

**Schutzkonzepte und
Beschwerdemöglichkeiten in Kliniken für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie**

**Prof. Dr. Michael Kölch
Berlin – Difu - 29.6.2017**

Forschungsförderung:

BMBF

BMFFSJ

BMG

Schweizer Bundesamt für Justiz

EU

Eli Lilly International Foundation

Boehringer Ingelheim

Europäische Akademie

Servier

Mitarbeit in klinischen Studien

Eli Lilly

Astra Zeneca

Janssen-Cilag

Lundbeck

Pascoe

Reisebeihilfen/Vortragshonorare:

DGKJPP

UCB Lundbeck

diverse gemeinnützige Organisationen

Keine Aktien, keine Beteiligungen an Pharmafirmen

Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes



Bericht der Bundesregierung

Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes

16. Dezember 2015

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3/2015 21

Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes

Das BMFSFJ informiert die Fachverbände der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, die Berufsverbände der Heilberufe und die kommunalen Spitzenverbände am 13. August 2015

*Jörg M. Fegert¹, Reinhard Martens²,
Katharina Wiebels³ & Michael Kölch⁴*

Stellungnahme im Rahmen der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes

Autor: Jörg M. Fegert

1. Einleitung

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat die Einführung des BKiSchG nachdrücklich begrüßt. Der derzeitige Präsident der Fachgesellschaft und Verfasser dieser Stellungnahme hat im Vorfeld der Einführung an zahlreichen Anhörungen und Arbeitsgruppen mitgewirkt und dabei leider immer wieder feststellen müssen, dass das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend im Vorfeld der Verabschiedung des BKiSchG in der damaligen Legislatur wesentliche Punkte nicht im Konsens klären konnten.



Hintergrund Gesundheitswesen

Handlungsbedarf bei der weiteren Verbesserung für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

- unterschiedlichen Sprachen der beteiligten Berufsgruppen
- Schwierigkeiten in der Kommunikation

Mögliche Verunsicherung der Akteure im Gesundheitswesen durch:

- wenig Erfahrung im Bereich Kindeswohlgefährdung
- Wenig Erfahrung in Elterngesprächen mit Sorge des Vertrauensverlustes der Familie und Verlust des Zugangs zum Kind
- fehlende Kenntnisse zur Umsetzung der Handlungsschritte nach § 4 KKG



Zufriedenheit in der Kooperation im Kinderschutz – Medizin (UBSKM Monitoring)

	Kooperation vorhanden (in %)	Note 1 (sehr gut)	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6 (sehr schlecht)	Anzahl an gültigen Angaben (n)	Durch- schnittliche Note
Jugendämter/ASD	95,7 %	63	57	20	7	4	0	151	1,9
Familiengerichte	65,2 %	28	46	11	4	5	3	97	2,2
Gesundheitsämter	52,4 %	23	25	13	7	4	2	74	2,3
Sozialämter	48,8 %	20	22	22	3	3	5	75	2,5
Polizei	76,2 %	49	48	12	2	2	1	114	1,8
Erziehungsbera- tungsstellen	64,0 %	29	41	15	4	1	2	92	2,1
Frauenhäuser/- zentren	48,8 %	21	25	13	6	2	4	71	2,4
Fachberatungsstel- len gegen sexuali- sierte Gewalt	57,9 %	36	31	11	6	1	4	89	2,1
Kinderschutz- ambulanzen	61,6 %	49	26	3	4	2	3	87	1,8
Niedergelassene Kinderärzt/innen	86,0 %	56	52	14	6	5	1	134	1,9
Niedergelassene Psy- chothe-rapeut/innen	68,3 %	29	45	17	7	7	2	107	2,3
Zusammenarbeit mit anderen Institutionen	4,9 %								

n = 164; Fehlende Werte = 1

Anm.: Mehrfachantworten möglich; es liegen keine validen Angaben zur Bewertung der Kooperation mit sonstigen Institutionen und Personengruppen vor

Veränderungen: Anstieg der Meldungen und verstärkte Meldungen aus dem Gesundheitssystem

2015: 129.000 JA-Verfahren zur Einschätzung Gefährdung des Kindeswohls = +4,2% (Destatis)

- Vernachlässigung: 63,7 %; größter Anteil der Kinder mit akuter oder latenter Kindeswohlgefährdung
 - psychische Misshandlung: 27,0 %
 - körperliche Misshandlung: 23,1 %
 - sexuelle Gewalt: 4,4 %
- Seit 2012 feststellbar: Gesundheitswesen spielt als Initiator des § 8a-Verfahrens eine besondere Rolle: besonders kleine Kinder dort im Kontakt
- 2014: jede fünfte Gefährdungseinschätzung eines unter einjährigen Kindes auf Hinweis aus Gesundheitswesen.
- Verhältnis „bestätigte“ Fälle (akute oder latente Kindeswohlgefährdung) höher als bei anderen Meldern: 42% der Verfahren in dieser Altersgruppe
(vgl. Kaufhold/Pothmann 2014)

Sexueller Missbrauch im Kontext Medizin und Pädagogik durch Professionelle



In professionellen Abhängigkeitsverhältnissen werden sexuelle Übergriffe als Professional Sexual Misconduct (PSM) bezeichnet.

Hierzu gehören alle sexuellen Handlungen im Rahmen von Beziehungen zwischen Arzt-Patient oder Fachpersonen-Klient, sowie sämtliche Berührungen der intimen Bereiche, die die notwendigen Kontakte einer Untersuchung übersteigen

Missbrauch in Institutionen: Ergebnisse der Telefonhotline UBSKM



- Berichte von 1.138 Betroffenen
- Durchschnittsalter: 52 Jahre
- Altersspanne: 12 – 89 Jahre
- 58 % Männer, 42 % Frauen
- 96 % Missbrauchsfälle aus der Vergangenheit
- 91 % Fälle mit mehrfachem bis hin zu regelmäßig wiederkehrendem Missbrauch

Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting I

- Erfahrungsberichte von 59 Betroffenen
- Durchschnittlich 53 Jahre alt
- Überwiegend weiblich (71%)
- Hauptsächlich Missbrauchsfälle, die in der Vergangenheit stattfanden (85%)
- 39% wiederholter Missbrauch

„Ich wurde durch einen Psychotherapeuten innerhalb der Therapie, die drei Jahre dauerte, über acht Monate hinweg sexuell missbraucht. Der Therapeut bezeichnete sich auch als ‚Körpertherapeut‘ und förderte bei mir Regression. Das heißt, er wollte, dass ich zum Baby werde und mich auf ihn lege.“

- 40% Hands-Off-Taten, 27% Fälle mit Penetration
- 94% männliche missbrauchende Personen
- 53% allein handelnde Einzeltäter

Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting II

- Täter/innen nutzten die Situation von bereits Betroffenen aus
„Ich wurde zu meinen sexuellen Vorlieben befragt.“
- Betroffene berichten Abhängigkeitsgefühl von missbrauchenden Therapeuten
„Ich bin ohne ihn nicht überlebensfähig, nicht existent. Ich darf nicht sein.“
- Drohungen der Täter/innen um Geheimhaltung und Fortführung des Missbrauchs zu erzwingen
„Mir wurde gesagt, dass dann alle in eine Klinik eingewiesen werden.“
- Negative Reaktionen von Erwachsenen auf die Offenbarungen des Missbrauchs
„Meine Mutter sagte mir, sie glaube nicht, dass der Herr Doktor so was mache. Ich hätte das auf Bosheit erfunden.“
- Forderungen, das Thema Missbrauch im Kontext von Therapien zu enttabuisieren
„Ich möchte, dass die Arbeit vom Runden Tisch in den Medien präsenter wird und ich appelliere daran, dass die Thematik ‚therapeutischer Missbrauch‘ am Runden Tisch nicht untergeht, sondern Berücksichtigung findet. Ich möchte, dass mehr Literatur und Studien zu diesem Thema publik gemacht werden. Außerdem müssen sich die Verantwortlichen dem Thema stellen.“

Abgeleitete Schlussfolgerungen: institutionelle Gefährdungsrisiken auch im medizinischen Kontext berücksichtigen

- **Arbeitsfelder in denen emotionale und dichte Beziehungen zwischen Erwachsenen und Kindern bestehen wie:**
 - Professionelle Betreuung und Pflege
 - Seelsorge
 - Therapie, Krankenbehandlung, Beratung, Begleitung
 - Jugendarbeit
 - Sport
- **Gleichzeitig erhöhtes Risiko, dass Angehörige dieser Berufsgruppen einem falschen Verdacht ausgesetzt** werden (Missbrauch mit dem Missbrauch), auch deshalb professionelle Klärung von Gefährdungsrisiken und bewusste Thematisierung unabdingbar.
- **Institutionsstrukturen können Risiko erhöhen oder vermindern**, vgl. Gefahren in autoritär geführten Institutionen oder laissez-faire geführten Institutionen (Conen 1995).

Ergebnisse Runder Tisch zur Entwicklung von Schutzkonzepten

- Für die Entwicklung von Schutzkonzepten hat der Runde Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in seinem Abschlussbericht **Empfehlungen** formuliert, die einen **Rahmen für die Inhalte des Schutzkonzeptes und den Entwicklungsprozess** vorgeben
- Diese müssen jedoch **von jeder Institution spezifisch mit Inhalt gefüllt, angepasst und umgesetzt werden: Medizinischer Kontext sehr unterschiedlich organisiert (z.B. Kinderklinik vs. KJP)**
- Vor der Entwicklung eines Schutzkonzeptes sollte eine **Gefährdungsanalyse** in der Institution durchgeführt werden.



Zu einem umfassenden Konzept gehören:

- Mitarbeiterschulung und Information
 - Information der betreuten Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern
 - Beschwerdemanagement
 - Schutzkonzepte in der Personalauswahl und
 - Personalführung (Involvierung der Leitungsebene)
- Entscheidend ist nicht was in irgendwelchen Ordnern steht oder was an Konzepten an die Aufsichtsbehörden eingereicht wurde, sondern entscheidend ist das **was tatsächlich bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und beim direkt in die Betreuung involvierten Personal ankommt.**



Datenreport des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015 – 2018) – Teilbericht 3

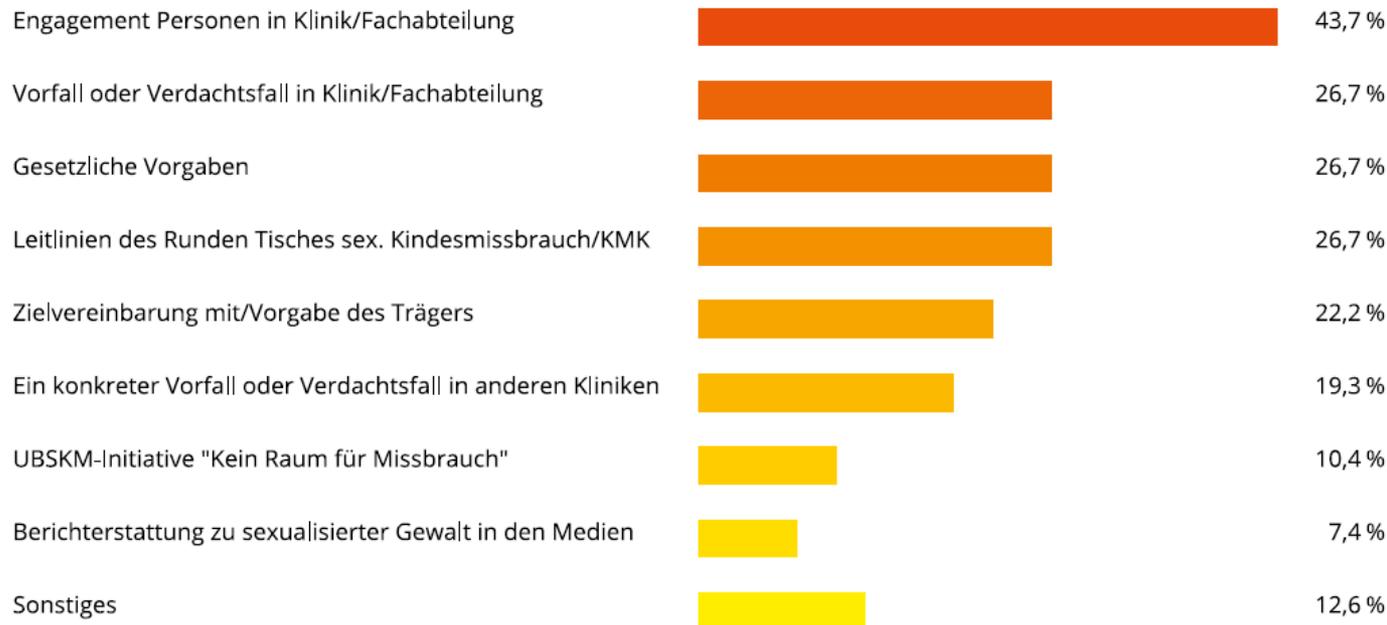
Tabelle 1: Überblick über aktuellen Stand der Entwicklung von Schutzkonzeptbestandteilen und Unterstützungsbedarfe (im Vergleich über die Handlungsfelder hinweg)

Aspekte/Themen	Kitas	Heime	Kliniken	Ambulanter Gesundheitsbereich
Stand der Entwicklung von Schutzkonzeptbestandteilen*	Durchschnittlich acht von zehn Elementen von Schutzkonzepten	Durchschnittlich neun von zehn Elementen von Schutzkonzepten	Durchschnittlich knapp sieben von neun Elementen von Schutzkonzepten	x
Vorhandensein eines umfassenden Präventionskonzepts (Selbsteinschätzung der Befragten)**	21,1 %	32,3 %	20,1 %	x
	n*** = 1.070	n = 434	n = 164	x
(Weitere) Unterstützungsbedarfe zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“	44,1 %	47,0 %	51,9 %	48,9 %
	n = 1.078	n = 430	n = 158	n = 1.120



In Kliniken sind Schutzkonzepte oft aus Initiative von Personen innerhalb der Klinik entstanden

Abbildung C1: Anstoß zur Entwicklung des Schutzkonzeptes





„Die meisten Einrichtungen setzen bereits **mehrere Bausteine** um. Das Thema „Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt“ ist **in der Mehrheit der befragten Einrichtungen** also **angekommen**.

Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass in allen Handlungsfeldern noch **Entwicklungsbedarf** besteht. Zunächst schreibt sich quer über alle Handlungsfelder nur eine **Minderheit** der Einrichtungen bereits ein umfassendes Präventionskonzept zu.

Zudem ist festzustellen, dass häufig einzelne oder mehrere **Elemente** von Schutzkonzepten als **erst geplant** oder **noch nicht ausreichend umgesetzt** charakterisiert werden. Schließlich formuliert ebenfalls in allen Handlungsfeldern ein substantzieller Anteil der Einrichtungen einen **weitergehenden Unterstützungsbedarf (von außen)** bei Prozessen der Weiterentwicklung.“

Implementierung von Schutzkonzepten in Kliniken



Teilbereiche	Elemente von Schutzkonzepten
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungsanalyse
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Präventionsangebote für die Kinder und Jugendlichen • Leitbild, Verhaltenskodex/Verhaltensleitlinien, Vorgaben zur Gestaltung der Organisationskultur • Arbeitsvertragliche Regelungen, z.B. Einholung eines Erweiterten Führungszeugnisses • Berücksichtigung von Kriterien des Kinderschutzes in der Personalauswahl • Regelmäßige Qualifizierung der Mitarbeitenden • Partizipationsformen für Kinder und Jugendliche, Eltern und Mitarbeitende • Konzept zum Management von Beschwerden und Anregungen • Pädagogisches und sexualpädagogisches Konzept
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept zum Umgang mit Fehlverhalten von Mitarbeitenden • Leitlinien/Regelungen zum Umgang mit Verdachtsfällen von sexuellem Missbrauch
Aufarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der Aufarbeitung aufgetretener Fälle • Konzept zur Rehabilitation nach Falschbeschuldigung

Analyse der Institution

- Klärung auf
 - welchen Ebenen und
 - mit welchen Situationen und
 - mit welchen Akteuren man es zu tun hat

- Beispiel: Kliniken
 - Welcher Bereich ist besonders gefährdet?
 - Welche Situationen können kritisches Potential beinhalten?
 - Welche Patienten sind besonders gefährdet, gibt es bestimmte besonders vulnerable Gruppen?

Präventionskonzept: Haltung

- Das erste und wichtigste Element der Prävention ist die **Implementierung einer Haltung** bzw. die **Analyse der Haltung der Gesamtklinik** und aller Mitarbeiter zur Thematik:
 - Gibt es dieses Thema? Wie stellt sich die Institution dem Thema?
- Der nächste Schritt ist die **Sensibilisierung** für das Thema:
 - Aufklärung und Problemdefinition
 - Akzeptanz von Emotion und Unsicherheit
- Finden eines **Rahmens für die Konzepterstellung**:
 - Wer ist zuständig (Pflege, Ärzte, Personalabteilung, GF etc.)?
 - Wer sollte einbezogen werden von extern?
 - Was soll implementiert werden?

Verhaltenskodizes

- Definition einer generellen Haltung gegenüber Patienten (Leitbild)
- Aber insbesondere wichtig:
- Leitlinien für spezielle Situationen, bei denen die körperliche Integrität gefährdet ist, wie z.B.
 - körperliche Untersuchung
 - Leibesvisitation
 - Spezielle Situationen auf Suchtstationen: Urindrogenscreening
 - Zu Bett-geh-Situationen bei Kinderstationen
 - Aber auch: wie gehe ich damit um, wenn mir ein Patient etwas erzählt?
 - Probleme: Personalausstattung

Wir sind respektvoll und höflich zu PatientInnen wie zu MitarbeiterInnen und sind uns dabei unserer Verantwortung füreinander bewusst.

Wir wahren eine professionelle körperliche und emotionale Distanz zwischen PatientInnen und MitarbeiterInnen. Das gilt auch für den Umgang zwischen MitarbeiterInnen.

Wir erklären unseren PatientInnen im Vorfeld, was an oder mit ihnen gemacht wird.

Wir achten das Schamgefühl unserer PatientInnen auch dann, wenn sie nicht selber darauf achten.

Wir entkleiden unsere PatientInnen so wenig wie möglich und nur soweit, wie es aus pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Gründen unbedingt erforderlich ist.

Bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Intimbereich von PatientInnen ist nach Möglichkeit eine weitere Person im Raum anwesend.

Insbesondere unsere minderjährigen PatientInnen werden bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Intimbereich nach Möglichkeit durch gleichgeschlechtliches Personal betreut.

Wir tolerieren kein grenzverletzendes oder übergriffiges Fehlverhalten von MitarbeiterInnen, stattdessen thematisieren wir es, spätestens bei Wiederholung melden wir es.

Wenn wir Verletzungen des Kodex bemerken, beziehen wir aktiv und professionell Position dagegen.

Was tun,

wenn einem das Verhalten einer Kollegin oder eines Kollegen oder auch anderer Personen auffällig vorkommt oder der Verhaltenskodex verletzt wird und ein Gespräch keine Klärung/Abhilfe geschaffen hat?

- Sprechen Sie mit Ihrer Vorgesetzten/Ihrem Vorgesetzten!
- Wenn Sie anonym bleiben möchten, wenden Sie sich an den
 - **Ombudsmann* von Vivantes**, Alexander von Negenborn;
 - **Tel. 030 2579 7500**
- Wenn Sie sich, zum Beispiel zur Frage, ob sexualisierte Gewalt oder Missbrauch vorliegt, fachlich beraten lassen wollen, wenden Sie sich, auf Wunsch auch anonym, an die Beratungsstelle
 - **Kind im Zentrum (KiZ)*** Beratung und sozialtherapeutischen Hilfen bei sexualisierter Gewalt
 - **Tel. 030 2828 077**
- Alle Vivantes-Personalbereiche sind zu dem Thema geschult – auch hier können Sie sich Rat und Unterstützung holen.
- Gegebenenfalls treffen auch die Regelungen der Vivantes-Richtlinie **„Allgemeine Bedrohungslagen und besondere Vorkommnisse“** zu, hier sind die Meldewege vorgegeben; zumeist gilt auch hier: zuallererst Information an die unmittelbaren Vorgesetzten!

*Mit beiden externen Anlaufstellen bestehen vertragliche Absprachen mit Vivantes, beide informieren die Vivantes-Geschäftsführung über die Tatsache, nicht aber über den Inhalt einer Anfrage bzw. Beratung

• Leitlinie für Mitarbeiter

Beispiel einer erweiterten Richtlinie

Zielgruppe:

Alle Mitarbeiter von Vivantes einschl. aller Personen, die im Auftrag von Vivantes tätig sind

Geltungsbereich:

Alle Bereiche von Vivantes einschl. der Tochterunternehmen

Ausnahmen:

Keine

**Vivantes**

Richtlinie Allgemeine Bedrohungslagen und besondere Vorkommnisse

Richtlinie über das Verhalten bei allgemeinen Gefahrenlagen und besonderen Vorkommnissen

Präambel

Diese Richtlinie enthält Regelungen für den Fall einer allgemeinen Bedrohungslage in einem Betriebsteil von Vivantes und seinen Tochterunternehmen und für Vorgänge, die erheblich von den vorgegebenen Abläufen in Klinik und Heimen abweichen bzw. öffentlichkeitswirksam werden könnten (besondere Vorkommnisse).

Anwendungsbereich

Diese Richtlinie gilt für alle Beschäftigten¹ von Vivantes, für die Beschäftigten in Tochtergesellschaften nach Übernahme durch deren Geschäftsführung und für alle Personen, die für oder im Auftrag von Vivantes tätig sind.²

Meldepflichtige Ereignisse

Meldepflichtige Ereignisse werden entsprechend ihres Gefahrenpotentials und der möglichen Publizität in drei Kategorien unterschiedlichen Dringlichkeitsgrades (in absteigender Reihenfolge: A – C) eingeteilt. Die nachstehende Aufzählung ist beispielhaft und nicht abschließend:

Meldepflichtige Ereignisse

Meldepflichtige Ereignisse werden entsprechend ihres Gefahrenpotentials und der möglichen Publizität in drei Kategorien unterschiedlichen Dringlichkeitsgrades (in absteigender Reihenfolge: A – C) eingeteilt. Die nachstehende Aufzählung ist beispielhaft und nicht abschließend:

A:

- Naturkatastrophen, Großunfälle, Bombenfund, Brand-/Explosionsereignisse, die mit Personenschäden bzw. erheblichen Sachschäden einhergehen, Evakuierung;
- Schwere Straftaten wie z. B. Raub, Bombendrohung, Morddrohung, Körperverletzung mit Todesfolge, Tötungsdelikt; Amoklauf;
- Jede Sexualstraftat zu Lasten von Patienten, Heimbewohnern, Dritten oder Mitarbeitern auf dem Betriebsgelände (vgl. Erläuterungen in Anlage 1);

Die Dringlichkeit der Meldung richtet sich nach der jeweils betroffenen Kategorie

„A“: Sofort, unabhängig von Regelarbeitszeiten, auch an Sonn- und Feiertagen

„B“: Unverzögerlich, in der Zeit zwischen 7:00 und 22:00 Uhr

„C“: Mit Beginn der nächsten regulären Kernarbeitszeit.

Verhalten bei allgemeinen Bedrohungslagen und besonderen Vorkommnissen



1. Sofort Hilfe und Unterstützung holen (z.B. Polizei-Notruf 110 oder Feuerwehr 112)
2. Immer unverzüglich Vorgesetzten verständigen
(falls eine Stufe nicht erreichbar, nächste kontaktieren)
3. Vorgesetzte informiert sofort Geschäftsführenden Direktor, Mitglied der Geschäftsführenden Direktion am Standort oder Geschäftsführer der Tochtergesellschaft
(außerhalb der Regelarbeitszeit am Standort den „Diensthabenden ärztlichen Beauftragten“)
4. Geschäftsführende Direktion informiert die Geschäftsführung von Vivantes
(ggf. auch Stabsstelle Notfallmedizin und Katastrophenschutz und/oder Unternehmenskommunikation)

Sofort (immer, auch nachts sowie an Sonn- und Feiertagen) bei

- Brand, Explosion, Katastrophe
- schwerer Straftat
- jeder Sexualstraftat
- Verschwinden von Patienten
- Ausfall kritischer Infrastruktur oder Havarie

Unverzüglich zwischen 7:00 und 22:00 Uhr bei

- schwerer Verletzung von Pat- und Bewohnerrechten
- schwerem Hausfriedensbruch
- schwerem Narkose- und OP-Zwischenfall
- Suizid oder Suizidversuch
- polizeilichen Zwangsmaßnahmen

Mit Beginn der nächsten regulären Kernarbeitszeit bei

- Verletzung von Patienten- und Bewohnerrechten
- vorsätzlichen/fahrlässigen Abrechnungsfehlern
- schweren Datenschutzverstößen
- Betäubungsmittel- oder Arzneimittelgesetzverstößen

5. Übersendung eines umfassenden schriftlichen Berichts an die Geschäftsführung

➔ Notfallnummern über Call-Center (Tel. 99 für die Kliniken, Tel. 130 10 für die Tochtergesellschaften)

➔ Weitere Informationen sind in der Richtlinie im Intranet zu finden

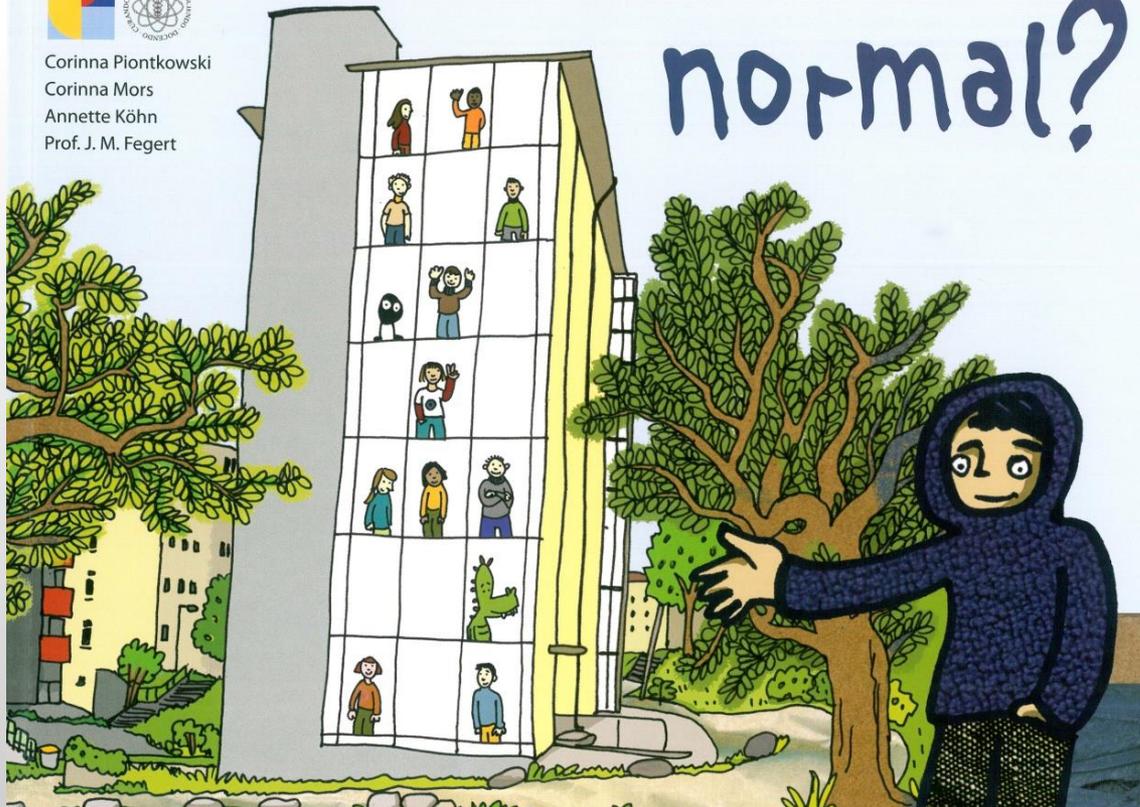
Partizipation und Aufklärung

Mein Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm



Corinna Piontkowski
Corinna Mors
Annette Köhn
Prof. J. M. Fegert

Was ist denn schon normal?





Entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention sind die Rechte von Mädchen und Jungen auf institutioneller Ebene verankert. Ohne Möglichkeit diese einzufordern, bleiben Regeln und Rechte wirkungslos.



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

Patientenfürsprecher, Besuchskommissionen und Beschwerdestellen

- Sensibilisierung von Patientenfürsprechern für besondere Situation von Kindern und Jugendlichen in Kliniken, insbesondere KJP (keine Komm-Struktur, längerer Vertrauensaufbau etc.)
- Besuchskommissionen Psychiatrie und KJP: uneinheitlich geregelt aufgrund Landesgesetzgebung; Kontrollinstanz für Zwangsmaßnahmen, (menschenwürdige) Ausstattung, Konzepte im Umgang mit Patienten
- Beschwerdestellen als Möglichkeit für Aufarbeitung von Konflikten etc., z.B. Berliner Beschwerdestelle

Umfrage zum Thema Beschwerdemöglichkeiten und Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

- Angeschrieben wurden 178 Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG)
- Rücklaufquote 39 %

Zentrales Ergebnis:

- Hinsichtlich der Unterscheidung von Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen gibt es eine große Verunsicherung sowie ein heterogenes Vorgehen von Kliniken und Familiengerichten

Beschwerdeverfahren

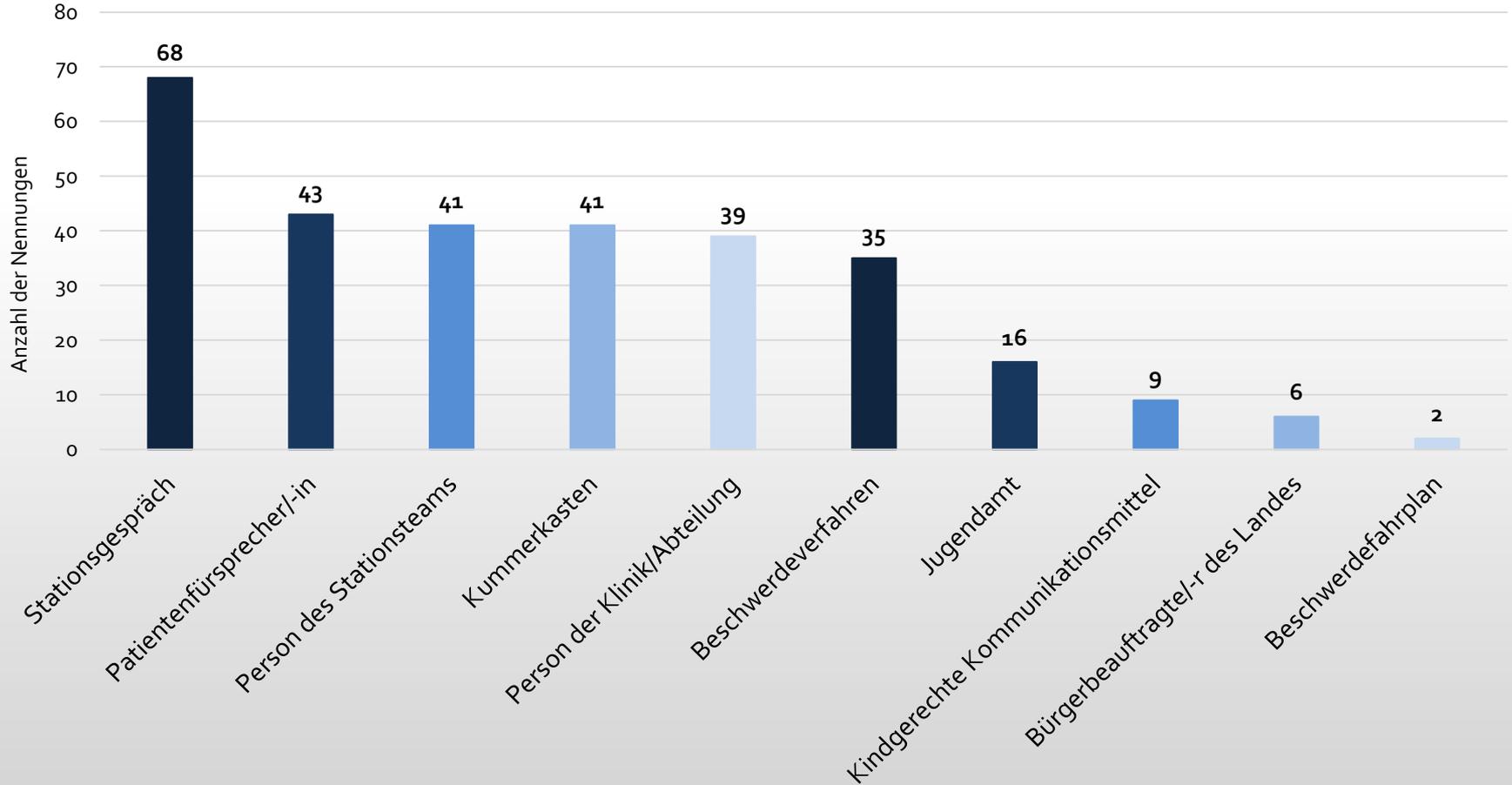
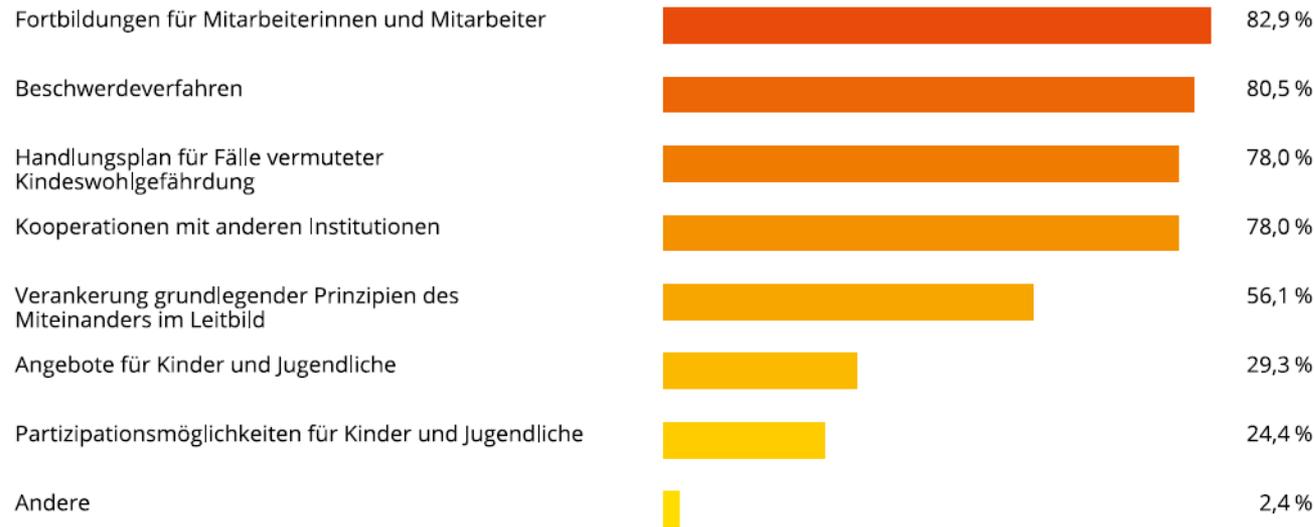




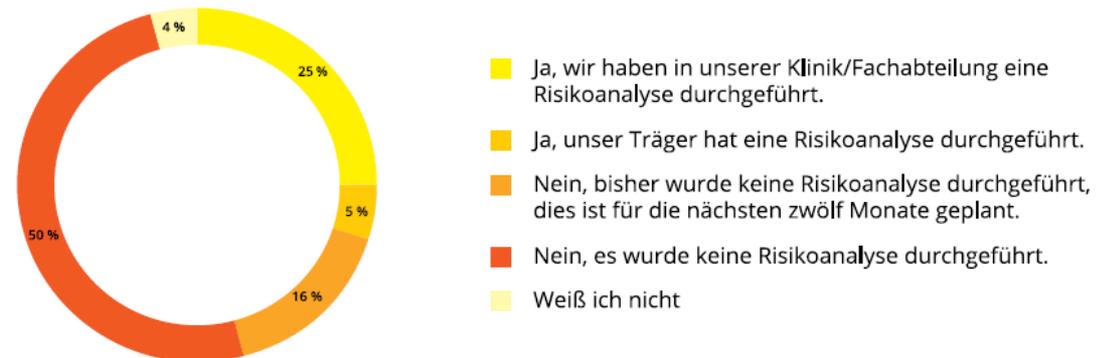
Abbildung C2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden



n=41; Fehlende Werte=124
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Test

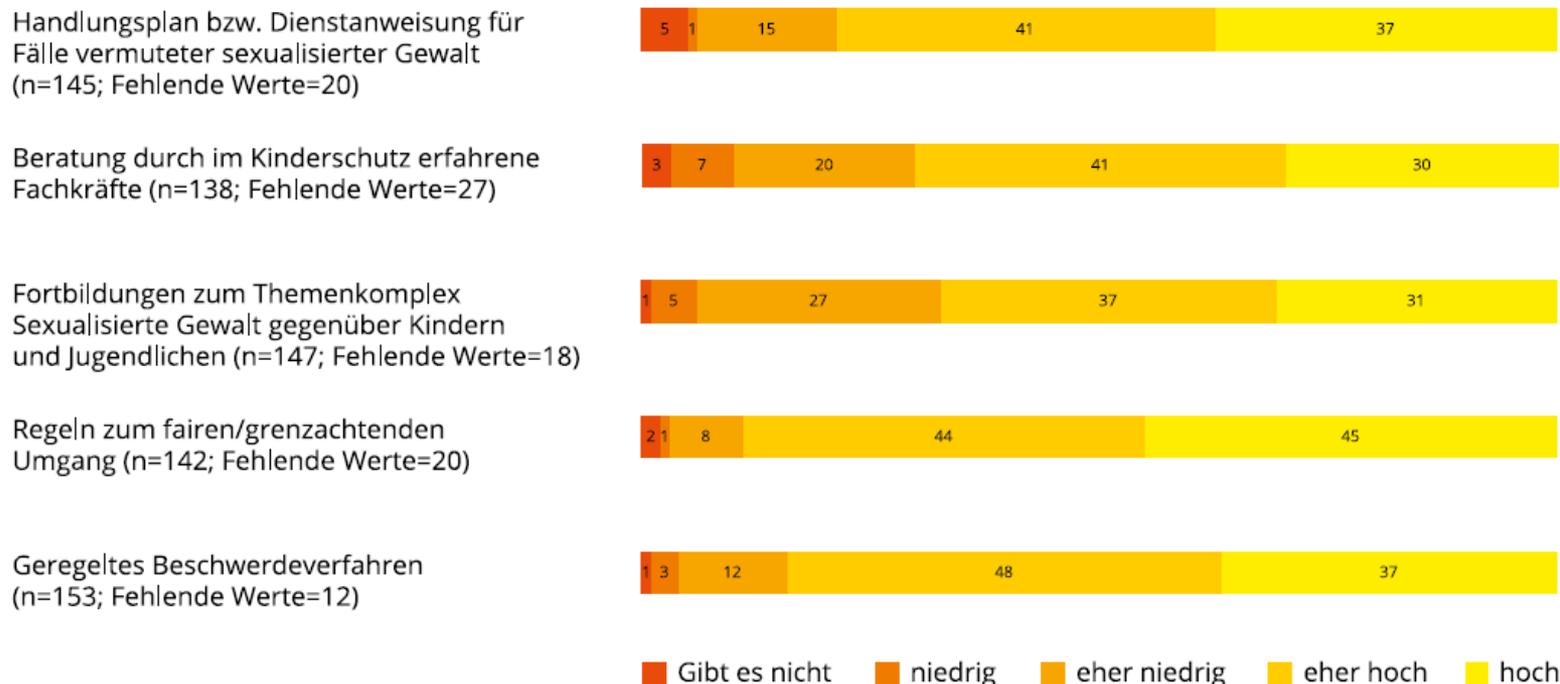
Abbildung C3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)



n=160; Fehlende Werte=5
Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Selbsteinschätzung des Nutzungsgrades – UBSKM Monitoring

Abbildung C5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in Kliniken⁸²

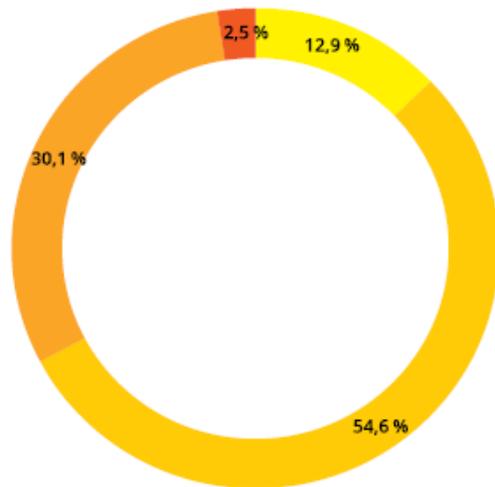


Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

Wirkung in der Wahrnehmung

Abbildung C6: Einschätzung der Relevanz des Themas "Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen"



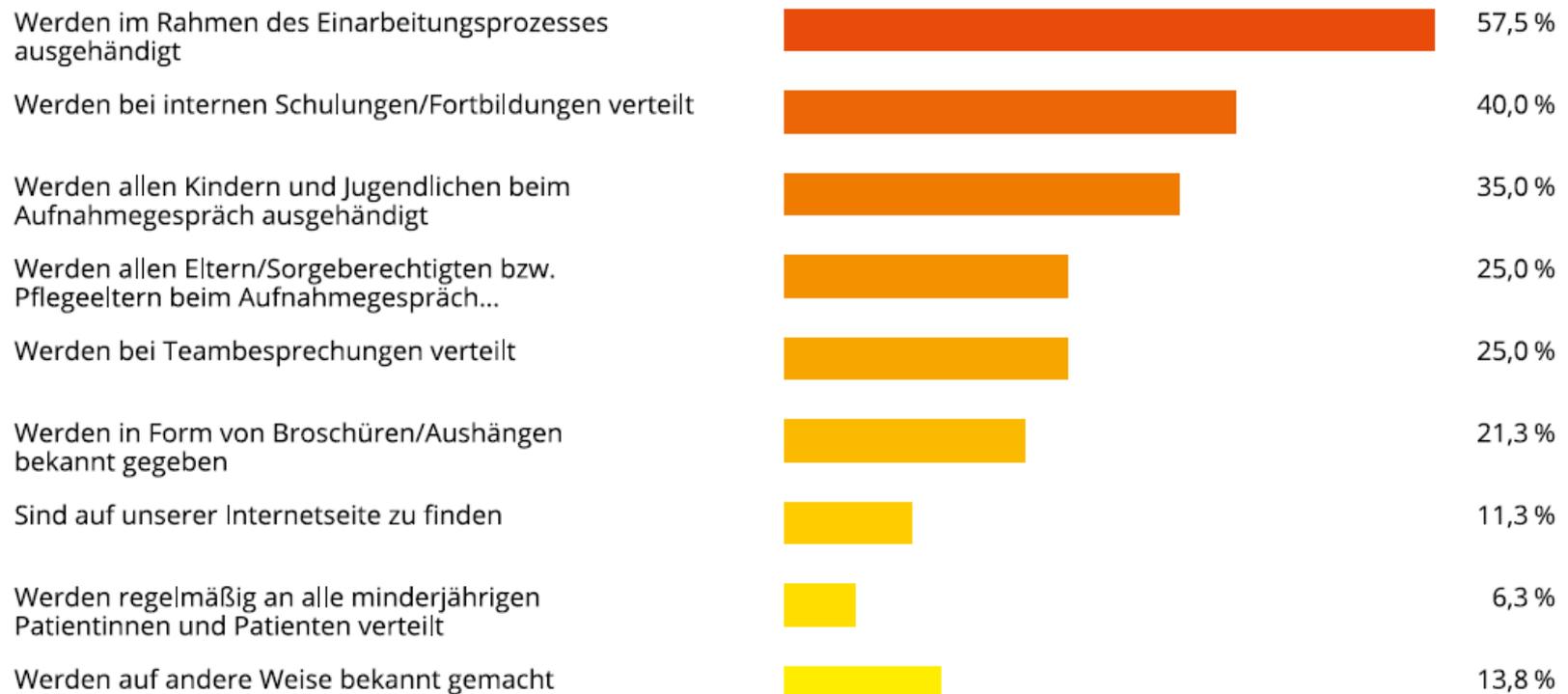
- ... ist ein sehr zentrales Thema für unsere Klinik/Fachabteilung.
- ... ist ein wichtiges Thema neben anderen Präventions- und Interventionsbereichen.
- ... spielt nur eine geringe Rolle für uns, bei uns sind andere Themen wichtig.
- ... hat für unsere Klinik/Fachabteilung keine Relevanz.

n=163 ; Fehlende Werte=2

Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Bekanntmachung

Abbildung C8: Thematisierung erstellter Verhaltensregeln



Möglichkeiten einer systematischen Fortbildung – e-learning Angebote

- Diverse Kurse für unterschiedliche Nutzer mit BMBF Förderung:

Projekte	Projektlaufzeit
Online-Kurs "Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz"	2009-2011
Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindemissbrauch“	2011-2014
Verbundprojekt ECQAT (Entwicklung von vier Online-Kursen)	2014-2019
Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“	2015-2017
Verbundprojekt SHELTER (Entwicklung von drei Online-Kursen)	2016-2019

Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“

Prävention von sexuellem
Kindesmissbrauch



- Laufzeit: 01.07.2011 – 30.09.2014
- Zielgruppe: medizinisch-therapeutische und pädagogische Berufe
- Knapp 2.000 Personen haben in der Projektlaufzeit den Kurs abgeschlossen
- Verstetigung über eine Kooperation mit der School of Advanced Professional Studies (SAPS)
 - Es können jetzt auch andere Berufsgruppen und Ehrenamtliche teilnehmen

Projekt ECQAT

Kurse	Verantwortliche/r
Traumatherapie	Prof. Frank Neuner, Universität Bielefeld
Traumapädagogik	Prof. Ute Ziegenhain, Universitätsklinikum Ulm Dr. Marc Schmid, UPK Basel
Schutzkonzepte in Institutionen – Schutzprozesse achtsam und partizipativ gestalten	Prof. Wolfgang Schröer, Universität Hildesheim Prof. Mechthild Wolff, Hochschule Landshut
Leitungswissen Kinderschutz in Institutionen - ein Kerncurriculum für Führungskräfte	Prof. Michael Kölch, Medizinische Hochschule Brandenburg Prof. Jörg M. Fegert, Universitätsklinikum Ulm

Verbundprojekt ECQAT

Entwicklung eines E-Learning-Curriculums zur ergänzenden
Qualifikation in Traumapädagogik, Traumatherapie und
Entwicklung von Schutzkonzepten und Analyse von
Gefährdungsrisiken in Institutionen





Online-Kurs „Kinderschutz in Institutionen – ein Kerncurriculum für Leitungs- & Führungskräfte“

VERBUNDPROJEKT ECQAT

Entwicklung eines E-Learning-Curriculums zur ergänzenden Qualifikation in Traumapädagogik, Traumatherapie und Entwicklung von Schutzkonzepten und Analyse von Gefährdungsrisiken in Institutionen

[Zur Startseite des ECQAT Verbundprojekts »](#)

Leitungswissen Kinderschutz in Institutionen – ein Online-Kurs für Führungskräfte



<https://leitung.elearning-kinderschutz.de/>



Online-Kurs „Kinderschutz in Institutionen – ein Kerncurriculum für Leitungs- & Führungskräfte“



- Adressaten: Führungskräfte in pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Einrichtungen
- Ziel: Befähigung der Teilnehmenden, in ihrer Einrichtung Prozesse und Maßnahmen zum Schutz der betreuten Kinder und Jugendlichen zu initiieren und erfolgreich zu begleiten
- Umfang und Abschluss: ca. 34 Stunden; Zertifikat mit 45 CME-Punkten
- Lernbausteine: Videoclips mit Sequenzen aus Interviews mit ExpertInnen, Texte zu Grundlagen und rechtlichen Aspekten, Übungsbereich mit interaktivem Faltrainer, Materialien für den Alltag



Online-Kurs „Kinderschutz in Institutionen – ein Kerncurriculum für Leitungs- & Führungskräfte“

1 EINFÜHRUNG	2 PERSONALVERANTWORTUNG	3 GEFÄHRDUNGSLAGEN UND SCHUTZFAKTOREN IN INSTITUTIONEN	4 IMPLEMENTIERUNG VON SCHUTZKONZEPTEN
<ul style="list-style-type: none">1.1 Herausforderungen und Aufgaben als Leitungskraft1.2 Definition, Epidemiologie und Folgen von Kindesmisshandlung1.3 Schaffung eines traumasensiblen Umfelds	<ul style="list-style-type: none">2.1 Personalführungskonzepte2.2 Personalauswahl2.3 Personalentwicklung2.4 Personalbeurteilung, Umgang mit Fehlverhalten und Rehabilitation2.5 Arbeits- und Personalrecht	<ul style="list-style-type: none">3.1 Organisationsstruktur und -kultur3.2 Gefährdungslagen und Schutzfaktoren für Kindeswohlgefährdung in Institutionen3.3 Gefährdungsanalyse in Institutionen	<ul style="list-style-type: none">4.1 Methoden der Organisations- und Teamentwicklung4.2 Verhaltensleitlinien und pädagogisches Konzept4.3 Beschwerdemanagement4.4 Umgang mit Verdachtsfällen



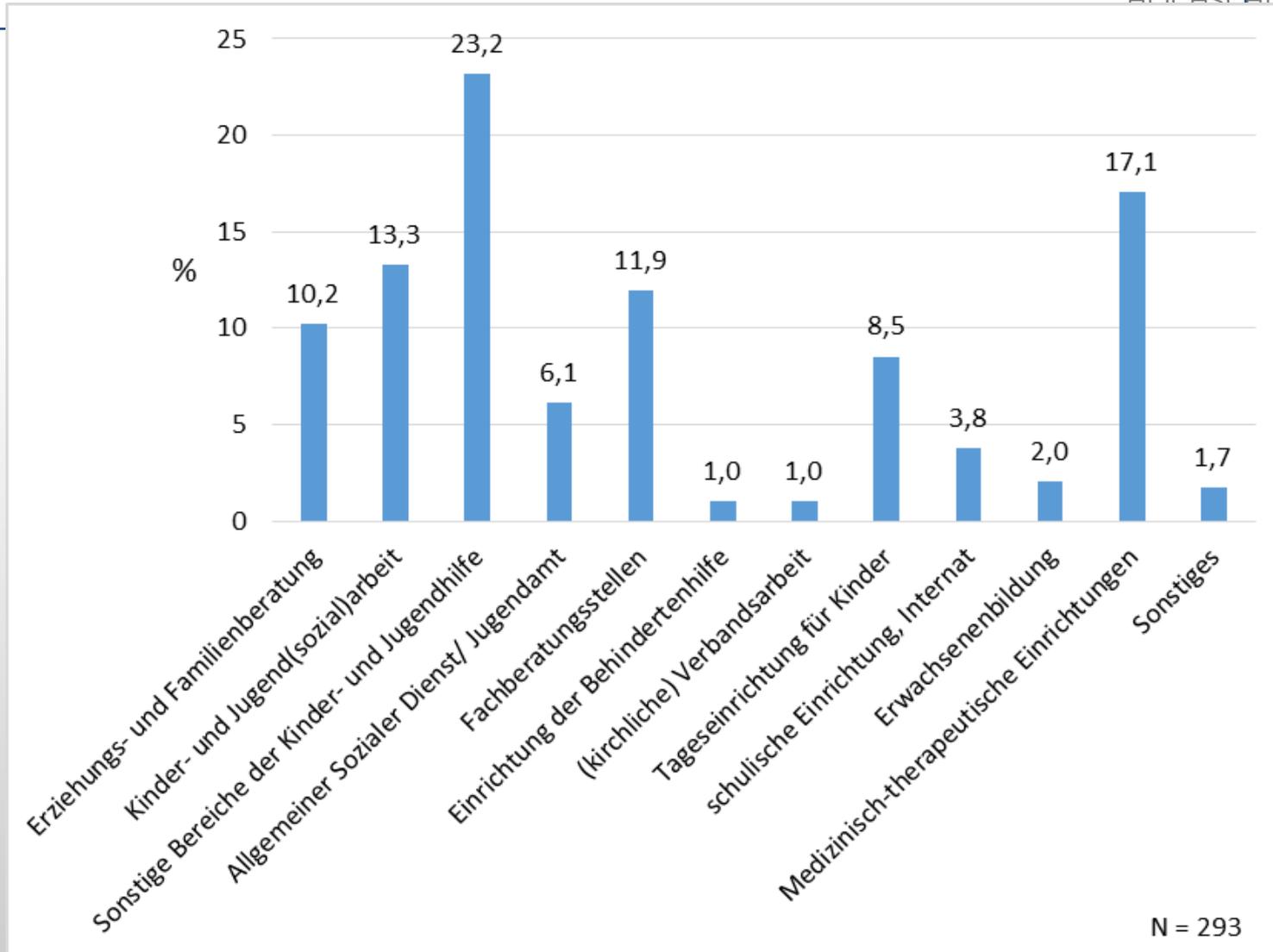
Online-Kurs „Kinderschutz in Institutionen – ein Kerncurriculum für Leitungs- & Führungskräfte“

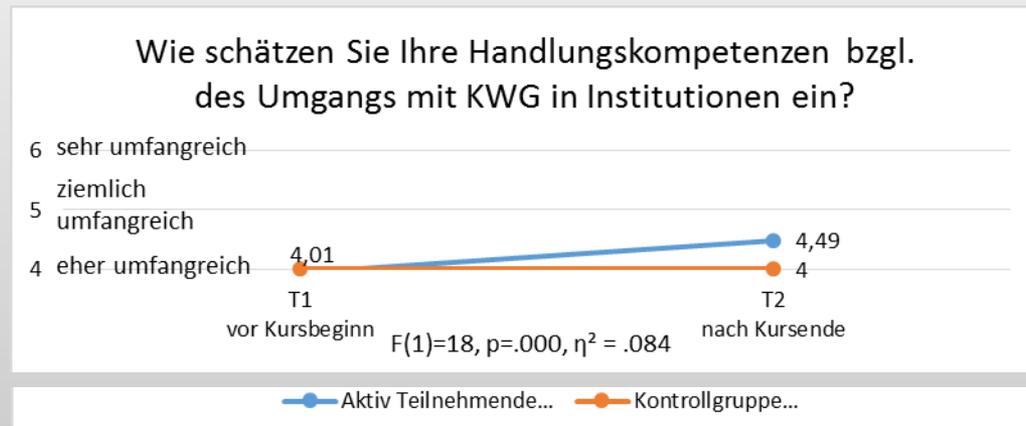
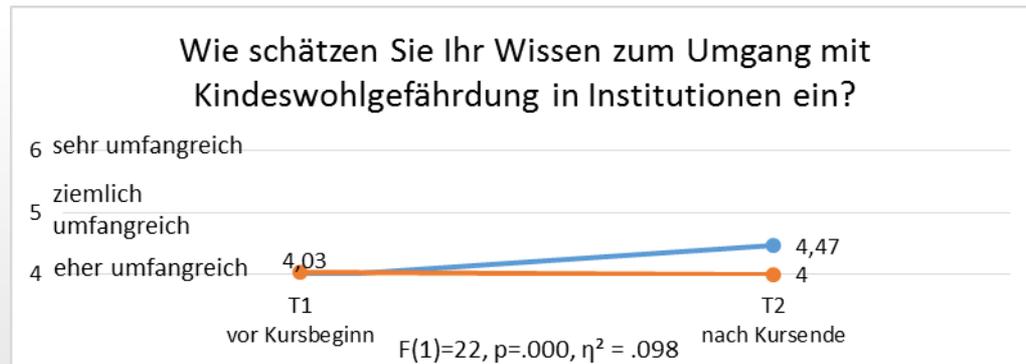
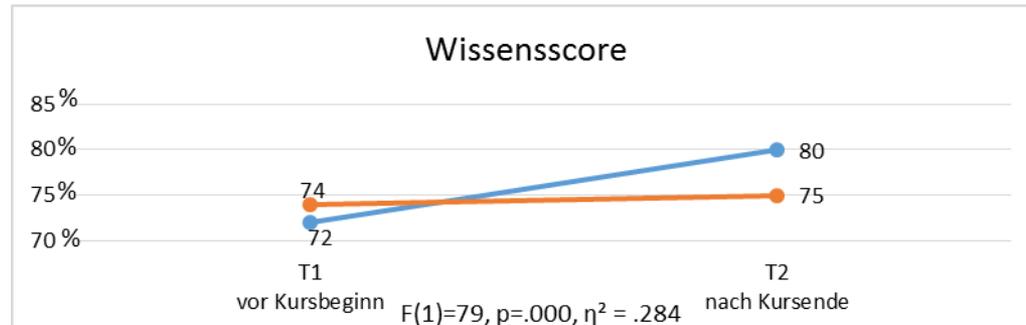
Absolventinnen und Absolventen (N=293)

- 73% Frauen
- Ø 46 Jahre (SD: 8.6 J.; Range: 23 – 63 J.)
- 42% (Stellvertretende) Leitung der gesamten Einrichtung, 45% (Stellvertretende) Leitung eines Teilbereichs
- Ø 8.2 Standorte pro Einrichtung (SD=23; Range 1-280)
- Ø 182 hauptberufliche Mitarbeitende pro Einrichtung (SD=492; Range 1-6000)



Online-Kurs „Kinderschutz in Institutionen – ein Kerncurriculum für Leitungs- & Führungskräfte“







Bausteine institutioneller Schutzkonzepte, die in Folge der Kursbearbeitung eingeführt/überarbeitet wurden

in %, N=200	Ja, wurde eingeführt/ überarbeitet	Ist in Planung
Gefährdungsanalyse	37	10
Verhaltenskodex	41	8
Leitbild	66	8
Erweitertes Führungszeugnis (EFZ)	93	3
Selbstverpflichtungserklärung	37	20
Fortbildungen	75	5
Präventionsmaßnahmen	45	19
Pädagogisches Konzept	71	10
Beschwerdesystem für Ki & Ju	71	8
Beschwerdesystem für Eltern	61	11
Beschwerdesystem für Mitarbeitende	63	12
Interventionsplan	58	5
Rehabilitationskonzept	15	24
Konzept zur Aufarbeitung	23	23

Zusammenfassung

- Bundeskinderschutzgesetz wirkt auch im medizinischen Bereich
- Entwicklung von Schutzkonzepten in medizinischen Institutionen als Thema „angekommen“
- Wichtige Grundelemente von Schutzkonzepten, die auch im medizinischen Bereich notwendig sind:
 - Risikoanalyse
 - Beschwerdemanagement
 - Notfallplan
- Umsetzung einzelner Elemente in medizinischen Institutionen sehr unterschiedlich
- Kontinuierliche Schulung (e-learning Angebote) zum Kinderschutz im Bereich der Medizin etabliert

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



michael.koelch@mhb-fontane.de