen (z.B. Kinder- und Jufendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie, Sozialdienst, Spitalpädagogik, Pflegedienst, Opferhilfe) Durchführung von mindestens 3 Untersuchungen aus mindestens 2 der folgenden Bereiche: - Radiologische (MRI, Röntgen, CT, Skelettszintighraphie, Ultraschall) Bildgebung von Extremitäten, Rumpf oder Kopf, - Kinderpsychologische oder Kinderpsychiatrische Diagnostik mit Beurteilung des psychischen/posttraumatischen Zustandes des Patienten, der Interaktion zwischen Patient und Eltern/Familienmitgliedern, der Interaktion zwischen Patient und dem übrigen Umfeld, - Umfeldabklärung in Zusammenarbeit mit externen Stellen (externe Kinderschutzgruppen, Schule und Schulbehörden, Jugendsekretariate, Vormundschaftsbehören, Polizei/strafrechtliche Untersuchungsbehörden, Opferhilfe)

99.A5.0 Detail der Subkategorie 99.A5

99.A5.10 Komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen, Säugling, Kindes und Jugendlichenalter, Diagnostik ohne weitere Abklärungen

Abrechnung der medizinischen Abklärung in Kinderschutzfällen im Krankenhaus in Deutschland seit 2013 erstmals möglich

OPS 2013 :
1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

§ 294 a SGB V
Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

(1)...**liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.** Für
Geltendmachung von Schadenersatzansprüch
Buches auf die Krankenkas
Vereinigun

! Ausnahmeregelung seit August 2013 !

§ 294a Absatz 1 Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:

*** „Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1.“**

McKenzie et al. BMC Public Health 2011, 11:8
http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/8

BMC Public Health

RESEARCH ARTICLE Open Access

Reliability of Routinely Collected Hospital Data for Child Maltreatment Surveillance

Kirsten McKenzie*, Debbie A Scott, Garry S Waller, Margaret Campbell

Abstract

Background: Internationally, research on child maltreatment-related injuries has been hampered by a lack of available routinely collected health data to identify cases, examine causes, identify risk factors and explore health outcomes. Routinely collected hospital separation data coded using the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) system provide an internationally standardised data source for classifying and aggregating diseases, injuries, causes of injuries and related health conditions for statistical purposes. However, there has been limited research to examine the reliability of these data for child maltreatment surveillance purposes. This study examined the reliability of coding of child maltreatment in Queensland, Australia.

Methods: A retrospective medical record review and recoding methodology was used to assess the reliability of coding of child maltreatment. A stratified sample of hospitals across Queensland was selected for this study, and a stratified random sample of cases was selected from within those hospitals.

Results: In 3.6% of cases the coders disagreed on whether any maltreatment code could be assigned (definite or possible) versus no maltreatment being assigned (unintentional injury), giving a sensitivity of 0.982 and specificity of 0.948. The review of these cases where discrepancies existed revealed that all cases had some indications of risk documented in the records. 15.5% of cases originally assigned a definite or possible maltreatment code, were recoded to a more or less definite strata. In terms of the number and type of maltreatment codes assigned, the auditor assigned a greater number of maltreatment types based on the medical documentation than the original coder assigned (22% of the auditor coded cases had more than one maltreatment type assigned compared to only 6% of the original coded data). The maltreatment types which were the most 'under-coded' by the original coder were psychological abuse and neglect. Cases coded with a sexual abuse code showed the highest level of reliability.

Conclusion: Given the increasing international attention being given to improving the uniformity of reporting of child-maltreatment related injuries and the emphasis on the better utilisation of routinely collected health data, this study provides an estimate of the reliability of maltreatment-specific ICD-10-AM codes assigned in an inpatient setting.

Background

Child maltreatment is a major public health problem worldwide. A 2005 report estimated the prevalence of child maltreatment in Australia as affecting 10-20% of children [1]. Research has been hampered by poorly validated statistics with the World Health Organization (WHO) stating that a lack of data is a hindrance to understanding the magnitude and consequences of child maltreatment [2]. The WHO has recommended uniform reporting of child maltreatment-related injuries and deaths [3], with an increased emphasis internationally on the importance of health professionals in identifying and documenting suspected child maltreatment in medical records [3,4]. The operational definition of child maltreatment, according to the WHO is:

> "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

* Correspondence: k.mckenzie@qut.edu.au
National Centre for Health Information Research and Training, School of Public Health, Queensland University of Technology, Victoria Park Road, Kelvin Grove QLD Australia 4059

BioMed Central

© 2011 McKenzie et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/2.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

KVJS
Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

KVJS Forschung

Umsetzung von § 8 a SGB VIII (Schutzauftrag) in Baden-Württemberg

Kurzfassung des Abschlussberichtes

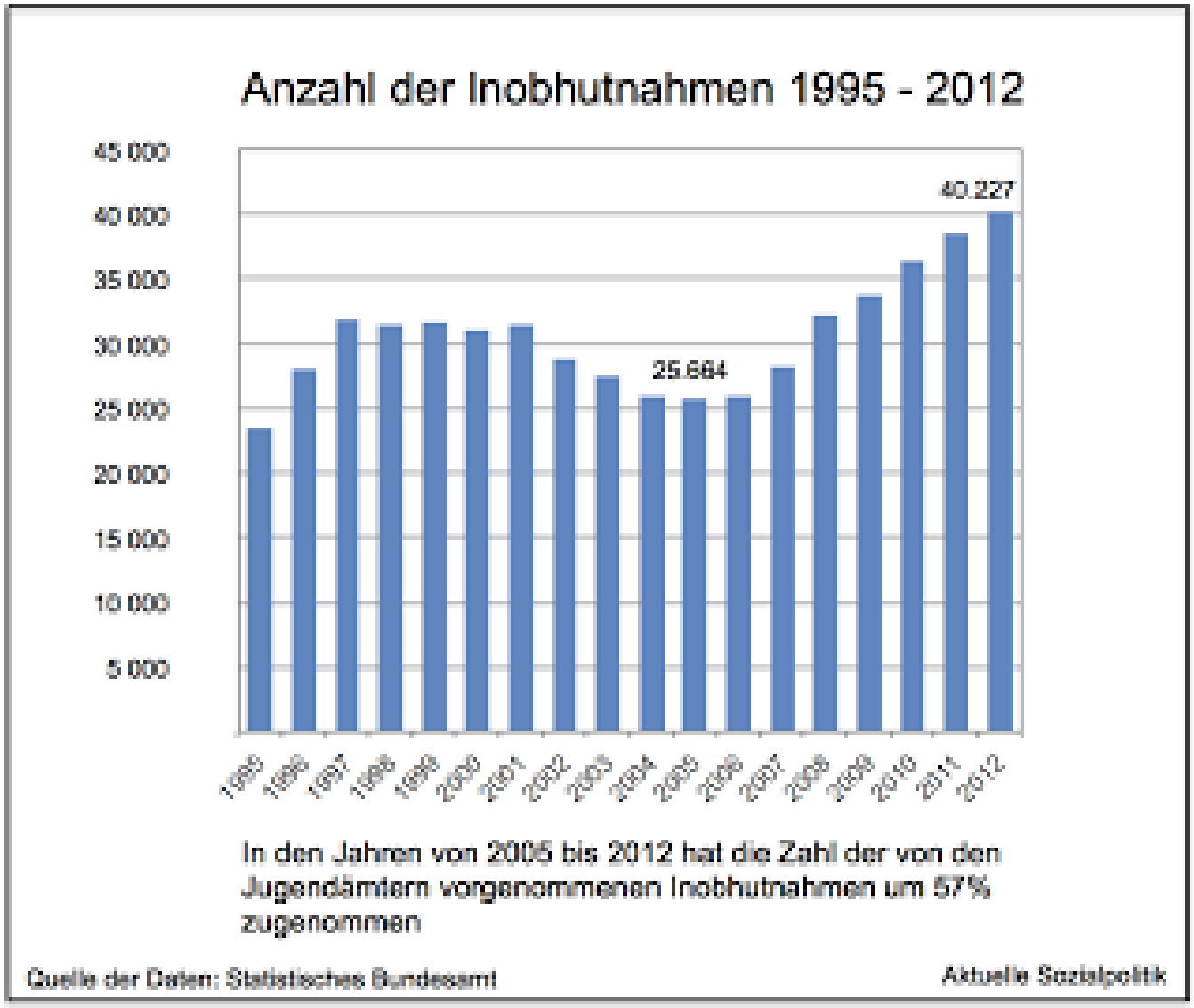
Verfasst im Auftrag des KVJS von

Prof. Dr. Christine Köckeritz
Prof. Dr. jur. Susanne Dern

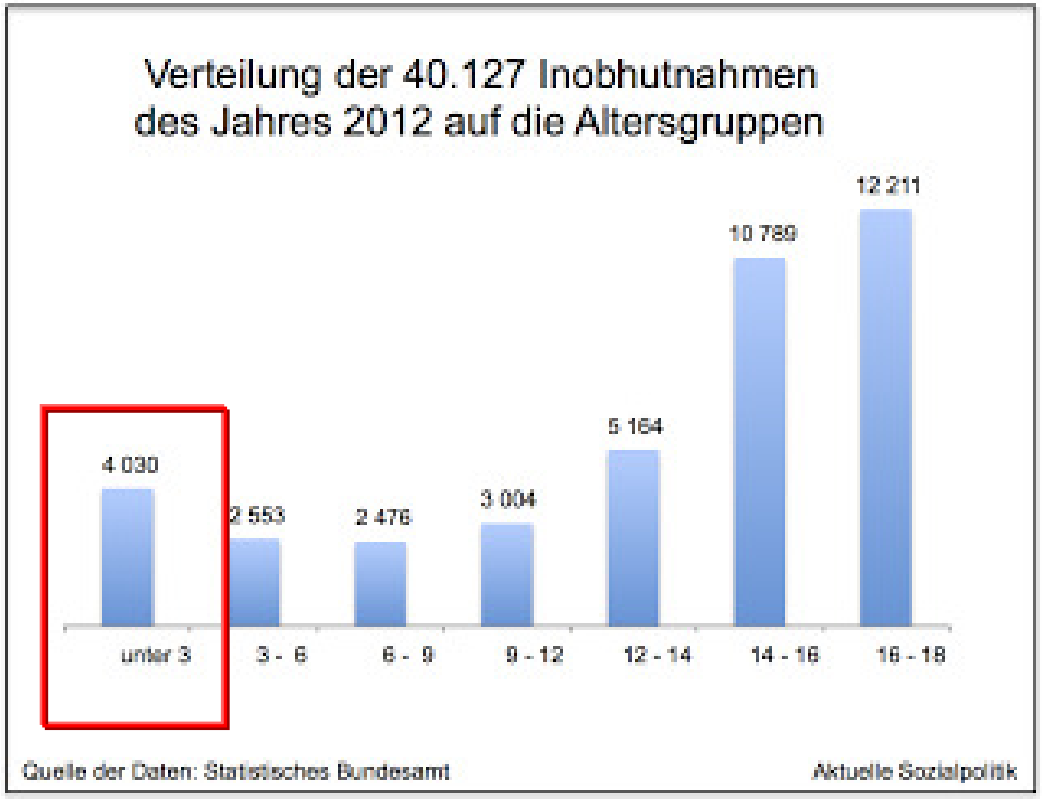
Hochschule Esslingen

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences

Anstieg der Inobhutnahmen seit 2005



Inobhutnahmen in den ersten drei Lebensjahren



- Überproportionaler Anteil der Kinder bis zu drei Jahren
- Anlass der Inobhut-nahme war zu 43% Überforderung der Eltern

„Greifen“ die Frühen Hilfen und das Bundeskinderschutzgesetz ?

§ 8b SGB VIII
Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

(1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall **gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.**

(2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger, **haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien**

1. zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie

2. zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten.

Mehr-Ebenen-Strategie der Prävention
Implementierung von Mindeststandards

1. Vorlage eines verbindlichen Schutzkonzeptes
2. Durchführung einer einrichtungsinternen Analyse zu arbeitsfeldspezifischen Gefährdungspotentialen und Gelegenheitsstrukturen
3. Bereitstellung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens
4. Notfallplan für Verdachtsfälle
5. Hinzuziehung eines/einer externen Beraters/Beraterin Verdachtsfällen (z.B. Fachkraft für Kinderschutz)
6. Entwicklung eines Dokumentationswesens für Verdachtsfälle
7. Themenspezifische Fortbildungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen durch externe Fachkräfte
8. Prüfung polizeilicher Führungszeugnisse
9. Aufarbeitung und konstruktive Fehlerbearbeitung im Sinne der Prävention und Rehabilitierungsmaßnahmen

(Unterarbeitsgruppe I des Runden Tisches Kindesmissbrauch)

JAmt

DAS JUGENDAMT

Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht

JAmt

chwerpunkt:

under Tisch
exueller Kindesmissbrauch

Aus dem Inhalt

Interview	Johannes-Wilhelm Rörig, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Mechthild Wolff ua	Mindeststandards und Leitlinien für einen besseren Kinderschutz
Andrea Kliemann/ Jörg M. Fegert	Kategorische Einschaltung der Strafverfolgungsbehörde bei sexuellem Kindesmissbrauch in Institutionen
RTKM AG I	Leitlinien zur Prävention und Intervention sowie zur langfristigen Aufarbeitung und Initiierung von Veränderungen nach sexualisierter Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen
RTKM AG II	Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden
DIJuF-Rechtsgutachten	Strafbarkeit wegen übler Nachrede durch Gefährdungsmitteilung/Akteneinsicht durch die Staatsanwaltschaft im Ermittlungsverfahren
	Datenweitergabe bezüglich sexuellen Übergriffs durch das Jugendamt gegen den Willen der Betroffenen zum Schutz anderer potenzieller Opfer
OLG Celle	Anwaltsbeiordnung im Abstammungsverfahren
KG Berlin	Erteilung einer weiteren vollstreckbaren Ausfertigung einer Jugendamtsurkunde

3
2012
S. 117 – 176
März 2012
88. Jahrgang
ISSN 1867-0725

DEUTSCHES INSTITUT FÜR JUGENDHILFE UND FAMILIENRECHT e. V.

Zur Inhaltsübersicht

UNIVERSITÄT ULM · SCIENDO · DOCENDO · CURANDO

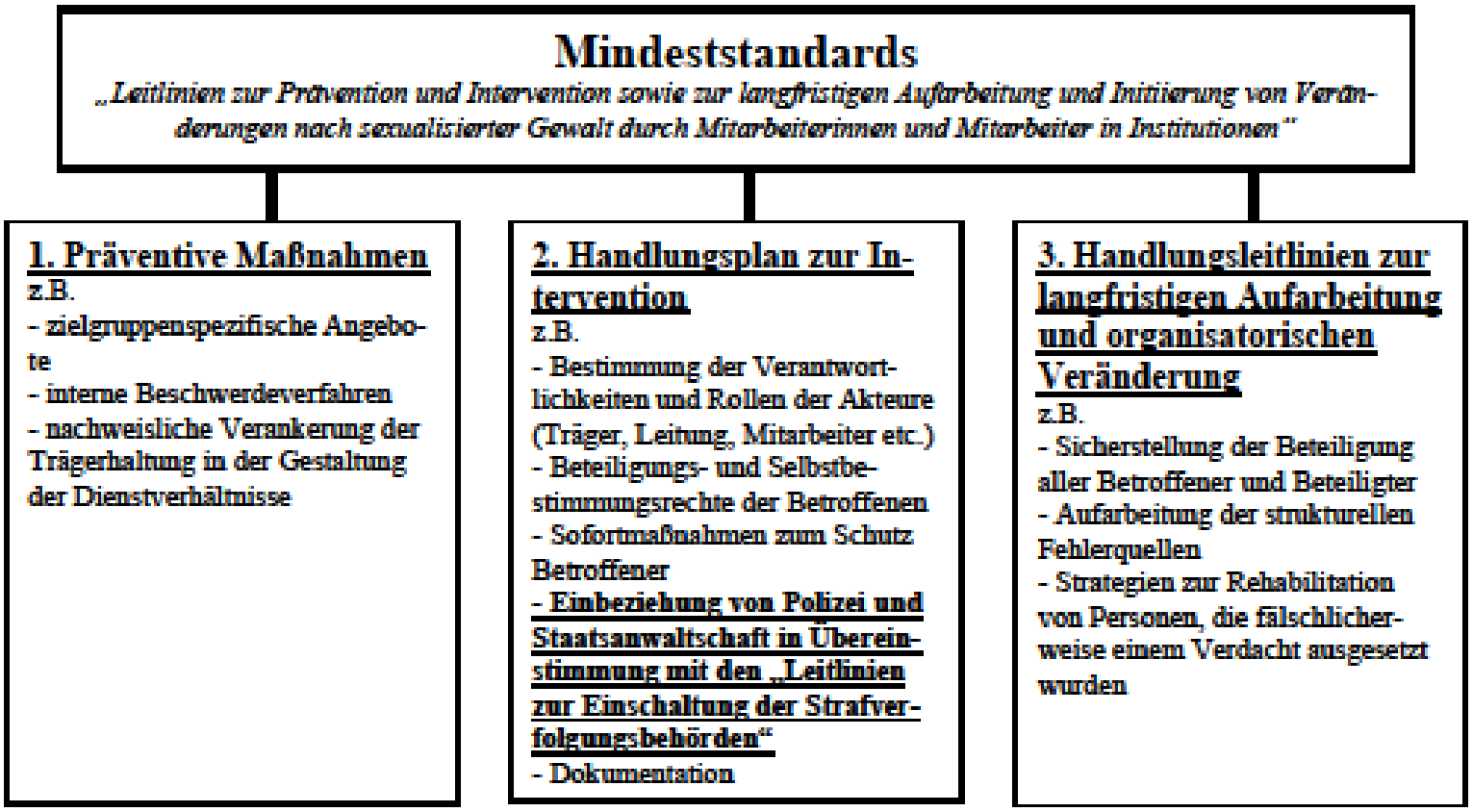
Prof. Dr. Mechthild Wolff, Prof. Dr. Jörg M. Fegert und Prof. Dr. Wolfgang Schröer*

Mindeststandards und Leitlinien für einen besseren Kinderschutz

Zivilgesellschaftliche Verantwortung und Perspektiven nachhaltiger Organisationsentwicklung

In diesem Beitrag wird das Ergebnis sowie der Prozess nachgezeichnet, der zur Formulierung von Mindeststandards für einen besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen in Institutionen und Organisationen am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ (kurz: „Kindesmissbrauch“) geführt hat. Zudem werden die Leitlinien des Runden Tisches zu Mindeststandards und deren Implementationsanforderungen erläutert. Argumentiert wird, dass dem angeschobenen zivilgesellschaftlichen Charakter der Debatten am Runden Tisch und der Forderung nach gesamtgesellschaftlicher Verantwortung nur entsprochen werden kann, wenn Präventionsmaßnahmen in nachhaltigen partizipativ ausgerichteten Organisationsentwicklungsprozessen umgesetzt werden. Hervorgehoben wird, dass der Vorschlag des Runden Tisches zur Implementation von Mindeststandards kein zusätzliches rechtsstaatliches Durchgriffsinstrument implizierte, sondern vielmehr ein Handlungskonzept zu langfristigen Veränderunabtun konnte. Am Runden Tisch sexueller Kindesmissbrauch ging es vornehmlich um Unrecht, dem Kinder und Jugendliche in Einrichtungen und Organisationen ausgesetzt waren und sind. Einrichtungen und Organisationen kamen in den Fokus, in denen Professionelle und ehrenamtlich Tätige eigentlich den Schutz von Kindern und Jugendlichen sicherstellen sollen. Angereichert wurden die Debatten am Runden Tisch durch Impulse der „Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs“ (UBSKM)[1] und deren wissenschaftlicher Begleitung durch Prof. Dr. *Jörg M. Fegert* vom Universitätsklinikum Ulm. Die ehemalige Berliner Frauensenatorin und Bundesfamilienministerin Dr. *Christine Bergmann* arbeitete unabhängig vom Runden Tisch und fungierte als direkte und unabhängige Ansprechpartnerin für Betroffene sowie für Personen in deren Umfeld. Zeitnah wurden auch in anderen europäischen Ländern (Belgien, Irland, Niederlande, Österreich, Portugal) Missbrauchsfälle bekannt, die zu vergleichbaren Entwicklungen wie in Deutschland führten.[2]

Abb. 1: Mindeststandards – „Leitlinien zur Prävention und Intervention sowie zur langfristigen Aufarbeitung und Initiierung von Veränderungen nach sexualisierter Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen"



Niederschwellige Beschwerdesysteme für Kinder

Freisprechanlage zum Patientenfürsprecher und zu den umliegenden Jugendämtern in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm

Beteiligungs- und Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

| Von Jörg M. Fegert

Um die Jahrtausendwende führten wir in einer ostdeutschen (Rostock) und einer westdeutschen (Ravensburg-Weissenau) Klinik eine Untersuchung zu Partizipation und Informationsrechten von Kindern und Jugendlichen in der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung durch (Rothärmel et al. 2006). Ein achtjähriges Mädchen formulierte in ihren eigenen Worten die Inhalte, die in den Artikeln 12 und 13 UN-Kinderrechtskonvention festgeschrieben sind. Nämlich, dass Kinder Gelegenheit haben müssen, sich eine eigene Meinung bilden zu können und ihre Ansichten angemessen berücksichtigt werden müssen, sowie die Informationsfreiheit: „Man kann ja nicht so einfach über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher, es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird."

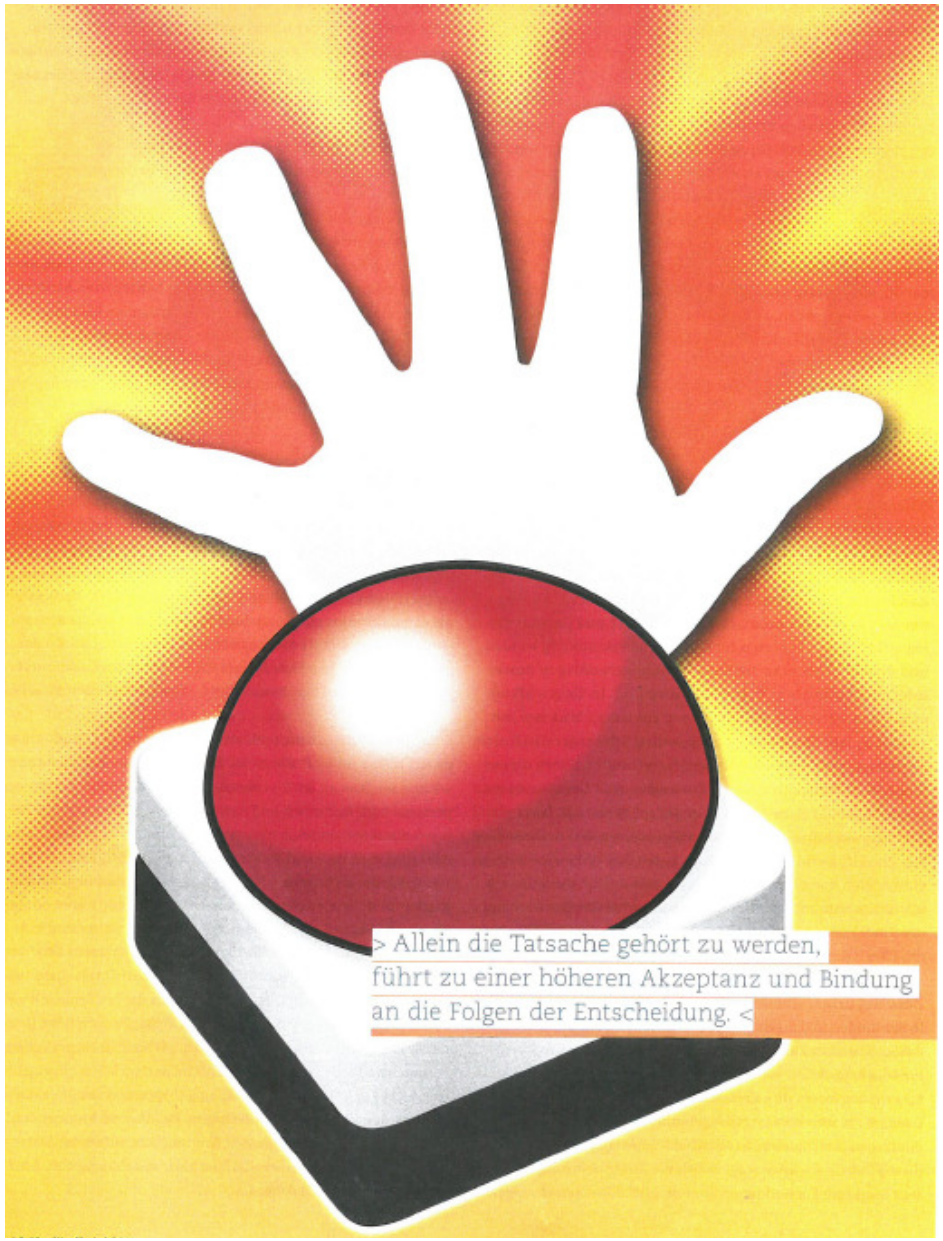
Deutlich formuliert das Mädchen, trotz seines frühen Entwicklungsalters und trotz der Belastung durch die psychische Erkrankung, schon das Prinzip des rechtlichen Gehörs und macht gleichzeitig in ihren Worten deutlich, dass sie nicht erwartet, dass sie sich bei der Entscheidungsfindung durchsetzt, aber dass sie erwartet, dass sie ihre Meinung artikulieren kann und dies angemessen berücksichtigt wird.

Informationen für Kinder während einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und die Möglichkeiten zur Partizipation sind altersabhängig. Gleichzeitig gilt das, was Schleiermacher schon 1826 gesagt hat: „Man darf den Willen nicht unterdrücken, denn je schwächer er sich entwickelt, desto weniger kann er nachher anerkannt werden". § 1626 Abs. 2 BGB formuliert die Verpflichtung der Eltern, die wachsenden Fähigkeiten und das wachsende Bedürfnis zu selbständigem und bewusstem Handeln zu berücksichtigen. Die Forschung hat gezeigt, dass Mitsprachemöglichkeiten im Entscheidungsprozess die wahrgenommene Fairness erhöhen, selbst dann, wenn keine Kontrolle hinsichtlich des Ergebnisses der Entscheidung besteht. Allein die Tatsache gehört zu werden, führt also zu einer höheren Akzeptanz und Bindung an die Folgen der Entscheidung. Man nennt diesen Effekt in der Psychologie „voice effect" und die Politik macht sich dies auch in zahlreichen Anhörungsverfahren etc. zu Nutze.

Partizipation ist in den letzten Jahren in der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fast schon zu einem Modebegriff geworden, wobei häufig nicht klar ist, was tatsächlich darunter verstanden wird. So erklärt sich vielleicht die Aufforderung von Healy (Healy 1998) der empfiehlt, nicht lange über Definitionen nachzudenken, sondern einfach entsprechend zu handeln: „Who cares how we define participation, as long as we do it". Zentral für medizinische Behandlungsentscheidungen ist, dass die Einwilligungsfähigkeit nicht die Voraussetzung für Information und Einbezug in Entscheidungen ist. Dies ist für Ärztinnen und Ärzte zunächst einmal überraschend, da in der Erwachsenenmedizin die wissentliche Einwilligung des Patienten dazu führt, dass aus einem Eingriff, der eigentlich eine Körperverletzung darstellt, eine straffreie ärztliche Behandlung wird.

Im Kindes- und Jugendalter ereignet sich das Einwilligungsgeschehen entwicklungsabhängig in einem Dreieck. Dabei haben die Kindeseltern oder die Sorgeberechtigten bis zu dem Entwicklungsstand, an dem das Kind die Tragweite seiner Entscheidung allein absehen kann, das Recht, in den Eingriff einzuwilligen (Consent – in der englischen Fachliteratur). Gleichzeitig wird gefordert, zu solchen Eingriffen, die Kinder betreffen, die Kinder selbst in altersgemäßer Weise zu informieren und ihre Zustimmung (Assent)

Frühe Kindheit 02/14


> Allein die Tatsache gehört zu werden,
führt zu einer höheren Akzeptanz und Bindung
an die Folgen der Entscheidung. <

Ein Comic zur Patienteninformation

Eine Arbeitsgruppe aus dem Pflege- und Erziehungsdienst hat, zusammen mit einer Cartoon-Grafikerin aus Berlin und gemeinsam mit mir als Ärztlichem Direktor, eine Broschüre für Schulkinder zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung entwickelt, die auch ausführliche Informationen für Eltern enthält. Dieser Comic erzählt die Geschichte des Aufenthaltes eines Jungen, der an Depressionen leidet, in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm.

Bewusst wurden Texte und Informationen so gehalten, dass sie relativ realitätsnah, nicht allgemein über die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Deutschland informieren, sondern spezifisch die Ulmer Situation, z. B. auch mit Gebäuden, Personen etc. darstellen, so dass sich Kinder und Jugendliche auf einen bevorstehende Aufenthalt vorbereiten können. Der Text ist in Workshops mit Patientinnen und Patienten entstanden und vor Drucklegung in weiteren Workshops mit Ulmer Schulklassen, in Bezug auf die Verständlichkeit, überprüft und diskutiert worden. Er beruht auch auf den Ergebnissen der oben geschilderten Untersuchung zu Information und Beteiligung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, denn er versucht die dort gestellten Fragen zu adressieren und Informationslücken kindgemäß zu reduzieren. Er geht dabei davon aus, dass häufig Bezugspersonen von Kindern (Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Ärztinnen und Ärzte sowie ein-

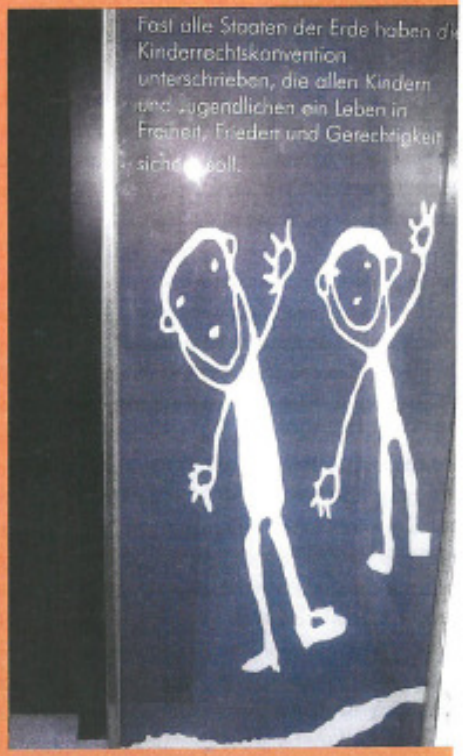
-therapeuten) nicht ganz genau wissen, was überhaupt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung geschieht. Insofern hatten wir diese Broschüre auch in diesem Personenkreis weit gestreut.

Überrascht waren wir vom deutschlandweiten, ja internationalen öffentlichen und fachlichen Echo (die weitest entfernte Anfrage kam z. B. aus Südkorea) auf diese Informationsmaterialien. Die Nachfrage war gigantisch, nachdem Print- und Onlinemedien breit über diese Broschüre informiert haben. Dabei haben wir stets versucht zu verdeutlichen, dass es nicht reicht, quasi unsere Broschüre down zu loaden oder zu verbreiten, sondern dass es wichtig wäre, für jede Klinik spezifische, die dortigen Verhältnisse und Regeln aufgreifende Materialien zu erstellen. Einige Kliniken sind unserer Empfehlung gefolgt. Unsere Broschüre ist über die Homepage der Universität Ulm einsehbar (www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Doku-

Freisprechanlage als kindgemäßes Beschwerdemanagement

Schon bei den Baumaßnahmen vor Eröffnung der Klinik hatte ich die Ergebnisse unserer Untersuchung in Rostock und Ravensburg vor Augen. Deshalb finden sich auf allen Betten führenden Etagen des Bettenhauses Auszüge aus der UN-Kinderrechtskonvention in verschiedenen Sprachen und in einer einfachen, kindgemäßen Darstellung, ergänzt durch Illustrationen. Dies soll Kindern deutlich machen, dass sie auch in der stationären Behandlung nicht rechtlos sind und tatsächlich haben sich, z. B. in Visiten oder Gesprächen, Kinder und Jugendliche direkt auf diese Normen aus der UN-Kinderrechtskonvention bezogen. Dies ist besonders da wichtig, wo teilweise auch explizit gegen den Willen des Kindes (mit oder ohne gerichtliche Genehmigung nach § 1631 b BGB) behandelt wird.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm soll ein sicherer Ort für Kinder- und Jugendliche sein. Deshalb ist es uns wichtig, nicht nur die Eltern Einwilligungsformulare unterschreiben zu lassen, sondern tatsächlich im Gespräch Kinder und Eltern über ihre Rechte zu informieren, Regeln im Stationsalltag mit Kindern und Jugendlichen gemeinsam zu entwickeln und fortzuschreiben und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche, im Sinne eines kindgerechten Beschwerdemanagements, zu benennen. Ebenfalls seit der Gründung der Abteilung 2001 haben wir eine kostenfreie telefonische Kontaktmöglichkeit zu den umliegenden Jugendämtern in unserem Einzugsgebiet und zum Patientenfürsprecher einrichten lassen (Fegert 2007).



Initialisierung von Schlüsselprozessen

- Auf der Ebene der Organisationsentwicklung, Qualitäts- und Beschwerdemanagemnt
- Auf der Ebene der Personalentwicklung
- Auf der Ebene der Teamentwicklung
- Auf der Ebene der konkreten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

§ 72 a SGB VIII Persönliche Eignung und Debatte um erweiterte Führungszeugnisse

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen hinsichtlich der persönlichen Eignung im Sinne des § 72 Abs. 1 insbesondere sicherstellen, dass sie keine Personen beschäftigen oder vermitteln, die rechtskräftig wegen einer Straftat nach den §§ 171, 174 bis 174c, 176 bis 181a, 182 bis 184e oder 225 des Strafgesetzbuches verurteilt worden sind. Zu diesem Zweck sollen sie sich bei der Einstellung und in regelmäßigen Abständen von den zu beschäftigenden Personen ein Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 des Bundeszentralregistergesetzes vorlegen lassen. Durch Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch sicherstellen, dass diese keine Personen nach Satz 1 beschäftigen.

Anlage zum Arbeitsvertrag „Gefahrgeneigte Tätigkeit“

Titelthema

JÖRG M. FEGERT

Prävention von Missbrauch in Institutionen durch Abschreckung vs. Prävention durch Empowerment

Die Einführung des §72a hat zwar in der Fachwelt zu einer gewissen Debatte geführt, vielerorts aber nicht zu dem erhofften Einstellungswandel im Umgang mit Personalsachen beigetragen. Wird die Einholung des Führungszeugnisses als eine lästige Verpflichtung kommuniziert, die der Gesetzgeber einem auferlegt und nichts mit der Person zu tun hat, die dem Personalverantwortlichen gegenübersitzt, dann kann die neue Norm in einer solchen Einrichtung keine generalpräventive Wirkung haben, sondern zeigt eher, dass die Einrichtung sich zwar den administrativen Vorgaben beugt, aber nicht wirklich glaubt, dass hier Gefahren lauern könnten.

Kind Jugend und Gesellschaft
Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz
2007

Anlage zum Arbeitsvertrag für eine Einstellung
in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Sehr geehrte Mitarbeiterin,
sehr geehrter Mitarbeiter,

wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschlossen haben, Ihr Engagement und Ihre Fachkenntnis in eine Tätigkeit zum Wohle von Kindern und Jugendlichen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm einzubringen.

Die Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt neben Fachkenntnis, Motivation und Engagement auch die persönliche Eignung voraus. Die Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, die häufig in ihrer Vorgeschichte Vernachlässigung, Misshandlung oder auch sexuellen Missbrauch erfahren haben und die durch ihre Störungsbilder bei uns sehr starke Emotionen auslösen können, ist stets Beziehungsarbeit. In diesen Beziehungen können selbst Konflikte entstehen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönlich stark belasten und/oder die zu einem Machtmissbrauch innerhalb der Institution führen können. Auch aus diesem Grund gibt es entsprechend den Vorgaben in der Psychiatriepersonalverordnung ein Supervisionsangebot. In der Supervision können solche Konflikte fall- oder teambezogen emotional bearbeitet werden. Bitte nehmen Sie dieses Angebot wahr und sprechen Sie Konflikte und Auffälligkeiten offen an.

Zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen – auch gegen Übergriffe von Fachkräften und anderem Personal in unserer Klinik – haben wir verschiedene Vorkehrungen getroffen. Zum Beispiel besteht in den Schlafbereichen der Stationen die Möglichkeit, kostenlos über eine Freisprechanlage mit den Jugendämtern und dem Patientenfürsprecher zu telefonieren. Dies ist ein kindgerechtes, niederschwelliges Beschwerdemanagement. Den Kindern und Jugendlichen ist uneingeschränkt und jederzeit Zugang zu diesen Anlagen zu gewähren.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie zum Wohle der uns anvertrauten Patienten verpflichtet sind, auffällige Verhaltensweisen, die Sie in Bezug auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahrnehmen, Ihrem Vorgesetzten oder dem Behandlungsverantwortlichen mitzuteilen. Dies ist weder illoyal noch unkollegial: Vielmehr kann es ein wesentlicher Schritt sein, Kollegen frühzeitig zu helfen und unsere Patienten zu schützen.

Als Einrichtung, die in der Öffentlichkeit das Ansehen und darüber hinaus den Anspruch hat, in besonderem Maße zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor weiterer Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch beizutragen, sind wir verpflichtet, für diese schützende Atmosphäre zu sorgen.

Es ist deshalb undenkbar, einschlägig vorbestrafte Personen einzustellen oder zu beschäftigen. Deshalb wird im Rahmen des Einstellungsverfahrens ein Führungszeugnis angefordert. Zudem erhält die Abteilung Personal des Universitätsklinikums von Gerichten und Staatsanwaltschaften bei strafbaren Handlungen in festgelegten Fällen Mitteilungen, z.B. über den Erlass und Vollzug eines Haftbefehls, über die Erhebung der öffentlichen Anklage und die Verhängung von Strafurteilen oder Strafbefehlen. Falls erforderlich, werden aus diesen Mitteilungen die arbeitsrechtlich notwendigen Konsequenzen gezogen.

Es muss klar sein, dass Personen mit pädosexuellen Neigungen, die sich vielleicht gerade wegen dieser Veranlagung für eine direkte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beworben haben, in unserer Einrichtung zum Wohle unserer Patienten und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Kollegialität in unseren Teams mit keinerlei Toleranz rechnen können.

Das hohe Aggressions- bzw. Autoaggressionspotential mancher unserer Patienten löst starke Gefühle und manchmal auch aggressive Gegenreaktionen aus. Wir hatten uns deshalb häufig mit der Qualitätsfrage von Zwangsmaßnahmen und des Umgangs mit Aggressionen in internen Fortbildungen und in verschiedenen Studien beschäftigt. Uns ist neben der Sensibilisierung für dieses Thema die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter besonders wichtig. Wir werden auch künftig Wert darauf legen und setzen dabei Ihr Engagement voraus.

Für die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die Chance, Kindern und Jugendliche, die zum Teil psychisch stark beeinträchtigt sind, helfen zu können, eine große persönliche Herausforderung, gleichzeitig aber auch eine anstrengende Aufgabe. Um ihr gerecht zu werden, sollten Sie entsprechende Konflikte wahrnehmen und frühzeitig ansprechen.

Freundliche Grüße

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Ärztlicher Direktor der Klinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie

Anna M. Eisenschink
Pflegedirektorin

Universitätsklinikum - Personalbetreuung - 89070 Ulm

Herr/Frau
„Name“
„Straße“
„Plz und Ort“

Klinikumsverwaltung

Bereich Controlling und Personal
Personalbetreuung

Albert-Einstein-Allee 29
89081 Ulm (Hausadresse)

Telefon: 0731 500-66461
Telefax: 0731 500-66403
vorname.nachname@uniklinik-ulm.de

1. März 2013

Erweitertes Führungszeugnis

Sehr geehrte/r Frau/Herr „Name“,

ausgehend von der Dienstanweisung vom 08.02.2013 sind Sie im Rahmen Ihres Beschäftigungsverhältnisses verpflichtet, in einem Abstand von drei Jahren ein erweitertes Führungszeugnis vorzulegen. Bitte reichen Sie innerhalb einer Frist von 6 Wochen ein erweitertes Führungszeugnis bei der Personalbetreuung ein.

Für die Beantragung ist die schriftliche Aufforderung des Arbeitgebers auf Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses notwendig. Dieses Schreiben dient hierzu und ist der ausstellenden Behörde vorzulegen. Die Kosten des erweiterten Führungszeugnisses werden Ihnen, nach der Vorlage bei uns, im Rahmen der nächsten Gehaltsabrechnung erstattet.

Beiliegend finden Sie weitere Informationen zur Antragstellung der Stadt Ulm.
Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

„Name + Unterschrift Sachbearbeiter“

Anlage

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Steinhövelstr. 5 – 89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61600/61601
Telefax: 0731 500-61602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie - 89075 Ulm

An
alle MitarbeiterInnen
der KJPP

Ulm, 8. Februar 2013

Dienstanweisung:
Einholung eines *erweiterten* *Führungszeugnisses* in regelmäßigen Abständen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

die Ergebnisse des Runden Tisches sexueller Kindesmissbrauch zur Aufarbeitung des sogenannten Missbrauchsskandals 2010 und 2012 sehen in Einrichtungen, in denen regelmäßig Kinder betreut werden, die Einholung eines *erweiterten Führungszeugnisses* als wichtige Schutzmaßnahme von Kindern vor sexuellen Übergriffen vor. Das *erweiterte Führungszeugnis* enthält insbesondere genauere Angaben zu evtl. Sexualdelikten.
In der Jugendhilfe und bei vielen freien Trägern, die mit Kindern arbeiten, ist diese Einholung verpflichtend. Im medizinischen Bereich ist dies noch nicht definitiv geregelt, seit 2011 ist die Vorlage des erweiterten Führungszeugnisses aber bereits verpflichtend für die Neueinstellung an unserer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie.

Ich habe mich mit Bezug auf die Beschlüsse des Runden Tisches zu Standards im Umgang mit institutionellen Präventionsmaßnahmen an den Klinikumsvorstand gewandt und darum gebeten, die Einholung von *erweiterten Führungszeugnissen* in der KJPP regelmäßig umsetzen zu dürfen. Die Umsetzung dieser Maßnahme wurde mir in der letzten Vorstandssitzung zugesprochen.
Als eine Einrichtung, die in der Öffentlichkeit das Ansehen und darüber hinaus den Anspruch hat, in besonderem Maße zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor weiterer Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch beizutragen, sind wir als KJPP dazu verpflichtet, für diese schützende Atmosphäre zu sorgen. Ich denke, wir sollten hier Standards in Transparenz setzen, **daher bitte ich alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen alle drei Jahre ein aktuelles *erweitertes Führungszeugnis* vorzulegen.**

Dies gilt auch für unsere wissenschaftlichen Hilfskräfte, Praktikanten und Doktoranden, die Patientenkontakt haben.
Die Gebühren (zurzeit sind dies 13 Euro), die bei der Beantragung beim zuständigen Einwohnermeldeamt anfallen, werden selbstverständlich von der Klinik getragen.
Organisiert wird das Ganze gemeinsam mit der Personalverwaltung, die Sie dann in einem gesonderten Schreiben noch über den genauen Ablauf der Antragsstellung und die Kostenübernahme informieren wird.

Für inhaltliche Rückfragen können Sie sich gerne an mich oder Frau Prayon wenden. Für Fragen zur administrativen Abwicklung wenden Sie sich bitte an Frau Katharina Fischer, Personalbetreuung.

Ich danke Ihnen allen sehr für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung in dieser wichtigen Angelegenheit und verbleibe

mit besten Grüßen

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Bundesamt für Justiz

[redacted]

Bundesamt für Justiz, 53094 Bonn

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM
BEREICH CONTROLLING U PERSONAL
PERSOANLBETREUUNG
ALBERT-EINSTEIN-ALLEE 29
89081 ULM

Bonn, den 20.02.2013
Hausanschrift: Adenauerallee 99-103, 53113 Bonn
Telefon: 0228 99410-40 (Zentrale)

Aktenzeichen:
U0023-0842100000--
[redacted]
(bei Rückfragen bitte angeben)

Erweitertes Führungszeugnis
zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 a BZRG

über

JÖRG MICHAEL FEGERT

Geschäftsnummer: ./.
Verwendungszweck: KLINIK FÜR KINDER UND JUGENDPSYCHATRIE

Angaben zur Person

Geburtsname : FEGERT
Familienname : ./.
Vorname(n) : JÖRG MICHAEL
Geburtsdatum : [redacted]1956
Geburtsort : HEILBRONN
Staatsangehörigkeit : deutsch
Anschrift : [redacted]
[redacted] ULM

Inhalt: **Keine Eintragung**

Dieses Führungszeugnis darf nur zu dem Zweck verwertet werden, zu dessen Erfüllung es übermittelt wurde.
Bitte prüfen Sie die Angaben zur Person, um Verwechselungen zu vermeiden. Offenkundige Fehler, auch im Hinblick auf den Inhalt des Führungszeugnisses sollten Sie mir unverzüglich - ggf. telefonisch - anzeigen, um eine sofortige Überprüfung zu ermöglichen.
Dieses Führungszeugnis wurde mit Hilfe automatischer Einrichtungen erteilt und nicht unterschrieben.

MONITORING ZUM UMSETZUNGSSTAND DER EMPFEHLUNGEN DES RUNDEN TISCHES SEXUELLER KINDESMISSBRAUCH (2012–2013)

ZWISCHENBERICHT DER 2. ERHEBUNGSWELLE 2013

Unabhängiger Beauftragter
für Fragen des sexuellen
Kindesmissbrauchs

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Universitätsklinikum Ulm
Universitätsklinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

22. AUG. 2012

Eingang

Johannes-Wilhelm Rörig
Unabhängiger Beauftragter

Sehr geehrte Damen und Herren,

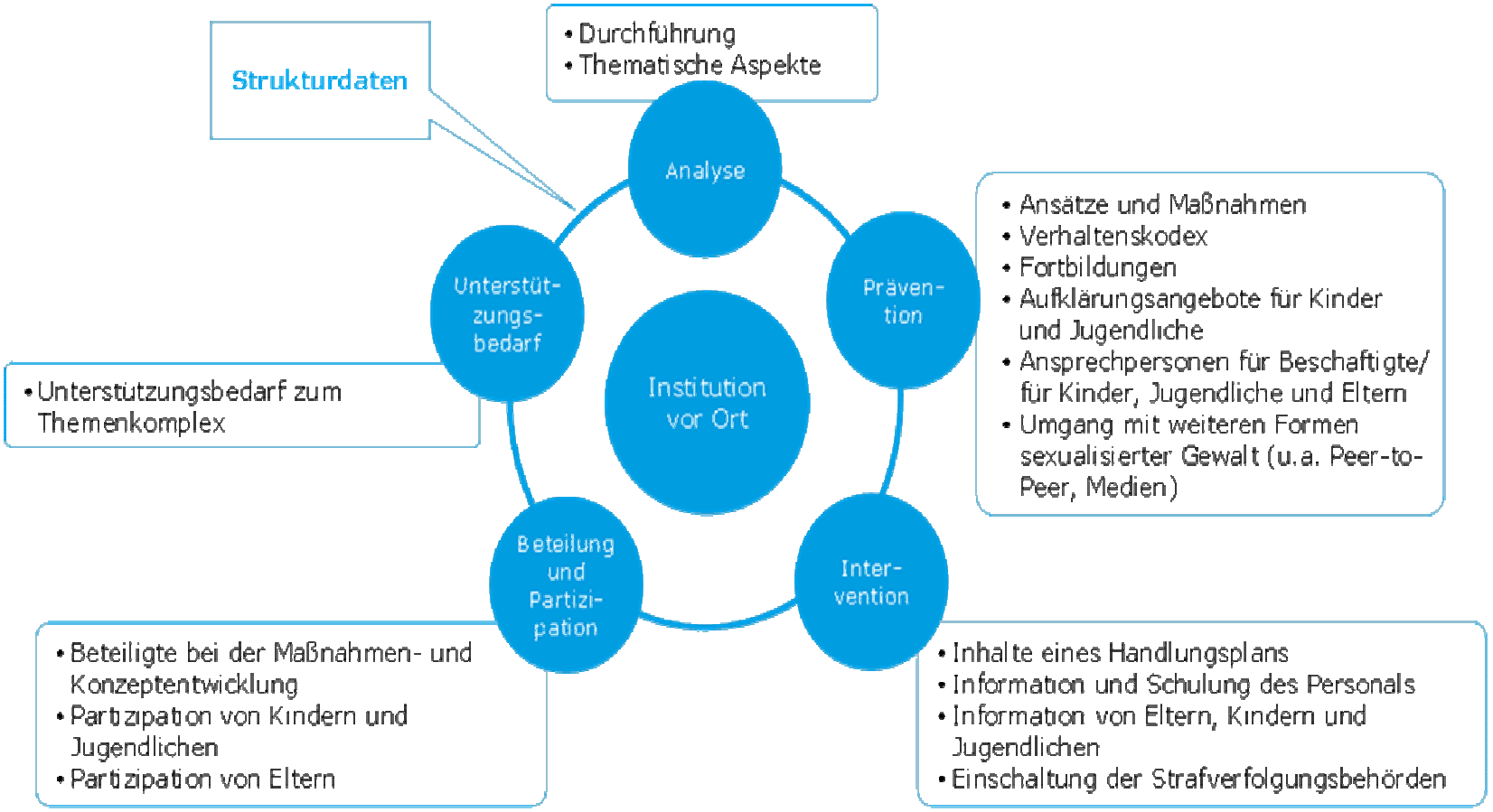
im Dezember 2011 wurde ich von der Bundesregierung zum Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) ernannt. Neben dem Ziel, die Hilfen für Menschen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind, weiter auszubauen, liegt ein wichtiger Schwerpunkt meiner Arbeit beim Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt in Einrichtungen und den Orten, an denen sie Erwachsenen anvertraut sind. In Kliniken, Kitas, Schulen und Internaten, Heimen, Sportvereinen ebenso wie in Jugendverbänden, auf Freizeitreisen und im kirchengemeindlichen Leben verbringen Millionen von Mädchen und Jungen wichtige Zeit und machen viele wertvolle Erfahrungen. Selbstverständlich müssen sie auch hier vor sexualisierter Gewalt geschützt sein und vor allem kompetente und vertrauensvolle Ansprechpartner finden, sofern sie sexualisierte Gewalt in der Familie erleiden sollten.

Ein wichtiger Schritt dorthin sind die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch", die mit dem Abschlussbericht am 30. November 2011 verabschiedet wurden. Träger und Einrichtungen aus den Bereichen Bildung, Erziehung, Gesundheit und Soziales stehen jetzt vor der Herausforderung, diese Empfehlungen aufzugreifen und in die Praxis umzusetzen.

Mir wurde vom Runden Tisch die Aufgabe übertragen, die Umsetzung seiner Empfehlungen zu unterstützen und zu beobachten. Ich weiß, dass viele Einrichtungen, Vereine und ihre Träger in den vergangenen Jahren bereits Schutzkonzepte zu sexueller Gewalt entwickelt haben und sie engagiert und konsequent anwenden. Um diesen Prozess bundesweit weiter anzuregen und begleiten zu können, bin ich in den vergangenen Monaten in einen intensiven Austausch mit zahlreichen Dachorganisationen getreten. Wir verfolgen gemeinsam das Ziel, den Schutz von Mädchen und Jungen vor sexueller Gewalt nachhaltig zu verbessern. Wir haben uns auch darauf verständigt, durch eine Befragung von Einrichtungen und Vereinen vor Ort sichtbar zu machen, welche guten Präventions- und Interventionsansätze es bereits gibt, welche noch in Planung sind und wo es gegebenenfalls noch Ergänzungen bedarf.

Zweite Erhebungswelle Monitoring UBSKM
Stand 29.08.2013

Inhalte des Monitoringfragebogens



Zweite Erhebungswelle Monitoring UBSKM
Stand 29.08.2013

Übersicht: Befragungsbereiche,Stichproben und Rücklauf

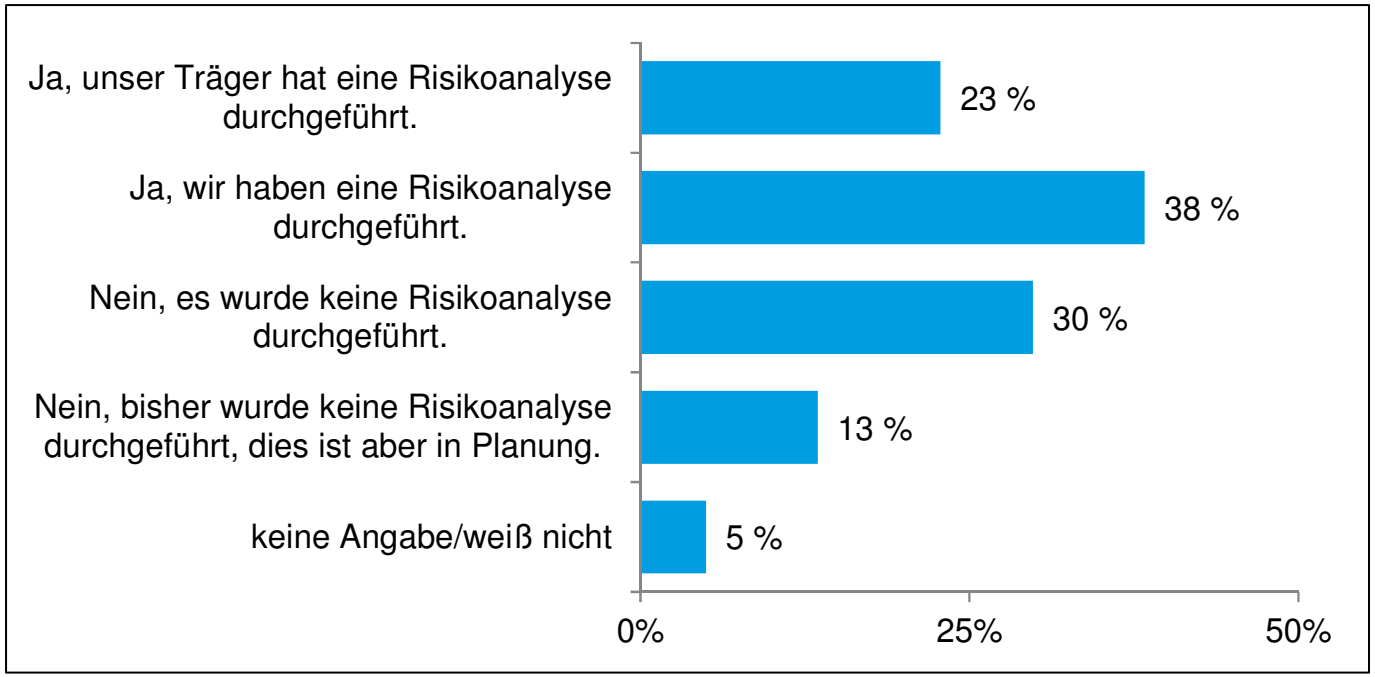
Bereich	Grundgesamtheit	Stichproben-Größe (netto)	Auswertbare Fragebögen	Rücklauf in Prozent
Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche	570	531	137	**26 %**
Kindertageseinrichtungen	Ca. 52.000	4.988	1064	**21 %**
Heime und sonstige betreute Wohnformen	Ca. 4000	1.144	346	**30 %**
Internate	276	276	112	**40 %**
Kinder- und Jugendreisen [1]	Ca. 3.000 Anbieter und Einrichtungen	3036	105	**4 %**
Gemeindliches Leben - evangelische Gemeinden	15.129[2]	Ca. 4.000	692	**18 %**
Gemeindliches Leben - katholische Pfarreien/Gemeinden	11.398[3]	Ca. 1.700	591	**33 %**
Verbandliche Jugendarbeit - regionale und lokale Verbände	Weiterleitung über 16 Landesjugendringe[4]	(Klumpen-)Stichprobe von lokalen Organisationen der Jugendarbeit	379	**n. n.**
Sportvereine[5]	91.000	Ca. 12.000	650	**5 %**
Schulen	31.519[6]	Ca. 3.700	505	**14 %**

[1] Die Rücklaufquote zum Monitoring der Empfehlungen des Runden Tisches bei Anbietern von Kinder- und Jugendreisen ist gering, sodass Ergebnisse für diese Akteure lediglich als Trend interpretiert werden sollten.
[2] Evangelische Kirche, Erhebungsstand 2010.
[3] Katholische Kirche, Pfarreien und sonstige Seelsorgeeinheiten, Stand 2011.
[4] Über die Gesamtzahl der Jugendverbände liegen keine genauen Zahlen vor.
[5] Die Rücklaufquote zum Monitoring der Empfehlungen des Runden Tisches bei Sportvereinen ist gering und beinhaltet regionale Verzerrungen, sodass Ergebnisse für Sportvereine als Trend interpretiert werden sollten.
[6] Grundschulen, Förderschulen und weiterführende Schulen, Stand 2011.

Zweite Erhebungswelle Monitoring UBSKM
Stand 29.08.2013

Heime/betreute Wohnformen

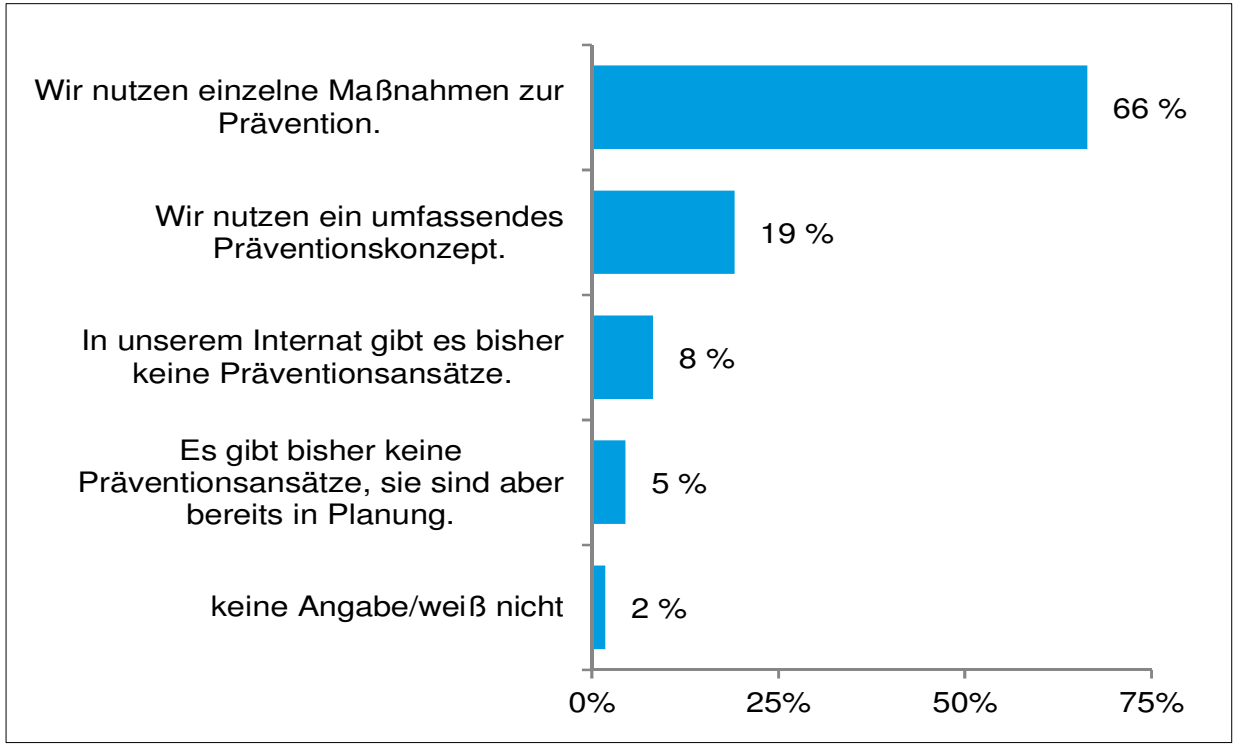
Hat sich Ihr Träger/Heim/betreute Wohnform mit möglichen Risiken beschäftigt, die die Ausübung von sexualisierter Gewalt begünstigen können? (N=342; Mehrfachantworten)



Zweite Erhebungswelle Monitoring UBSKM
Stand 29.08.2013

Internate

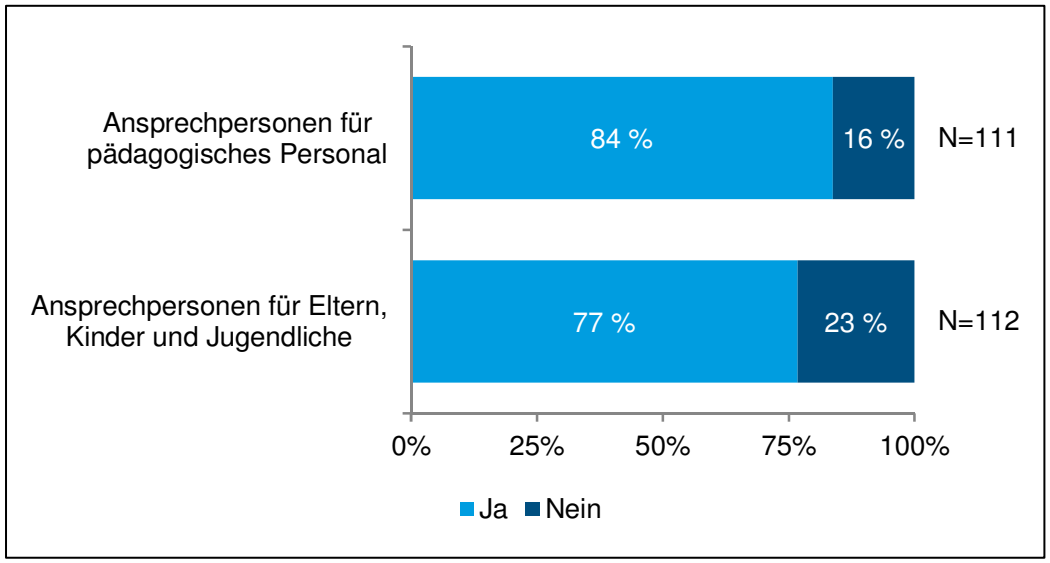
Nutzen Sie in Ihrem Internat Ansätze zur Prävention von sexualisierter Gewalt? (N=110)



Zweite Erhebungswelle Monitoring UBSKM
Stand 29.08.2013

Internate

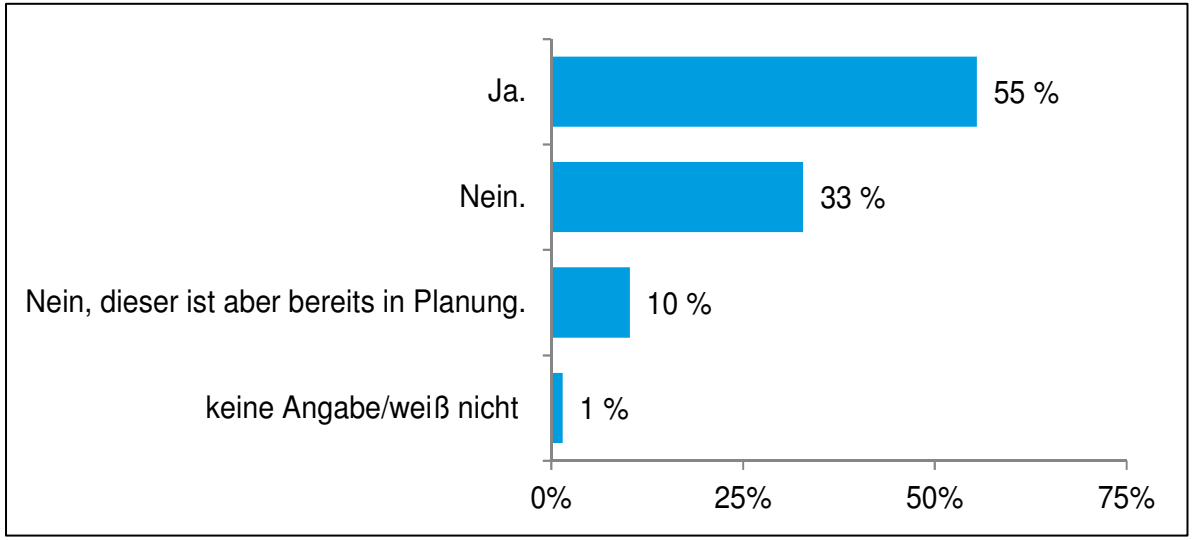
Ist in Ihrem Internat eine Ansprechperson für das Thema sexualisierte Gewalt benannt?



Zweite Erhebungswelle Monitoring UBSKM
Stand 29.08.2013

Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche

Gibt es in Ihrer Klinik/Fachabteilung einen Handlungsplan bei (vermutetem) sexuellem Missbrauch? (N=135; Mehrfachantworten)



Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz **(KKG): § 4** Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1)Werden

1. **Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert**,

2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie

4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder

7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz **(KKG): § 4** Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

… in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, **so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern** und, soweit erforderlich, **bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken**, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz **(KKG): § 4** Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem **Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft**. Sie sind zu diesem Zweck befugt, **dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.**

Befugnisnorm in Bezug auf die Schweigepflicht im Bundeskinderschutzgesetz (§ 4 KKG)
Abgestuftes Vorgehen im Rahmen der Güterabwägung

Bei Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung:

IseF

Stufe 1

Prüfung der eigenen fachlichen Mittel zur Gefährdungsab-schätzung und Gefährdungsabwehr

Stufe 2

Hinwirken auf die aktive Inanspruchnahme von Hilfen durch die Personensorge-berechtigten

Stufe 3

Mitteilung an das Jugendamt (Befugnis) wenn:

Tätigwerden dringend erforderlich ist Personensorgeberechtigte nicht bereit oder nicht in der Lage sind, an Gefährdungseinschätzung oder Abwendung der Gefährdung mitzuwirken

Wenn Tätigwerden des JA zur Gefahrenabwendung erforderlich

Beratungsbedarf in der Medizin

Individueller, fallbezogener Beratungsbedarf in der Medizin, insbesondere im Krankenhaus, entsteht häufig in den **Abendstunden oder am Wochenende**.

Diensthabende Ärztinnen und Ärzte müssen in Rücksprache mit dem zuständigen Oberarzt, oft **ohne erreichbaren Sozialdienst im Krankenhaus**, über Fragen wie

Inobhutnahme,

Einschaltung des Jugendamts, damit verbundener Bruch der Schweigepflicht

Entlassung nach Hause

entscheiden.

Die Rechtsgrundlagen sind ihnen dabei oft nicht bekannt und Informationen dazu auch nicht zugänglich.

Institutioneller Beratungsbedarf wird oft noch gar nicht erkannt und nicht nachgefragt

Die Stichprobe einer Ulmer Befragung

Bundesland	Stadt	Facharzt	Häufigkeit	Prozent
	Ulm	Kinderheilkunde	12	30,77
	Ulm	Allgemeinmedizin	27	69,23
	Ulm	Ulm Gesamt	39	100,00
	Neu Ulm	Kinderheilkunde	3	15,79
	Neu Ulm	Allgemeinmedizin	16	84,21
	Neu Ulm	Neu Ulm Gesamt	19	100
		Gesamt	58	100

Wissen Sie wie die Schweigepflicht für Sie als Arzt im Bereich Kinderschutz geregelt ist?

	Häufigkeit	Prozent
ja	22	37,9
nein	**31**	**53,4**
verweigert	5	8,6
gesamt	58	100,0

Wie ist die Schweigepflicht momentan in diesem Bereich für Sie als Arzt konkret geregelt?

–Zitat: „Weiß nicht. Ich rede mit Jugendschutz Menschen über alles was mir am Herzen liegt. Ich fühle mich da nicht unsicher.“

–Zitat: „Die Schweigepflicht ist immer gleich geregelt.“ Nachfrage: „Wie denn konkret?“ Antwort: „Das weiß ich nicht. Das entscheide ich dann für mich."

Insoweit erfahrene Fachkräfte (IseF)

Insoweit erfahrene Fachkräfte sind derzeit **insoweit nicht** erfahren.

Sie kennen die Abläufe im Krankenhaus nicht.

Das bislang in der Jugendhilfe z.B im Kitabereich erfolgreich praktizierte Beratungsprozedere: Vor-Ort-Gespräche in der Einrichtung, z.B. Kita, braucht längere Vorbereitungszeit und setzt ein stabiles Betreuungsverhältnis voraus.

Patienten bleiben oft nicht lang genug um ein solches Gespräch zu planen.

Akute Fragen in Bezug auf Schweigepflicht, Inobhutnahme etc.

Lösung: Telefonberatung?

Fazit

Kindesmisshandlung ist häufig

Die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe im Kinderschutz ist zentral

Laufende Evaluation des BKschG ist zu begrüssen

In den letzten Jahren sind hierfür Voraussetzungen geschaffen worden, deshalb primär **kein Bedarf de lege ferenda**

Massive Implementationsmängel de lege lata

Massive Informationsdefizite

Vorschlag Hotline als Bundesmodellprojekt

- Praktikabilität
- FAQ
- Bepreisung der individuellen Beratungsleistung

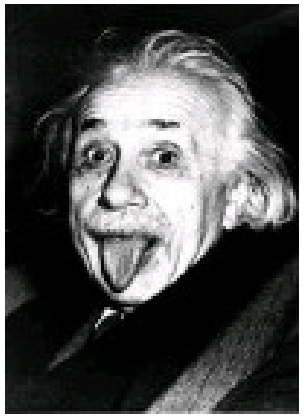
Beratung der Institutionen nach § 8b Satz 2 SGB VIII

Anderes wichtiges Thema: wirken die Hilfen ?

- z.B Inobhutnahme, Heim, SPFH etc

„Es gibt keine großen Entdeckungen
und Fortschritte, solange es noch
ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

Albert Einstein
* 1889 Ulm



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Redezeit und Diskussion 45 Minuten

12.30 - 13.30 Uhr	**Mittagspause**
13.30 - 14.15 Uhr	**Verwendung von Simulationspatienten zum Kinderschutz in der medizinischen Lehre** Dr. E. Koch (Universitätsklinikum Heidelberg)
14.15 - 15.00 Uhr	**"Deutschland misshandelt seine Kinder" - Wie gut schützt das Bundeskinderschutzgesetz?** Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm)
15.00 - 15.25 Uhr	**Diskussion**
15.25 - 15.30 Uhr	**Verabschiedung und Ausblick** Prof. Dr. Jörg M. Fegert
15.30 Uhr	**Ende der Veranstaltung**