

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Berlin, 30.8 2017



Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- **Einleitung – der Kontext**
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Vielfältige Erwartungen an die Heilberufe

- Gute Diagnostik trotz nicht hinreichender Aus- Fort- und Weiterbildung zum Kinderschutz in der Medizin
- Befundsicherung
- Medizinischer (eindeutiger) Beweis
 - Umgang mit der Unsicherheit von anderen helfenden Professionen
 - Rechtsmedizinischer / strafrechtlicher Kontext
- Besonderer Vertrauensschutz (Schweigepflicht)
 - Kenntnis Bundeskinderschutzgesetz (Befugnisnorm)
- Intervention: Wundversorgung, Krankenbehandlung, Therapie (am besten ohne Aussagequalität zu beeinflussen)
- Kooperation trotz Zeitdruck

**FÜR MEDIZINISCHES FACHPERSONAL
BEI KINDERSCHUTZFRAGEN**

0800 19 210 00

UNSERE MITARBEITERINEN UND MITARBEITER BERATEN ZU ALLEN FORMEN VON KINDERMISSHANDLUNG

kostenfrei

24h erreichbar

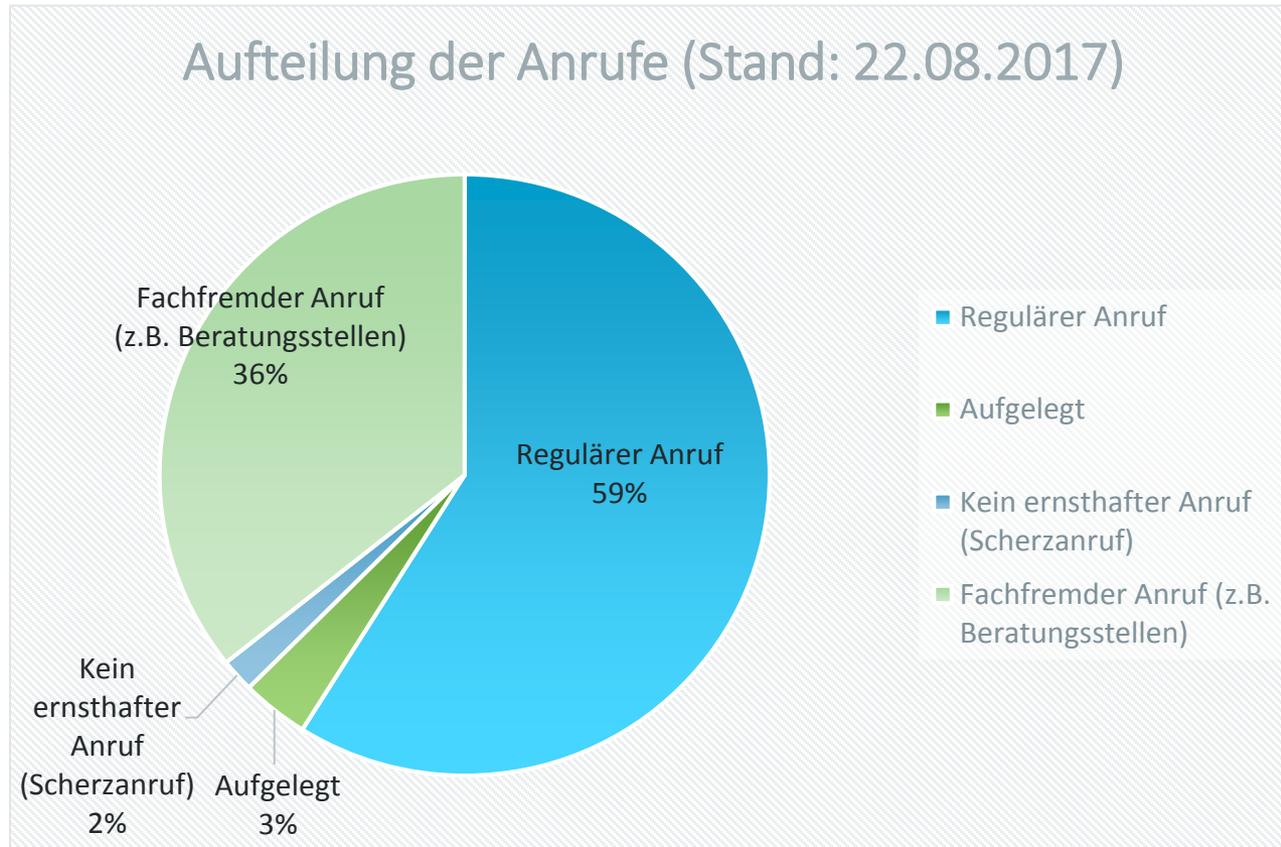
vertraulich

geschult

Zielgruppe der Hotline

Die Medizinische Kinderschutzhotline richtet sich an medizinisches Fachpersonal:

- Ärztinnen und Ärzte (in Kliniken oder niedergelassen),
- Zahnärztinnen und Zahnärzte,
- niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Pflegekräfte,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsdienste



Vom tabuisierten „Schmuddelthema“ zur anerkannten gesellschaftlichen Herausforderung

- 1968:
 - Erstauflage des Buches „The battered child“ von Helfer und Kempe
 - Bedeutung der medizinischen (radiologischen) Diagnostik für die ärztliche Kinderschutzbewegung
- 1980er Jahre:
 - Erster „Tabubruch“ durch Thematisierung des sexuellen Missbrauchs in Deutschland:
 - Erfassung erster epidemiologischer Daten
- 1984:
 - Buch „Väter als Täter“ (Barbara Kavemann, Ingrid Lohstöter)
- 1990-2000
 - Polarisierung und Debatte um „Missbrauch mit dem Missbrauch“
 - Änderung des Sexualstrafrechtes, Rechtsprechung des BGH in Strafsachen: Standards in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung

Vom tabuisierten „Schmuddelthema“ zur anerkannten gesellschaftlichen Herausforderung

- 1995:
 - Repräsentativstudie Wetzels und Pfeiffer
- 2000-2010
 - USA: Gründung National Trauma Network
 - Debatte um sexuellen Missbrauch durch Professionelle in Institutionen (Fegert & Wolff 2002)
 - In Deutschland nach Kinderschutzskandalen (Kevin etc.) Debatte um Vernachlässigung: Frühe Hilfen
- 2010:
 - So genannter Missbrauchsskandal um sexuellen Missbrauch in Institutionen

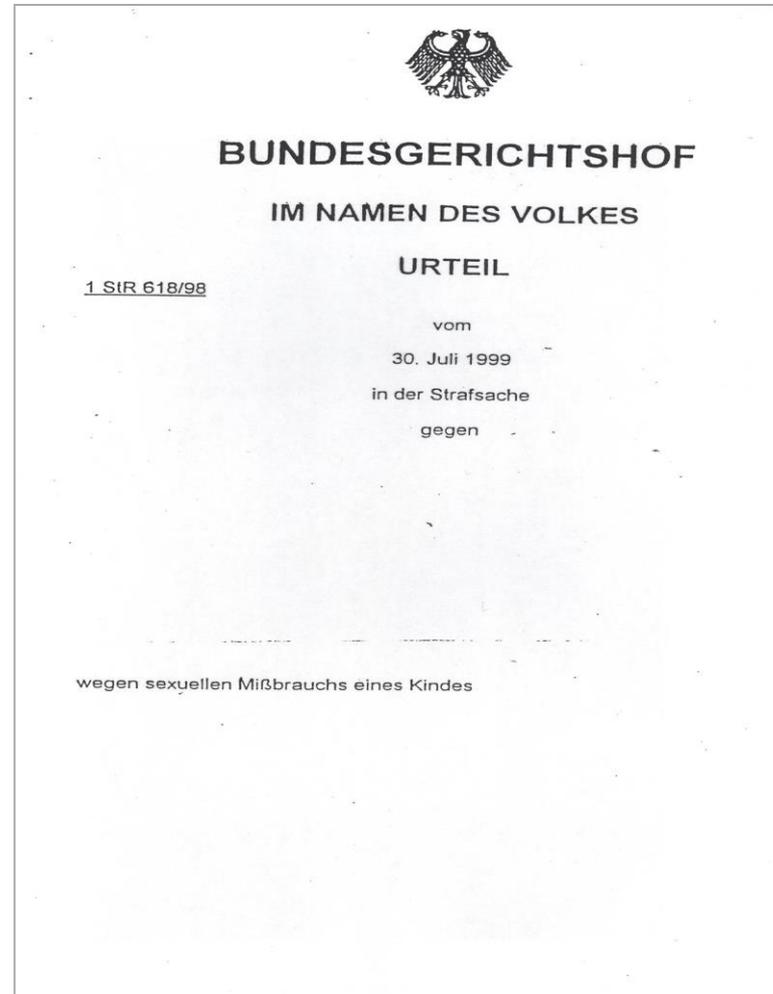
Berichterstattung über **Kindesmisshandlung**, **-missbrauch**, **-vernachlässigung**
→ Entwicklung der öffentlichen Debatte am Beispiel „Der Spiegel“



Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- **Eindeutige Befunde?**
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Grundsatz : in dubio pro reo im Strafrecht vs Kindeswohlmaxime



Sozialdemokratischen Landesverband. Die ...

→ Pösch. N. Nachrichten 31/7/99

Zunächst gilt die Aussage eines Kindes als falsch

Bundesgerichtshof formuliert Mindeststandards für Glaubwürdigkeitsgutachten in Verfahren wegen sexuellen Mißbrauchs

VON URSULA KNAPP, KARLSRUHE

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe müssen Gutachter in Fällen von sexuellem Kindesmißbrauch wissenschaftliche Mindeststandards beachten. (Aktenzeichen 1 StR 618/98)

Der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs formulierte in einer einstündigen Urteilsverkündung vom Freitag keine grundsätzlich neuen Maßstäbe. Er legte aber die wissenschaftlich gesicherten Standards noch einmal ausdrücklich fest, da es in der Praxis immer wieder zu Mängeln kommt. Glaubwürdigkeitsgutachten werden vor allem in Mißbrauchsverfahren, aber auch bei Anschuldigungen wegen anderer Sexualdelikte eingesetzt. Dort kommt der Aussage der möglichen Opfer besondere Bedeutung zu, weil andere Beweise oft fehlen.

In dem Fall, um den es in dem jüngsten Urteil geht, war ein angeklagter Adoptivvater zu sechseinhalb Jahren Freiheitsstrafe wegen Mißbrauchs seiner Adoptivtochter verurteilt worden. Das psychologische Gutachten, dem das Landgericht Ansbach gefolgt war, wurde jetzt in zahlreichen Punkten als wissenschaftlich mangelhaft bewertet. Eine Gutachterin hatte bestätigt, daß das Mädchen wahrscheinlich die Wahrheit sagte. Ein Gegengutachten ließ das Landgericht Ansbach nicht zu. Die Verurteilung wurde auf Antrag der Verteidigung hin aufgehoben.

In einer erneuten Verhandlung muß eine andere Kammer des Landgerichts nun noch



SCHUTZBEDÜRFTIG. Weil Kinder in Mißbrauchsverfahren oft die einzigen Zeugen sind, kommt es auf ihre Aussage entscheidend an. Foto: dpa

einmal ein wissenschaftliches Gutachten einholen. Das wird die Vorgaben des Bundesgerichtshofes beachten müssen.

In ihrer Grundsatzentscheidung folgten die Bundesrichter weitgehend den Ausführungen,

die am Donnerstag zwei Sachverständige vor dem Bundesgerichtshof gemacht hatten. Danach muß ein Gutachter, der die Glaubhaftigkeit der Angaben eines Kindes beurteilen muß, zunächst von deren

Unrichtigkeit ausgehen. Wird diese Hypothese durch die erhobenen Fakten widerlegt, ist von der Glaubhaftigkeit der Aussagen auszugehen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn ein Kind ein Mißbrauchsgeschehen in vielen Einzelheiten schildert, die Taten mit verschiedenen anderen Ereignissen räumlich und zeitlich verknüpft und dabei auch psychische Vorgänge schildert. Die Interpretation von Kinderzeichnungen und Simulationen mit sogenannten anatomisch korrekten Puppen wurde jetzt vom BGH aber ausdrücklich als unwissenschaftlich abgelehnt.

In einem weiteren Schritt muß ein Gutachten jedoch Fehlerquellen prüfen. So ist entscheidend, ob ein Kind bereits vorher von Dritten befragt wurde und beeinflusst sein könnte. Die Entstehung und Entwicklung der Aussage muß ebenso überprüft werden wie das sexuelle Vorwissen eines Kindes.

Der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofes weist ausdrücklich darauf hin, daß bei suggestiven Erstbefragungen das Kind einer Auto-suggestion unterliegen und selbst an ein erfundenes Geschehen glauben kann. Weiter verlangt der BGH von den Gutachtern eine transparente und überprüfbare Darstellung. Sie haben auch die Auswahl ihrer Tests zu begründen. Tonband- und Videoaufzeichnungen müssen aufgehoben werden und im Bedarfsfall dem Gericht zur Verfügung stehen.

„... könnte dieses Kind mit den gegebenen individuellen Voraussetzungen unter den gegebenen Befragungsumständen und unter Berücksichtigung der im konkreten Fall möglichen Einflüssen von Dritten diese spezifische Aussage machen, ohne dass sie auf einem realen Erlebnishintergrund basiert?“

(Volbert 1995)



56 | Interdisziplinäre Expertise | 4. Jahrgang 12 | 140 2 | 2009
Themenfeld: Glaubhaftigkeitsbegutachtung



Cornelia König
Jörg Michael Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Zur Praxis der Glaubhaftigkeitsbegutachtung unter Einfluss des BGH-Urteils (1 StR 618/98)

Concerning the Practice of Credibility Expertise under the Influence of the Judgment by the German Federal Supreme Court (BGH) (1 StR 618/98)

Zusammenfassung

Die Ergebnisse einer Vollerhebung aller Glaubhaftigkeitsbegutachtungen des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern aus vier Jahrgängen (N = 242) zeigen positive wie negative Einflüsse des BGH-Urteils auf die Vorgehensweise der Sachverständigen. Die Auftraggeber vermischen bisweilen aussagepsychologische und klinische Fragestellungen, worauf die Sachverständigen abhängig von ihrem Haupttätigkeitsfeld unterschiedlich reagieren. Bereits im Rahmen der Diagnostik zeigt sich der Fokus deutlich auf die qualitative Aussageanalyse gerichtet. Insgesamt sind signifikant mehr Freisprüche nach dem BGH-Urteil zu verzeichnen, insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten potenziellen Opferzeugen. Dies kommt einer schlechteren Justizabilität infolge der einseitigen Betonung der kriterienorientierten Inhaltsanalyse bei gleichzeitiger Vernachlässigung zentraler Einflussfaktoren auf die Aussageentstehung gleich. Es wird zu einer intradisziplinären Verständigung aufseiten der Justiz bezüglich der impliziten und expliziten Erwartungen an die Glaubhaftigkeitsbegutachtung angeregt, sowie zu einem hierauf aufbauenden interdisziplinären Diskurs bezüglich der Gegenstands-, Methoden- und Kompetenzdefinition im Kontext der Glaubhaftigkeitsbegutachtung.

Schlüsselwörter
sexueller Missbrauch, Glaubhaftigkeitsbegutachtung, Aussagepsychologie, BGH-Urteil zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung (1 StR 618/98), interdisziplinäre Integration

Abstract

The results of a full data collection of all credibility expertise of four years in Mecklenburg-Vorpommern (N = 242) show positive as well as negative influences of the Judgment by the German Federal Supreme Court (BGH) on the approach of the experts. The employers tend to mix issues based on statement validity with clinical issues, and experts – depending on their respective fields of activity – react on this point in different ways. Already within the scope of the diagnosis, the focus shows to be clearly pointing at the qualitative analysis of the statement. On the whole, after the BGH-decision, significantly more acquittals have been registered, especially with cognitively affected potential victim-witnesses. This comes up to a worse jurisdiction as a consequence of a biased emphasis on the content analysis based on reality criteria, while at the same time central factors influencing the origin of the statement are neglected. The article wants to stimulate the court to come to an intradisciplinary understanding concerning the implicit and explicit expectations towards the credibility expertise and, based on this, an interdisciplinary discussion about the definition of subject, method and competence within credibility expertise.

Keywords
sexueller Missbrauch, Glaubhaftigkeitsbegutachtung, Aussagepsychologie, BGH-Urteil zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung (1 StR 618/98), interdisziplinäre Integration

 Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Susanna Niehaus
Renate Volbert
Jörg Fegert

Entwicklungs- gerechte Befragung von Kindern in Strafverfahren

 Springer



11. Dezember 2014

Interdisziplinäre Expertise

Zur altersgerechten Befragung Minderjähriger im Strafverfahren – insbesondere gemäss Artikel 154 StPO

Susanna Niehaus¹, Julia Weber², Ute Ziegenhain² & Jörg M. Fegert²
koordiniert durch das Dreiländerinstitut Jugend Familie Gesellschaft Recht GmbH

Werden Kinder im strafrechtlichen Kontext befragt, geht es oftmals um deren Aussagen zu Beobachtungen von Straftaten sowie zu eigenen Missbrauchs- oder Misshandlungserlebnissen (Flin, Bull, Boon & Knox, 1990, zit. nach Roebbers, 2010). Auch in der Schweiz berichtet jährlich eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Kindern gegenüber Ermittlungsbehörden von Missbrauchs- oder Misshandlungserlebnissen. So werden allein in Zürich im Jahresmittel rund 250 Befragungen gemäss Art. 154 StPO durchgeführt (Oertle, 2009). Eine besondere Herausforderung stellen dabei Befragungen im Zusammenhang mit in Frage stehenden Straftaten gegen die sexuelle Integrität dar (Oertle, 2009). Während körperliche Misshandlung oftmals sichtbare Spuren hinterlässt, ist dies bei sexuellem Missbrauch in der Regel nicht der Fall. Nur in einem sehr kleinen Teil der Verdachtsfälle sexuellen Kindesmissbrauchs finden sich eindeutige inkriminierende Beweismittel (etwa Sperma-Spuren), unbeteiligte Tatzeug(inn)en stehen bei derartigen Delikten in der Regel nicht zur Verfügung. Oftmals liegt zudem von der beschuldigten Person ausser einer Zurückweisung des Tatvorwurfs gar keine

¹ Hochschule Luzern
² Universitätsklinikum Ulm

Dreiländerinstitut Jugend-Familie-Gesellschaft-Recht GmbH Bahnhofplatz 8, CH-8854 Siebnen; http://www.3LI.ch Email: mail@3LI.ch	Geschäftsführer: Christin Kiefer, Bahnhofplatz 8, CH-8854 Siebnen Steuer-Nr. (D): 09406/23668 Steuer-Nr. (CH): 205574	Credit Suisse 04 12-202385-41; Clearing 4835 IBAN CH-33 0453 0000 0388 4100 0 SWIFT CRESCH33HAM Sparkasse Ulm 21 086 340 BLZ 630 500 00 IBAN DE 7463 0500 0000 2108 6340 SWIFT/BIC: SOLADEF333
---	---	--

Anonyme Spurensicherung

- Anonyme Spurensicherung gibt Opfern von Sexualstraftaten die Chance, sich auch längere Zeit nach der Tat für oder gegen eine Strafanzeige zu entscheiden.
- Die gesicherten Spuren, die in einem rechtsmedizinischen Institut gelagert werden, können den Frauen und Mädchen sowie Männern und Jungen bei einer zukünftigen Entscheidung für eine Strafanzeige als wichtige Beweise dienen.
- **Ausweitung der Fristen für die Asservate** Bei Kindern und Jugendlichen sollte der Aufbewahrungszeitraum auf mindestens ein Jahr nach Erreichen der Volljährigkeit ausgeweitet werden.
- Zur Klärung in den nächsten Monaten
 - Expertise DIJuF
 - Abfrage durch den UBSKM (AG Gesundheit)

„The Triad“:

Debatte um Spezifität der Befunde bei Schütteltrauma



Beweiskraft der typischen Befundtrias („The Triad“) bei Schütteln eines Säuglings mit erheblicher Kraft:

- Blutungen zw. Gehirn u. harter Hirnhaut (in 77-90%)
- ausgedehnten Blutungen d. Netzhaut meist beider Augen (in 74-92%)
- Hirnschädigung / -schwellung
- zusätzlich häufig Begleitverletzungen (Rippenbrüche, Hämatome...)

Beweiskraft der typischen Befundtrias („The Triad“) bei Schütteln eines Säuglings mit erheblicher Kraft

Drei Arbeiten von Dr. Jennian F. Geddes (London), eigene Autopsien:

- Nicht alle 3 Aspekte gleich stark ausgeprägt
- Hypothese: leichte Hirnblutungen / Hirnschäden auch durch „leichtes“ Schütteln / andere Ursachen möglich
- Keine Aussage zu Netzhautbefunden
- (Mehrfach widerlegte) Gegentheorie zur Entstehung der Befundtrias ohne Misshandlung:
 - Plötzlicher Atemstillstand
 - Mangelversorgung des Gehirns
 - Schwellung und Blutung

Neuropathology and Applied Neurobiology (2003), 29, 14–22

Dural haemorrhage in non-traumatic infant deaths: does it explain the bleeding in ‘shaken baby syndrome’?

J. F. Geddes*, R. C. Tasker†, A. K. Hackshaw‡, C. D. Nickols*, G. G. W. Adams§, H. L. Whitwell¶ and I. Scheimberg*

Departments of *Histopathology and †Environmental and Preventive Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, London. ‡Department of Paediatrics, University of Cambridge, Cambridge. §Moorfields Eye Hospital, London and ¶Department of Forensic Pathology, University of Sheffield, Sheffield, UK

2016 Bericht „Traumatic Shaking“ der schwedischen Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU):

“There is limited scientific evidence that the triad (...) can be associated with traumatic shaking.”

Erhebliche Probleme des Berichtes:

- Interessenkonflikt: Sohn des em. Vorsitzenden des wissenschaftl. Rates der SBU wurde in den USA wg. Verdachtes des Schüttelns angeklagt
- methodologische Fehler, keine Beachtung der Begleitverletzungen

SBU ASSESSMENT • REPORT 255E/2016

Traumatic shaking

The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking

A systematic review

Prof. Brian Harding, Great Ormond Street Hospital for Children, London im British Medical Journal:

(We must take) „account of all the circumstances surrounding the injury and considering the pathological features in full, rather than attempting to evaluate the significance of each component.“

Literatur:

Herrmann B, Dettmeyer RB, Banaschak S, Thyen U. Kindesmisshandlung. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. S.41

Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH, Nickols CD, Whitwell HL. Neuropathology of inflicted head injury in children. I. Patterns of brain damage. Brain. 2001 Jul;124(Pt 7):1290-8

Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK, Nickols CD, Scott IS, Whitwell HL. Neuropathology of inflicted head injury in children. II. Microscopic brain injury in infants. Brain. 2001 Jul;124(Pt 7):1299-306

Geddes JF, Tasker RC, Hackshaw AK, Nickols CD, Adams GG, Whitwell HL, Scheimberg I. Dural haemorrhage in non-traumatic infant deaths: does it explain the bleeding in 'shaken baby syndrome'?. Neuropathol Appl Neurobiol. 2003 Feb;29(1):14-22

Elinder G, Eriksson A, et al. Traumatic Shaking. The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking. A systematic review. Stockholm: SBU - Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services; 26.10.2016. 70 S. Report 255E/2016

Harding B, Risdon RA, Krous HF. Shaken Baby Syndrome. BMJ. 2004 Mar 27;328:720-1

Verständigungsprobleme Medizin Jugendhilfe

- Fragestellungen müssen im zivilrechtlichen Kinderschutzkontext als Prognosefragen formuliert werden
- Befunde müssen nicht nur exakt beschrieben werden sondern in ihrer klinischen und prognostischen Bedeutung erläutert werden
- Kindeswohlgefährdung wird definiert als ...

„eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt“

Bundesgerichtshof in einer Entscheidung vom 14. Juli 1956 (BGH FamRZ 1956, S. 350).

Medizinisch erforderlich ist die Individualprognose im Einzelfall unter Berücksichtigung der statistisch bekannten Risiken

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- **Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?**
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Reliability of Routinely Collected Hospital Data for Child Maltreatment Surveillance

Kristen McKenzie*, Debbie A Scott, Gary 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: kmckenzie@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

Mein Fazit beim Gesundheitshearing des UBSKM (18.10.2012):

„Was gesehen wird soll nicht dokumentiert werden, was zur Abklärung und Wahrnehmung geleistet wird, soll nicht bezahlt werden und wenn doch gesehen und dokumentiert wurde, tragen die Opfer das Risiko, dass ihre Krankenkasse Strafanzeige stellt, um einen Regress gegen den Täter durchzuführen, ganz unabhängig, ob der/die Betroffene das will oder nicht.“

- Das System ist blind für Entwicklungen in diesem Bereich, dabei sind Daten aus dem Gesundheitswesen die wichtigsten Indikatoren für eine erfolgreiche Kinderschutzpolitik.
- Weltweite Vergleiche sind unmöglich
- Problemspezifische Planungen und Verbesserungen sind ebenfalls unmöglich
- Relevante Kostentrenner im Gesundheitswesen bleiben unerkannt
- Betroffene fühlen sich persönlich unter Druck gesetzt

Menschen sind erfolgreich
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"



MEHR VIDEOS FINDEN SIE IN DER MEDIATHEK

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

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.

§ 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 die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen...

Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergeben...
Vereinigungen den Krankenkassen...

(2) Liegen Anhalt...

! 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.“**

T74.-	Missbrauch von Personen Kodierte 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 Aufenthaltes erbracht werden. z.B. Abklärungen von Entwicklungsrückständen. Die Kodierung ist Patienten...

99.A5 Komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen, Säuglings- und Kinderalter

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**

Sozialdienst, Opferhilfe), - Sitzung von mindestens 30min Dauer mit mindestens 3 Fachdisziplinen (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie, Sozialdienst, Spitalpädagogik, Pflegedienst, Opferhilfe) Durchführung von mindestens 3 Untersuchungen aus mindestens 2 der folgenden Bereiche: - Radiologische (MRI, Röntgen, CT, Skelettszintigraphie, 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, Vormundschaftsbehörden, 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

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- **Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten**
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Kinderrechte:

- Völkerbund 1924: „Genfer Deklaration der Rechte des Kindes“
 - Noch keine Selbstbestimmungsrechte für Kinder
- UN 1959: „Erklärung der Rechte der Kinder“ nach Vorbild der Genfer Deklaration
 - Kindern werden eigene, spezifische Rechte zuerkannt
- 20. Nov. 1989: Verabschiedung der UN-Kinderrechtskonvention nach 10-jähriger Beratung
- In Deutschland hält sich das (väterliche) Züchtigungsrecht noch bis zur Jahrtausendwende im BGB
- Ab 02.11.2000: § 1631 Absatz 2 BGB gewaltfreie Erziehung

BERLIN

Körperstrafen in der Kindererziehung sind tabu

Schläge in der Erziehung sind für die große Mehrheit der Deutschen tabu. Das zeigt eine Ulmer Studie. Trotzdem werden nach wie vor viele Kinder misshandelt.

DPA | 28.06.2016

21



0



Mehrheit lehnt Körperstrafen für Kinder ab

Einen Klaps auf den Po, eine leichte oder auch eine schallende Ohrfeige - für die Mehrheit der Deutschen ist das in der Kindererziehung mittlerweile tabu. Trotzdem werden viele Kinder misshandelt.

KINDERSCHUTZ

Gewalt in der Erziehung wird seltener

Obwohl sich die Haltung zu gewaltfreier Erziehung geändert hat, bleibt die Anzahl der Kindesmisshandlungen auf einem hohen Niveau. Kinderärzte fordern mehr Zeit für die komplexen Probleme.

„Immer mehr Bundesbürger lehnen körperliche Strafen in der Kindererziehung ab - trotzdem werden Tausende Kinder jedes Jahr körperlich misshandelt. Die Akzeptanz eines „Klapses auf den Po“ sank von 76,2 Prozent im Jahr 2005 auf aktuell 44,6 Prozent, wie der Ulmer Experte für Kindeswohlgefährdung Jörg M. Fegert am Freitag in Berlin mitteilte. Eine leichte Ohrfeige finden 17 Prozent in der Erziehung angebracht, elf Jahre zuvor waren es noch 53,7 Prozent.“ (dpa, Juni 2016)

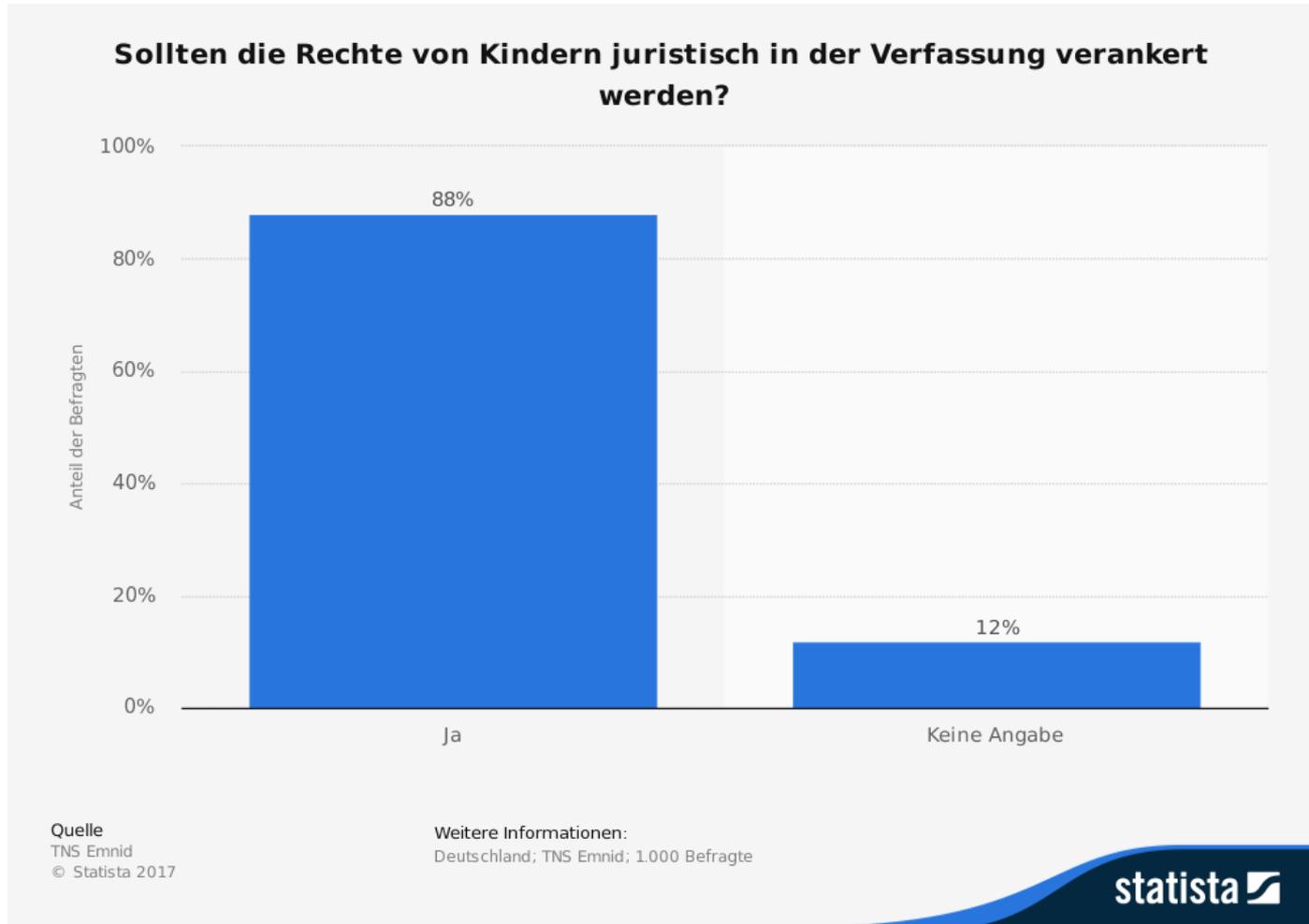
Studie des Kompetenzzentrum Kinderschutz Ulm und dem BVKJ

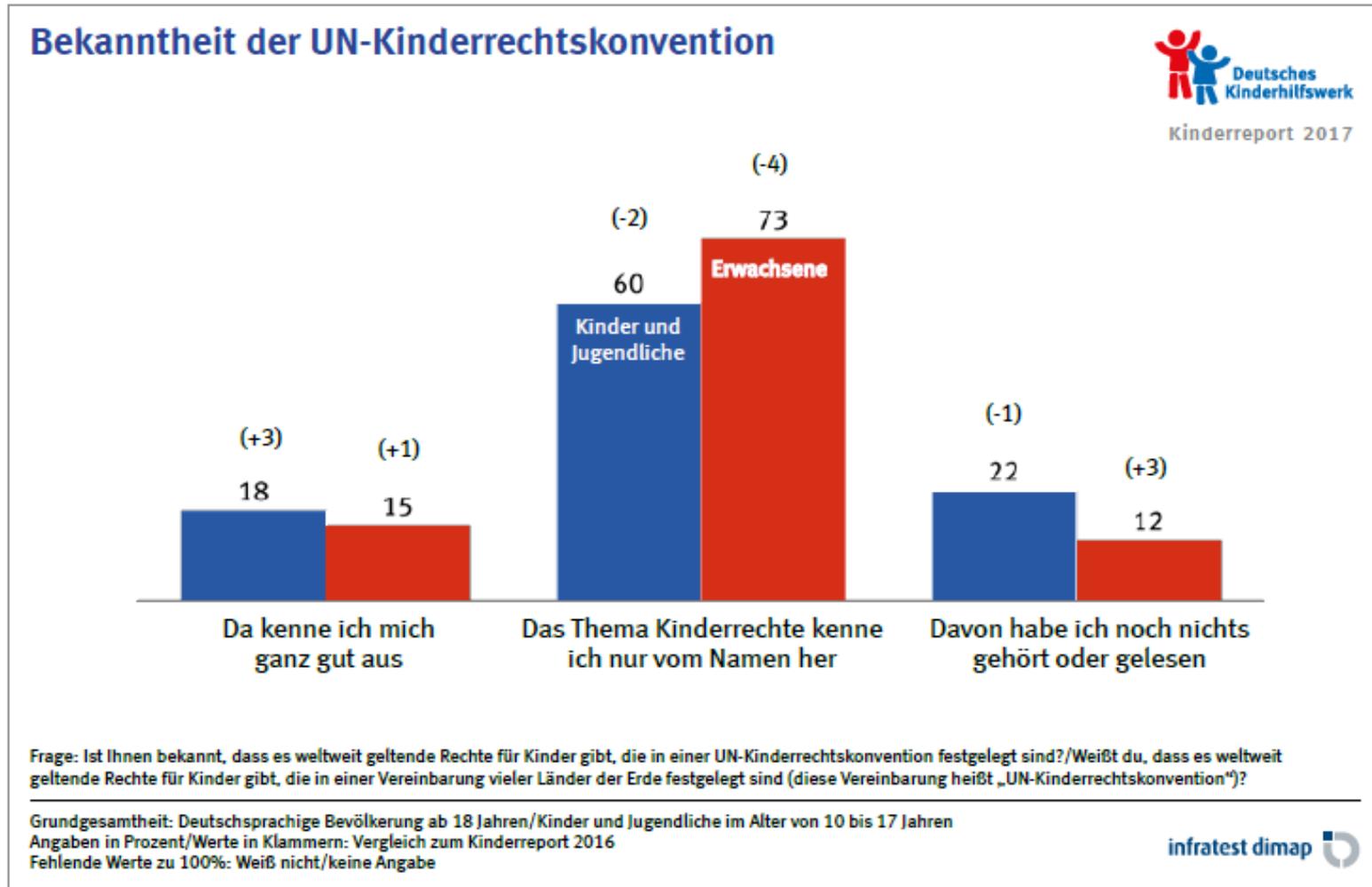
- Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe mittels *random route*
- Verfahren: vom 20.01.2016 bis zum 16.03.2016
- Erfassung in ganz Deutschland (>14 Jahre)
- 2.524 vollständige Datensätze erhoben
- Im Vergleich zur Elternstudie Bussmann (2010) mit Daten aus 2005 deutliche Reduktion der Akzeptanz von Körperstrafen

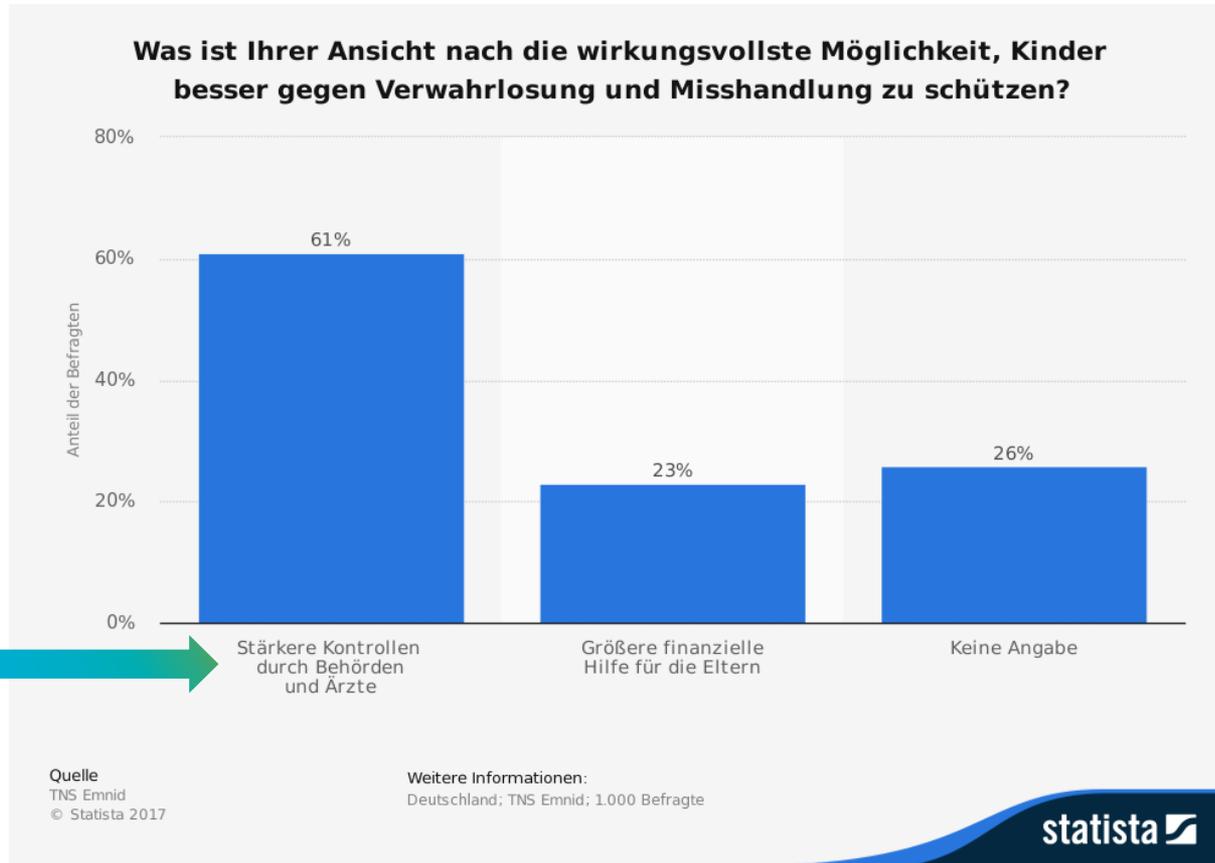
Akzeptanz	2005	2016
Klaps auf Po	76,2%	44,6%
Leichte Ohrfeige	53,7%	17%
Tracht Prügel mit Blutergüssen	1,9%	0,1%
Schlagen mit Stock	1,9%	0,4%

Studie des Kompetenzzentrum Kinderschutz Ulm und dem BVKJ

	2005	2016
Körperliche Strafen		
Leichte Ohrfeige	65,1 %	30,8 %
Schallende Ohrfeige	16,5 %	10,4 %
Tracht Prügel mit Bluterguss	4,9 %	1,9 %
Mit Stock kräftig auf Po schlagen	4,5 %	2,7 %
Nicht körperliche Strafen		
Fernsehverbot	71,3 %	57,3 %
Ausgehverbot	72 %	47,1 %
Taschengeldkürzung	49,8 %	30,6 %
Nicht mehr reden mit Kind	50,3 %	16,7 %
Niederbrüllen	65,1 %	13,5 %







Ärzte als Kontrollorgane / Denunzianten
Debatte um verbindliche U-Untersuchungen in den Ländern, Risiko der Abschreckung

Die Statistik zeigt die Anzahl der polizeilich erfassten Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern in Deutschland in den Jahren von 2001 bis 2016. Im Jahr 2016 wurden 12.019 Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern in Deutschland polizeilich erfasst. Abgebildet werden die Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern gemäß §§ 176, 176a, 176b StGB.

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- **Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes**
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Bericht der Bundes- regierung

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

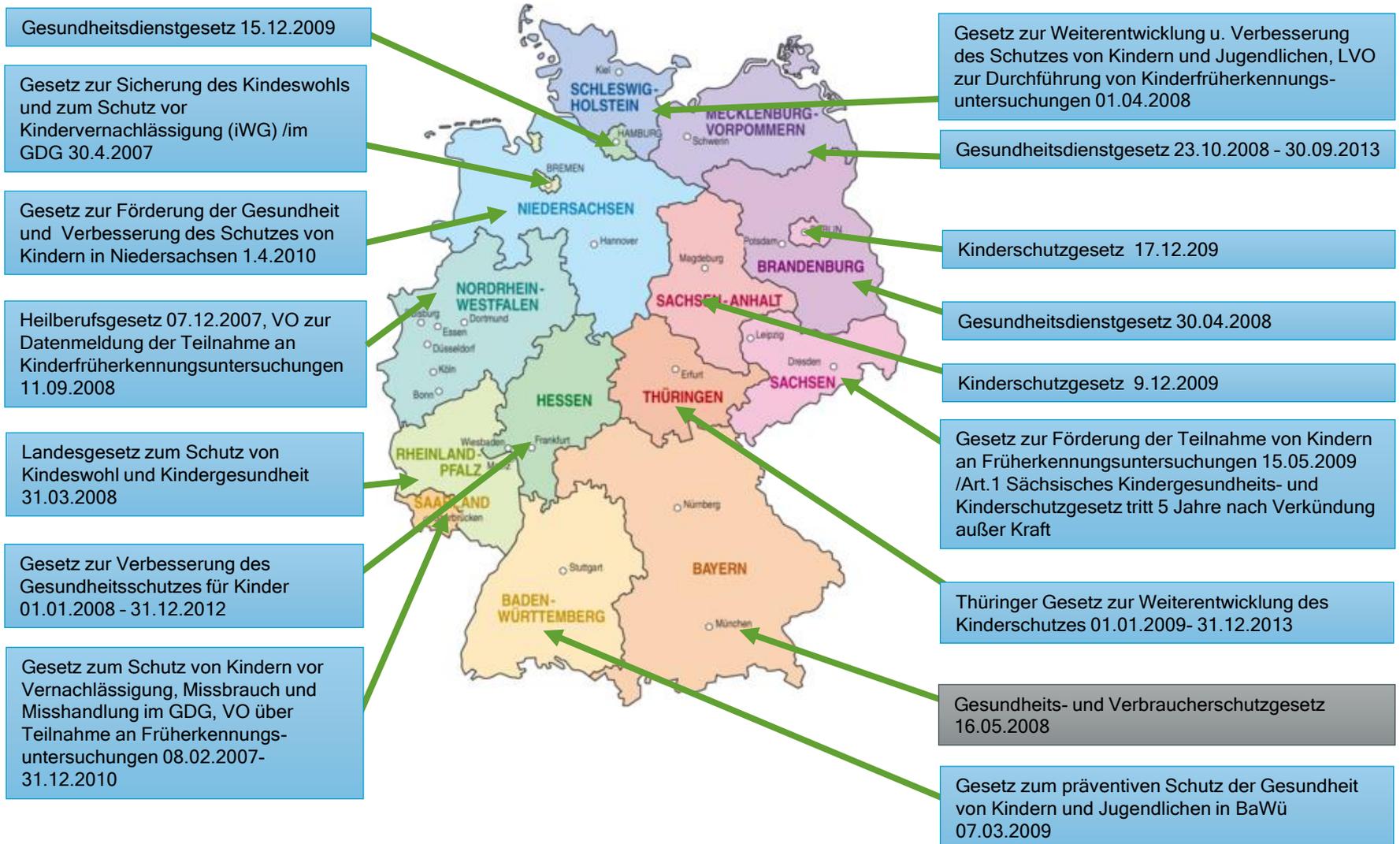
1. Einleitung

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.

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Regelungslandschaft vor Einführung Bundeskindersch



Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) Verabschiedung 1.1.2012

- § 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

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen

- 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

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

- Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörige eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
- Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
- Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
- Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
- staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
- Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

- Genannte Berufsgruppen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit
- Gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen
- Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken
- Der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen darf hierdurch nicht in Frage gestellt werden.

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

- Die Personen der genannten Berufsgruppen 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 pseudonymisiert zu übermitteln.
- Scheidet eine Abwendung der Gefährdung aus oder ist dieses Vorgehen erfolglos und wird ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich gehalten, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren.
- Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.
- Zu diesem Zweck sind die Personen befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Kinder- und Jugendstärkungsgesetz

Parlamentarisches Verfahren

- Der Bundestag hat am Donnerstag, 18. Mai 2017, den Entwurf der Bundesregierung für ein Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (18/12330) zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.
- Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Leitung von Cornelia Möhring (Die Linke) am Montag, 19. Juni 2017
- Der Entwurf für ein Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (18/12330, 18/12730, 18/12879 Nr. 1.9) wurde am Donnerstag, 29. Juni 2017, in der vom Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geänderten Fassung (18/12946, 18/12952) angenommen.
- Die Vorlage wurde mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen von Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen verabschiedet.
- Beratung im Bundesrat am **22. September 2017**

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- **Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsheimnisträgern**
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Ärztinnen und Ärzte spielen im Kinderschutz eine wichtige Rolle

Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung in der Medizin:

- **Oft als Unfälle dargestellt**
- **In Notfallambulanzen vorgestellt**
- **Außerhalb regulärer Dienstzeiten**
- **Oft in Weiterbildung befindliche Assistenzärztinnen und –Ärzte**

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

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

- Unterschiedlichen Sprachen der beteiligten Berufsgruppen
- Schwierigkeiten in der Kommunikation
- z.T. Rolle und der Auftrag einer insoweit erfahrenen Fachkraft unklar
 - Möglichkeit zur anonymisierten Beratung wird kaum wahrgenommen
 - Schwierige Erreichbarkeit der insoweit erfahrenen Fachkräfte (Wochenende, außerhalb regulärer Dienstzeiten)



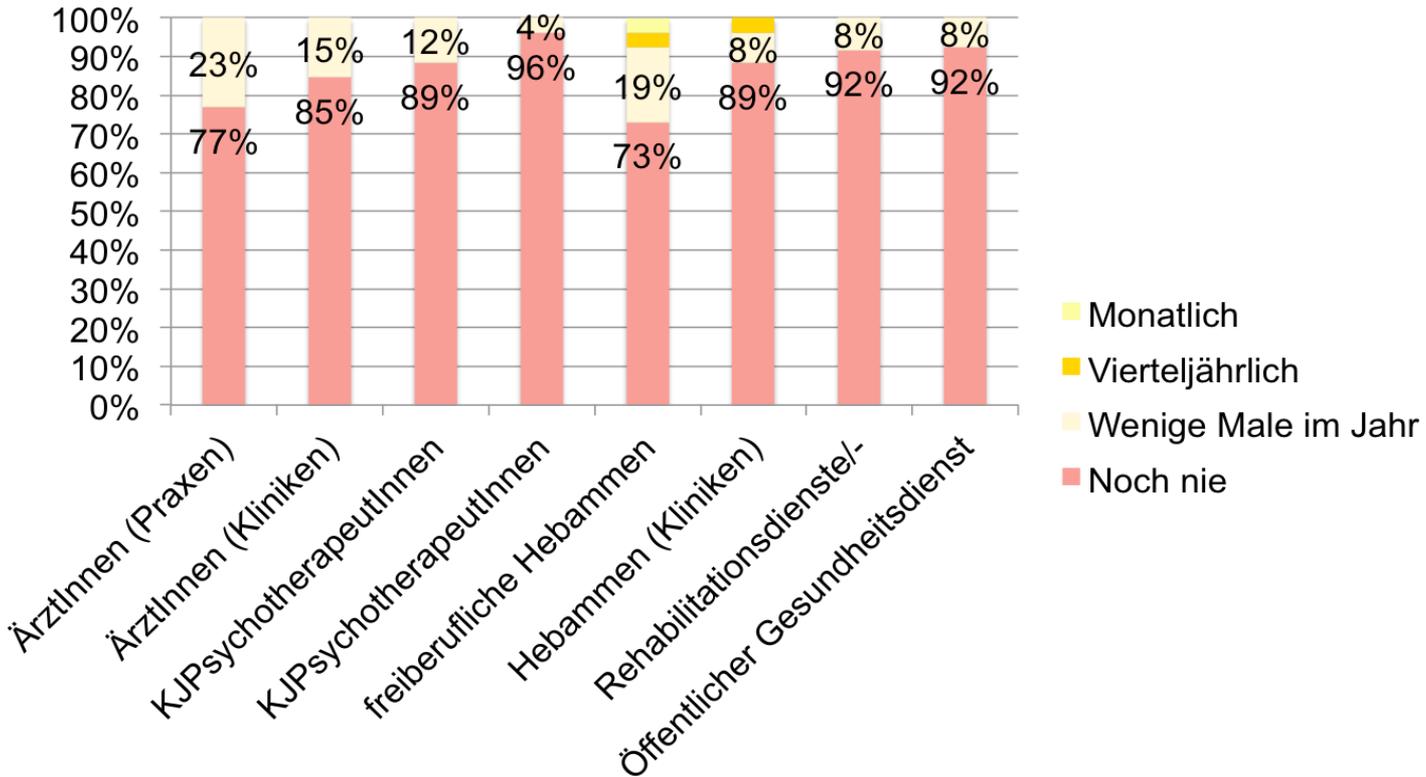
Der erweiterte Beratungsauftrag für insoweit erfahrene Fachkräfte durch das BKiSchG – Beratung von Berufsheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen (Bianca Megumi Bertsch)

- Explorative Befragung mittels teilstandardisiertem Interviewleitfaden:
 - 2 Fachkräfte auf Leitungsebene der Jugendämter
 - 2 insoweit erfahrene Fachkräfte
 - 2 Kinder- und Jugendärzte
 - 2 Hebammen/Familienhebammen
 - 2 Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen
- Dauer pro Interview: Ø = 1 Stunde
- Transkription, Anonymisierung
- Auswertung in MAXQDA in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [14, 15, 16]

Beratung von Berufsheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen (Bianca Megumi Bertsch): „Mit welchen Fragen würden Sie sich an die insoweit erfahrene Fachkraft wenden?“

- *„Fragen auch je nach dem nach Anbindungsmöglichkeiten, die wir selbst nicht klären können, (...) durchaus auch noch mal Beratung nach Einschaltung vom Sozialen Dienst, wenn wir in der Zusammenarbeit Schwierigkeiten haben, (...) Sei es auch durchaus die Rückmeldung (...) das ist ein machbarer Weg oder eben eine andere Lösungsmöglichkeit aufzuzeigen.“ (Kinderarzt, Klinik)*
- *„Wie organisier ich das jetzt, wie mach ich das jetzt, dass diese Familie Hilfe bekommt? (...) Wer ist jetzt zuständig? (...) wer kümmert sich jetzt um die verschiedenen Belange? (...) Wie geht man jetzt auf diese Eltern zu und bringt die dazu, ein Hilfeangebot anzunehmen? (...) gibt es vielleicht noch irgendwas, was ich den Eltern anbieten kann, was niederschwelliger ist, als jetzt eine Jugendamtsvorstellung?“ (Kinderarzt, Niederlassung)*
- *„[Ja]. Das glaube ich. Die Hemmschwelle ist niedriger. Man traut sich eher mal anzurufen. Da gibt es ein Gesetz, ich darf das machen. Und vorher hieß es immer, gegen den Willen der Eltern das Jugendamt rufen, das will man gar nicht. Und jetzt ist es eben, ich glaub es ist deutlich niederschwelliger jetzt mit dem Gesetz. Und auch, na ja, das Gesetz ist das eine. Bei mir hat viel dazu beigetragen, die Kommunikation, diese Fortbildungsveranstaltung, wo man die Leute kennengelernt hat, wo man einfach jetzt konkrete Ansprechpartner hat, aufgrund von dem Gesetz (...) Und für mich ist es jetzt deutlich niederschwelliger geworden. Glaub ich schon, ja.“(Kinderarzt, Niederlassung)*

Beratung von Berufsheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen (Bianca Megumi Bertsch): Inanspruchnahme von ISEF durch Gesundheitsberufe



Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- **Prävalenzen – aktuelle Daten**
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

WHO: Prävalenzen von Misshandlung und Missbrauch



90 % aller Misshandlungsfälle werden innerhalb von Institutionen nicht wahrgenommen

18 Millionen Kinder in Europa von sexuellem Missbrauch betroffen, 44 Millionen Kinder von körperlicher Misshandlung



„Strengthen health systems’ response for prevention and rehabilitation“

„Build capacity and exchange good practice“

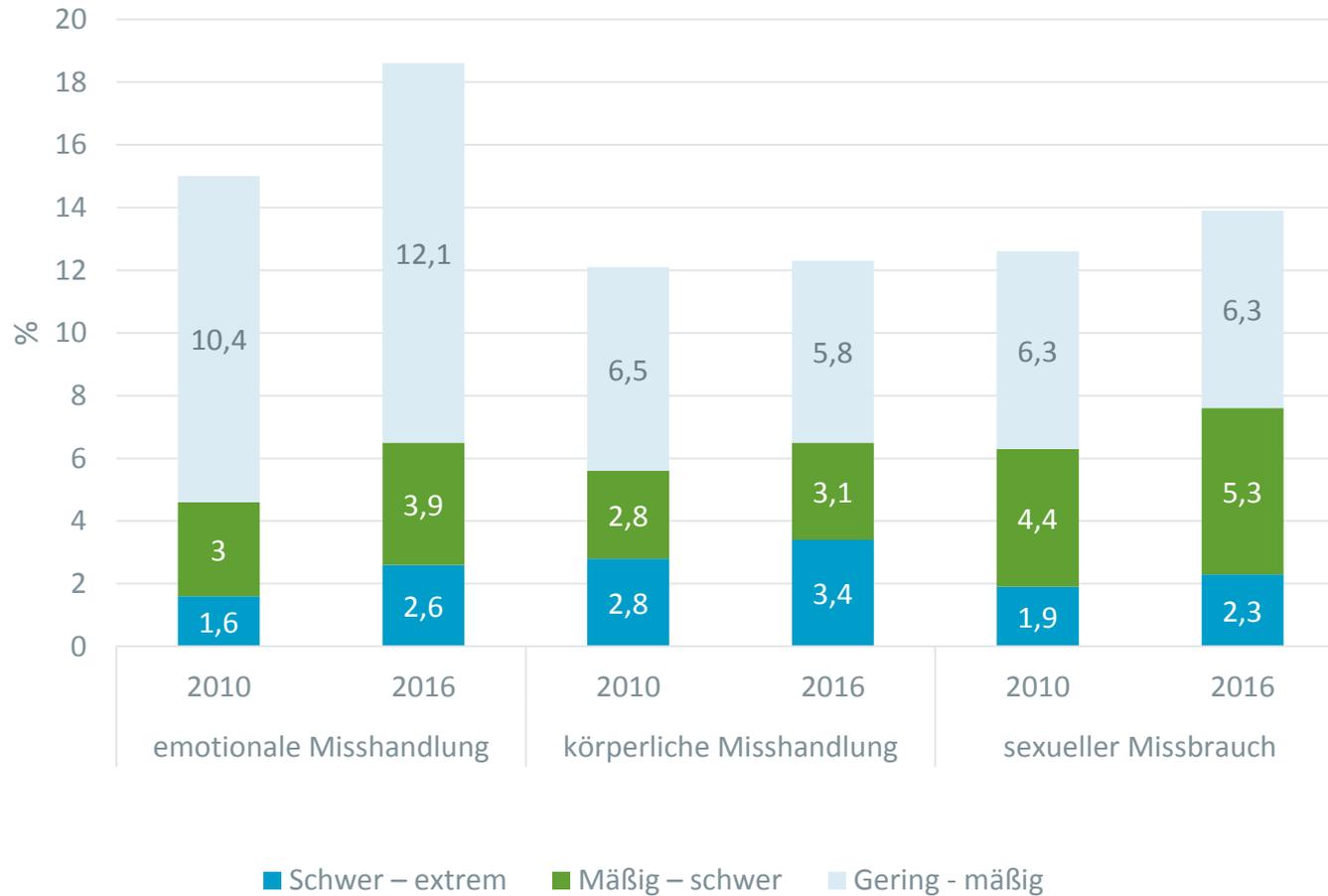
„Raise awareness and target investment in best buys“

Studie des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin

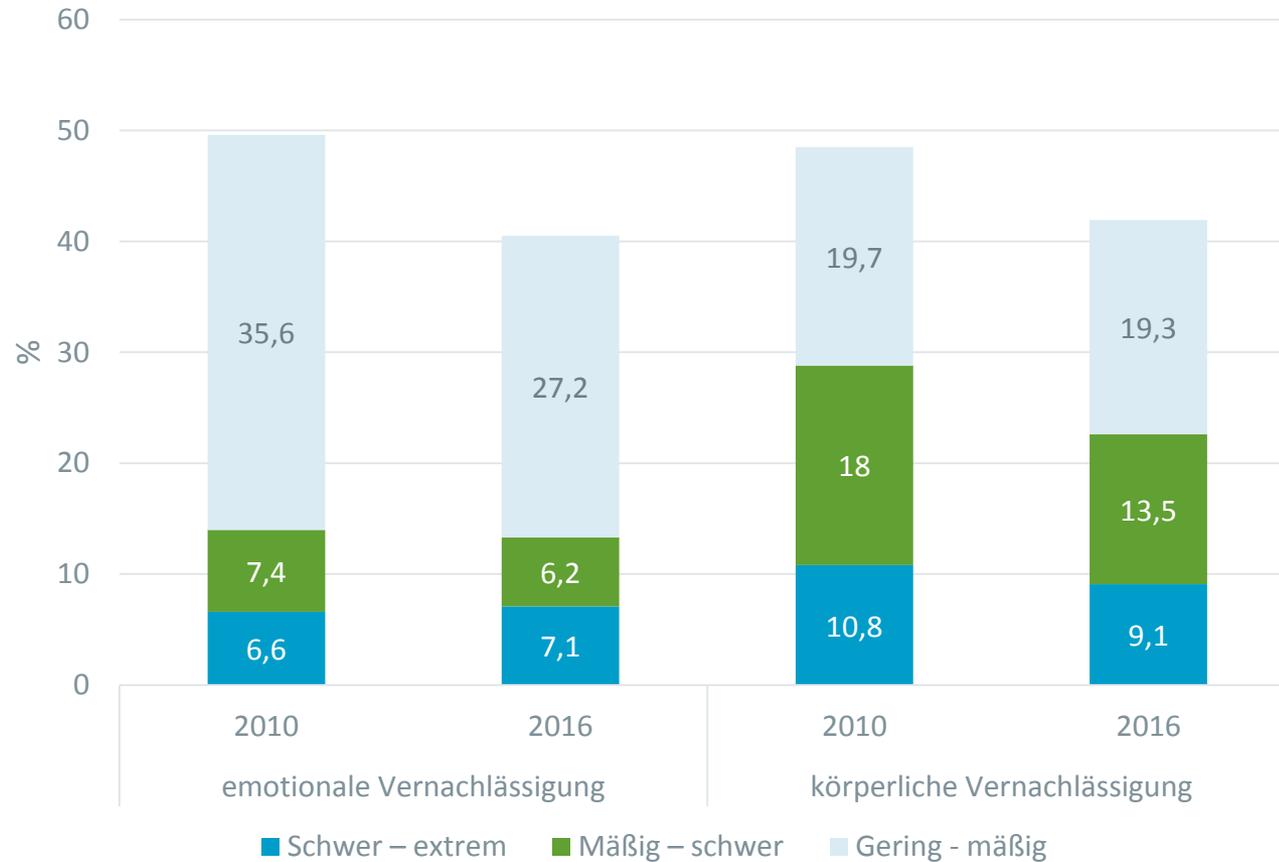
Erhebung der Daten durch eine repräsentative Umfrage (USUMA)

- 2016: 2.510 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (53,3 % weiblich; Altersdurchschnitt 48 Jahre); Vergleich mit Daten aus 2010
- Vergleiche (Gesamtprävalenz) der Werte der Kategorien „mäßig – schwer“ und „schwer – extrem“ auf dem Childhood Trauma Questionnaire
- **Signifikanter Anstieg** der Angaben zu **emotionaler Misshandlung** von 4,6 % auf 6,5 %
- **Körperliche Misshandlung** liegt bei 6,7 % (2010: von 5,7 %; zahlenmäßiger Anstieg bei Korrektur für multiple Vergleiche nicht statistisch signifikant)
- **Sexueller Missbrauch** liegt bei 7,5 % (2010: 6,7 %; zahlenmäßiger Anstieg bei Korrektur für multiple Vergleiche nicht statistisch signifikant).
- Signifikanter Rückgang **körperlicher Vernachlässigung** von 28,8 % der Angaben 2010 auf 22,5 % in 2016; Jüngste Altersgruppe, 14 bis 25 Jahre: 12,7 %

Misshandlung und Missbrauch: Ergebnisse CTO

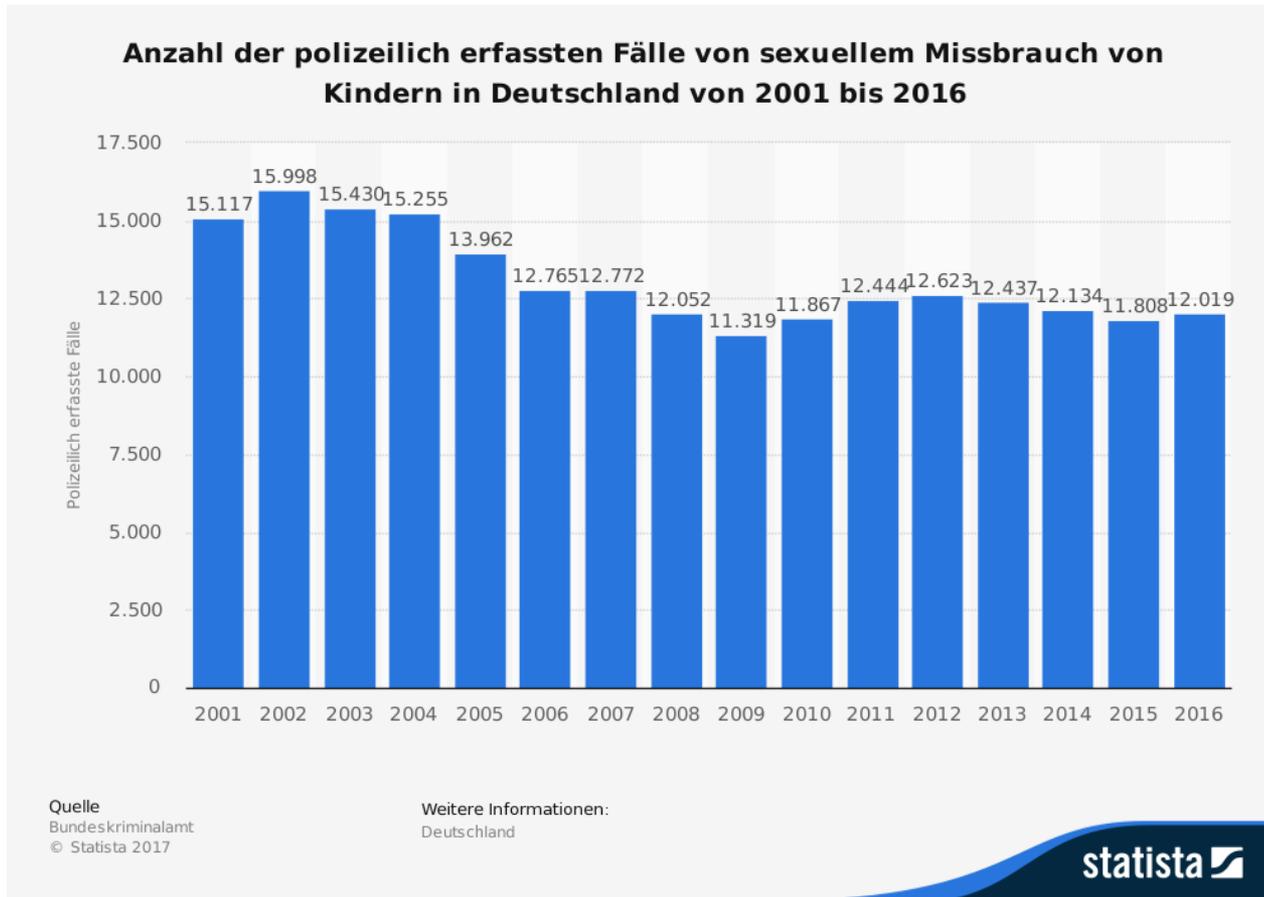


Misshandlung und Missbrauch: Ergebnisse CTO





Die Statistik zeigt die Anzahl der polizeilich erfassten Fälle von Misshandlung von Kindern in Deutschland in den Jahren von 2002 bis 2016. Im Jahr 2016 wurden **3.621 Fälle** von Misshandlung von Kindern in Deutschland polizeilich erfasst.



Die Statistik zeigt die Anzahl der polizeilich erfassten Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern in Deutschland in den Jahren von 2001 bis 2016. Im Jahr 2016 wurden 12.019 Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern in Deutschland polizeilich erfasst.

Abgebildet werden die Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern gemäß §§ 176, 176a, 176b StGB.

Von Familiengerichten eingeleitete Maßnahmen in Deutschland nach Bundesländern 2015



	Auferlegung der Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe	Aussprache von anderen Geboten oder Verboten gegenüber Personensorgeberechtigten oder Dritten	Ersetzung von Erklärungen des/ der Personensorgeberechtigten	Vollständige Übertragung der elterlichen Sorge	Teilweise Übertragung der elterlichen Sorge	Gesamt
Baden-Württemberg	670	264	98	534	528	2094
Bayern	912	416	228	686	1045	3287
Berlin	805	447	132	560	574	2518
Brandenburg	331	93	63	251	246	984
Bremen	150	39	23	68	202	482
Hamburg	304	128	43	190	263	928
Hessen	389	178	61	557	356	1541
Mecklenburg-Vorpommern	92	27	16	59	53	247
Niedersachsen	718	291	153	579	632	2373
Nordrhein-Westfalen	2268	833	416	2044	2107	7668
Rheinland-Pfalz	475	159	108	464	515	1721
Saarland	269	108	44	121	164	706
Sachsen	535	245	101	726	498	2105
Sachsen-Anhalt	263	77	20	254	187	801

Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB V

Im Jahr 2015

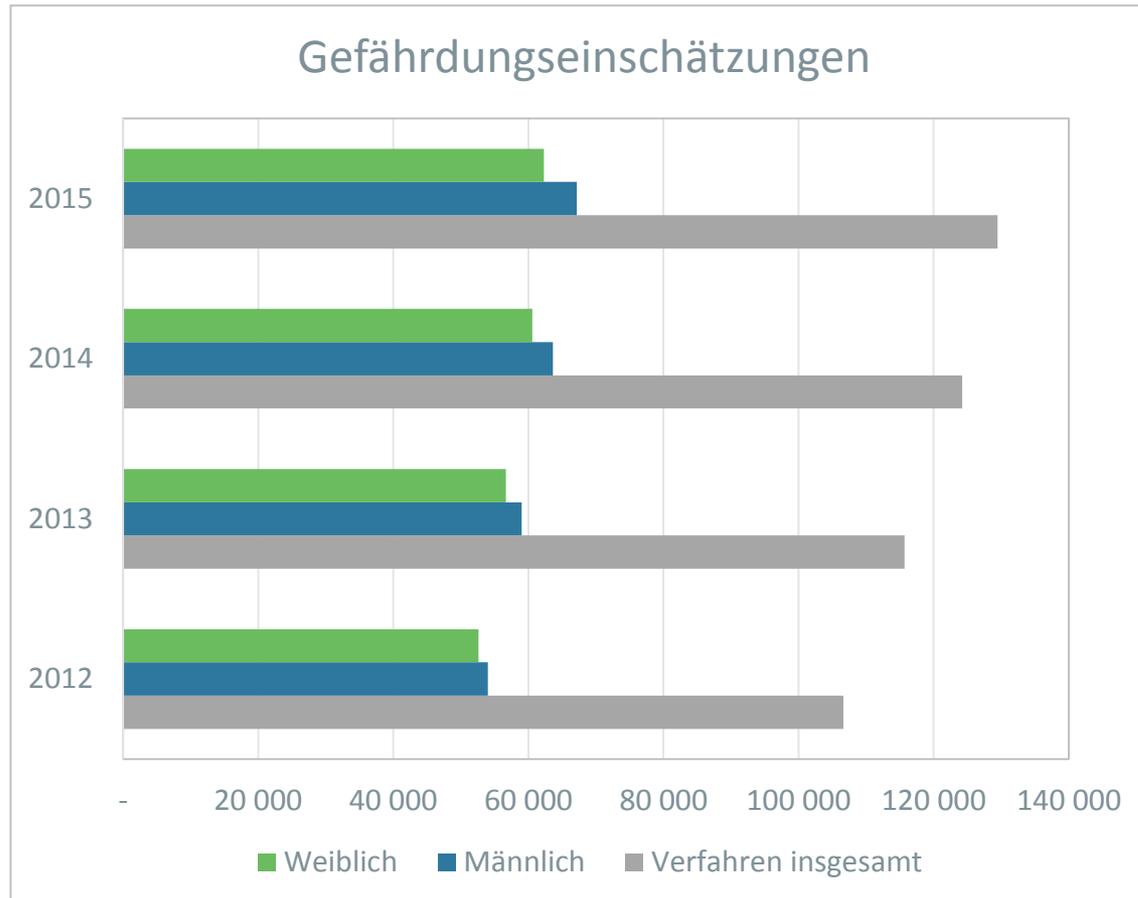


	Akute Kindeswohlgefährdung					
	Verfahren	zusammen *	davon nach Art der Kindeswohlgefährdung			
			Anzeichen für ...			
			Vernachlässigung	körperliche Misshandlung	psychische Misshandlung	sexuelle Gewalt
Insgesamt	20 806	25 580	13 357	5 632	5 513	1 078
Alter						
unter 1.....	2 145	2 463	1 632	472	347	12
1 - 2.....	1 268	1 507	908	262	322	15
2 - 3.....	1 141	1 365	792	245	309	19
3 - 4.....	1 057	1 303	709	252	288	54
4 - 5.....	1 028	1 277	643	264	309	61
5 - 6.....	991	1 258	642	253	307	56
6 - 7.....	960	1 210	603	258	288	61
7 - 8.....	996	1 309	558	330	331	90
8 - 9.....	982	1 291	562	343	317	69
9 - 10.....	982	1 246	535	339	295	77
10 - 11.....	869	1 120	492	285	270	73
11 - 12.....	852	1 084	470	309	253	52
12 - 13.....	932	1 180	488	360	251	81
13 - 14.....	1 123	1 426	647	347	340	92
14 - 15.....	1 281	1 606	777	405	335	89
15 - 16.....	1 486	1 787	965	376	370	76
16 - 17.....	1 592	1 828	1 118	322	334	54
17 - 18.....	1 121	1 320	816	210	247	47

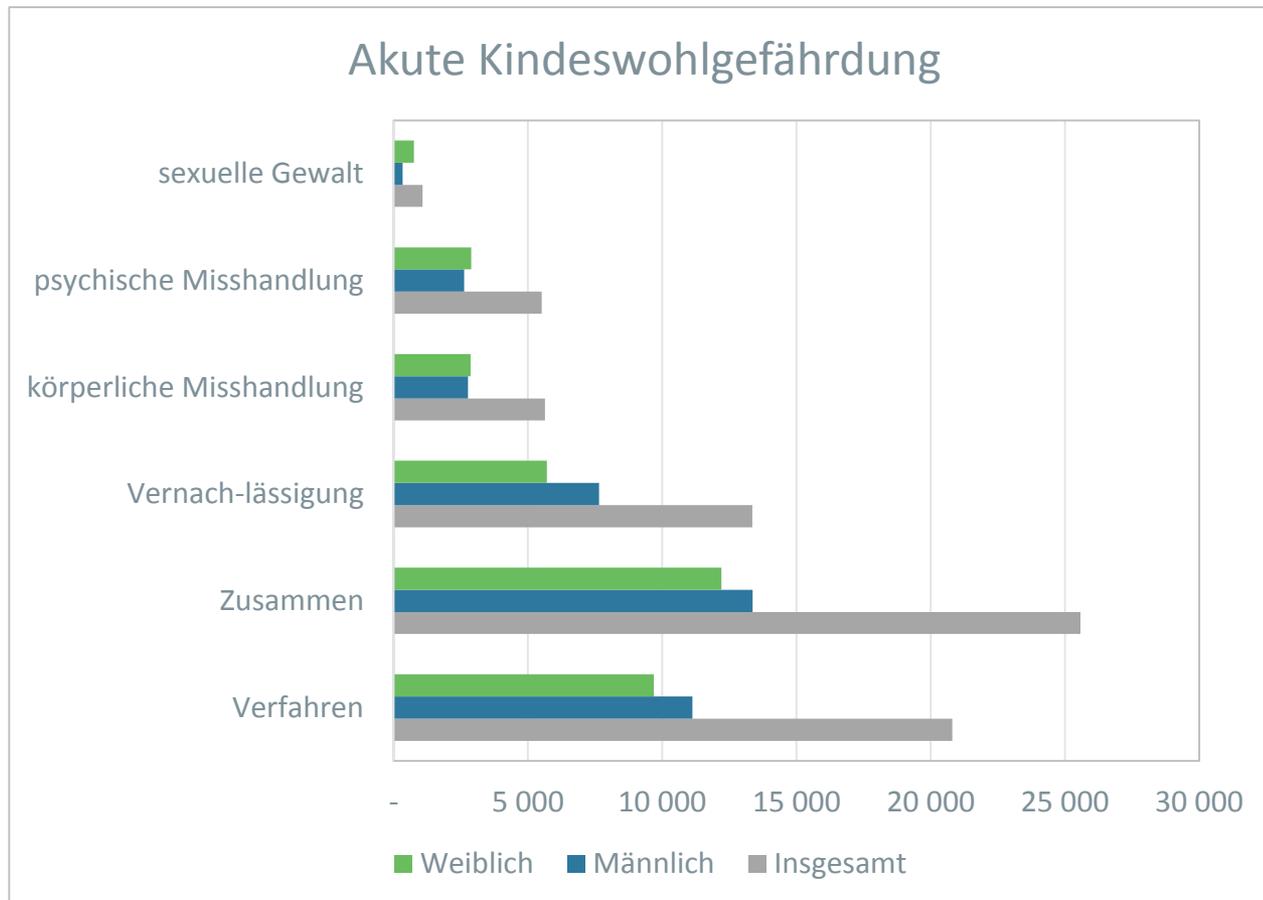
* Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe

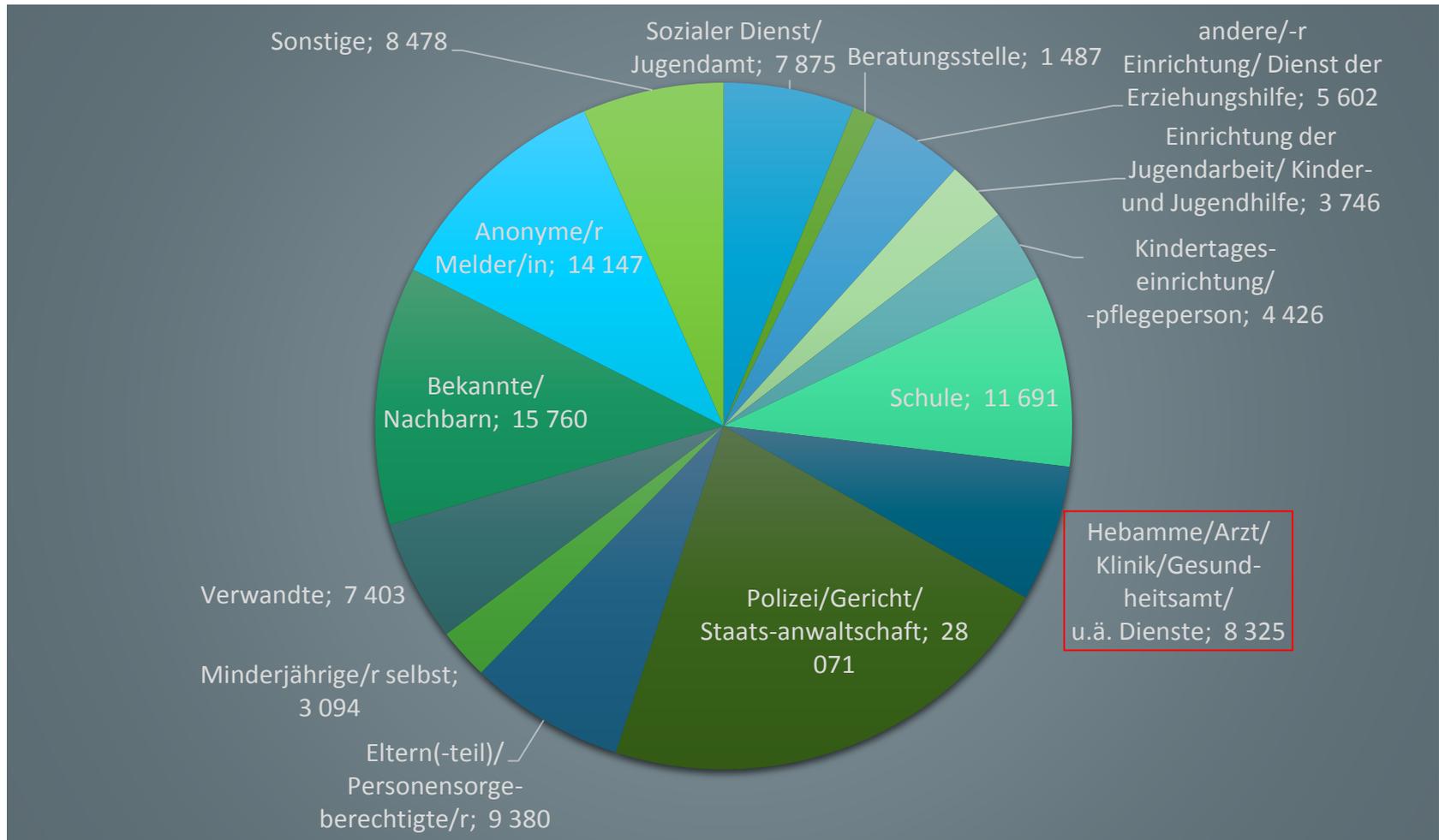
Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB V Im Jahr 2015



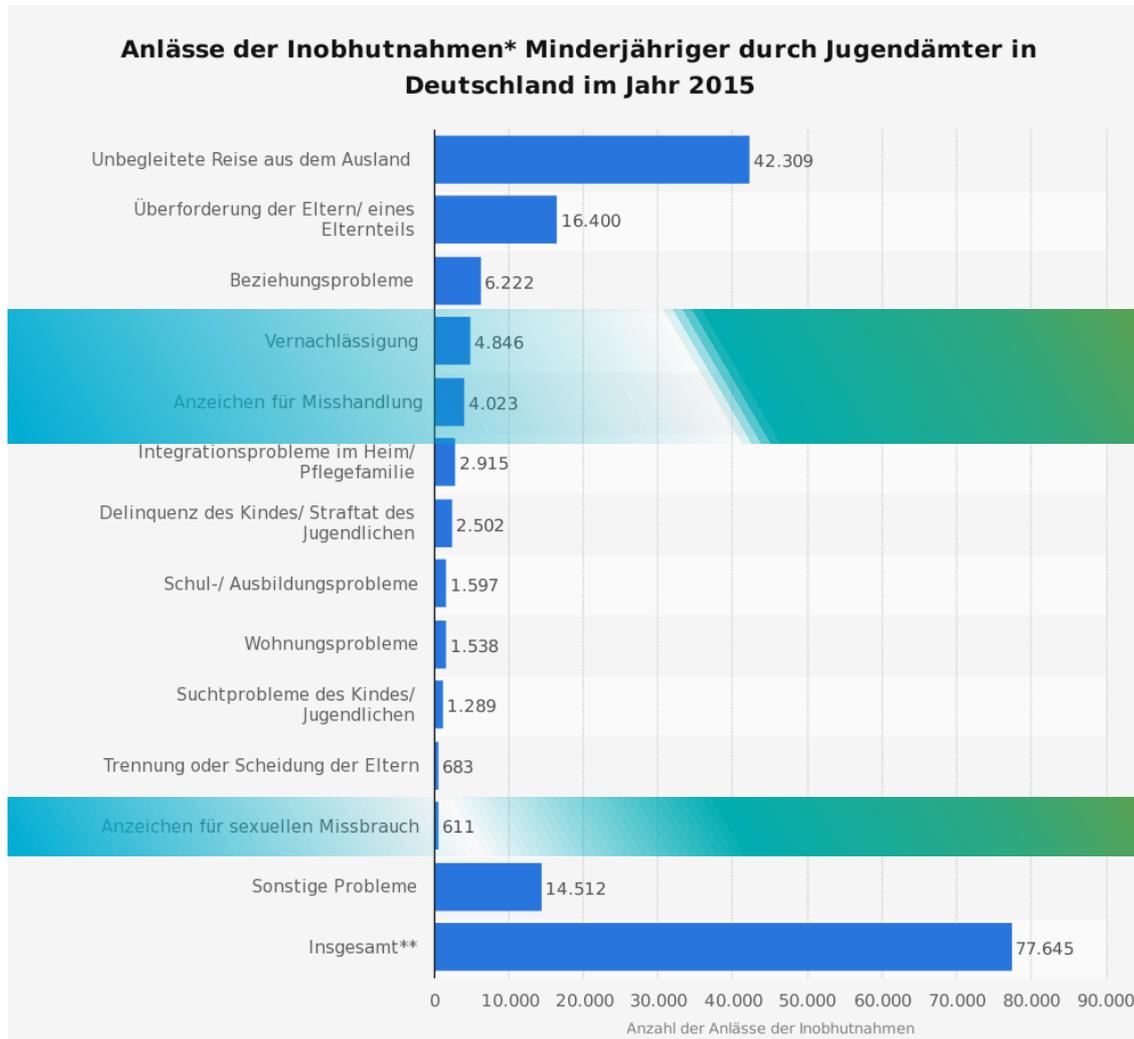
Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe



Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB V Im Jahr 2015: Bekannt machende Institution/Person



Anlässe für Inobhutnahmen



Die Statistik zeigt die Anlässe der Inobhutnahmen* Minderjähriger durch Jugendämter in Deutschland im Jahr 2015. Im Jahr 2015 gab es in Deutschland 16.400 Inobhutnahmen aufgrund der Überforderung der Eltern/ eines Elternteils. Im Jahr 2015 gab es Deutschland insgesamt 77.645 Inobhutnahmen eines Kindes/ Jugendlichen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- **Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“**
- Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz

Homepage www.kinderschutzhotline.de



Home Über Uns Feedback Zielsetzung

**MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE**
0800 19 210 00

Medizinische Kinderschutzhotline

Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes, bundesweites, kostenfreies und 24 Stunden erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Projektleitung hat Prof. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie Ulm.

0800 19 210 00

Sie benötigen Unterstützung? Rufen Sie uns an!

Kostenfrei - 24 Stunden - 7 Tage

Gefördert durch



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Kooperation mit



DRK Kliniken Berlin
Westend

Entwickelt durch



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm



universität
uulm

Darstellung der Medizinischen Kinderschutz-Hotline



MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE
0800 19 210 00

**24 STUNDEN ERREICHBAR
KOSTENLOS
DEUTSCHLANDWEIT**

Ein telefonisches Beratungsangebot für medizinisches Fachpersonal bei Kinderschutzfragen

www.kinderschutzhotline.de

ZIELGRUPPE

Die Medizinische Kinderschutzhotline richtet sich an medizinisches Fachpersonal, also an Ärztinnen und Ärzte (in Kliniken oder niedergelassen), Zahnärztinnen und Zahnärzte, niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegekräfte.

Die Hotline bietet bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch eine direkt verfügbare, kompetente, praxisnahe und kollegiale Beratung durch Ärztinnen und Ärzte mit speziellem Hintergrundwissen in Kinderschutzfragen.

FÜR MEDIZINISCHES FACHPERSONAL BEI KINDERSCHUTZFRAGEN

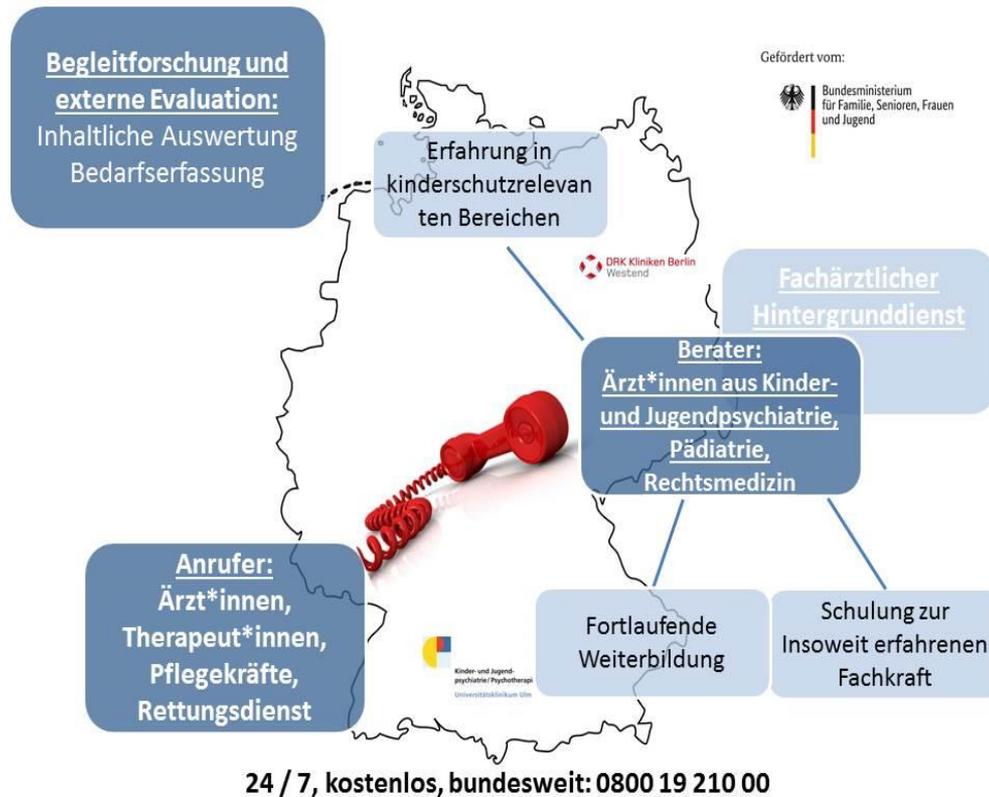
0800 19 210 00

BRISKE MIT QUALIFIZIERTEN UND MITARBEITER BERATEN ZU ALLEN FÖRDER VON KINDERSCHUTZFRAGEN

- kostenfrei
- 24h erreichbar
- vertraulich
- geschult

MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE
0800 19 210 00

www.kinderschutzhotline.de



Struktur der Hotline

- Interdisziplinäres Team (Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie; Kinder- und Jugendmedizin; Rechtsmedizin)
- Fachärztlicher Hintergrunddienst (Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie; Kinder- und Jugendmedizin; Rechtsmedizin)
- „Gemeinsame Sprache“: Beraterinnen und Berater absolvieren Schulung zur *Insoweit erfahrenen Fachkraft*
- Fortlaufende Qualitätssicherung
- Externe Evaluation

Beratung durch die Hotline

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Derzeit arbeiten 9 Personen als Beraterinnen und Berater in der Hotline. Insgesamt 4 VK.
- Die Stellenanteile bewegen sich zwischen 100 Prozent und 10 Prozent.
- Es sind acht Frauen und ein Mann.
- Darüber hinaus fungieren in Ulm zwei Mitarbeiterinnen als Springerinnen (Forschungsmittel). Sie werden beispielsweise in Urlaubszeiten oder bei kurzfristigen Ausfällen eingesetzt.
- Hintergrunddienst über Oberärzte in Ulm, Berlin und Freiburg (Rechtsmedizin).

Beratung durch die Hotline

In den folgenden Fragen bietet die Hotline Beratung an

- Welche Verletzungen oder Auffälligkeiten deuten auf eine Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch hin?
- Was sind die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf Schweigepflicht und ärztliches Handeln?
- Welche Schritte kann oder muss ich in einem Kinderschutzfall einleiten?
- Was muss ich bei der Dokumentation eines Kinderschutzfalles beachten?
- Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsverdacht an?
- Wo gibt es Hilfe vor Ort?

Keine Beratung durch die Hotline

In den folgenden Fragen bietet die Hotline keine Beratung an

- Die Kinderschutzhotline richtet sich **nicht** an Betroffene, Angehörige und Fachkräfte anderer Berufsgruppen.
- Sie leistet **keine Rechtsberatung**.
- Die Hotline ergänzt die bestehenden Hilfestrukturen vor Ort, ersetzt diese aber nicht.
- Die Verantwortung für den konkreten Kinderschutzfall **bleibt beim Anrufenden**.
- Die Hotline kann nicht abschließend und eindeutig klären, ob im konkreten Fall tatsächlich eine Form von Misshandlung vorliegt – die Letztentscheidung wird vor Ort getroffen.

Projekt: „Medizinische Kinderschutz-Hotline“

- Einleitung – der Kontext
- Eindeutige Befunde?
- Gesundheitswesen blind für Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch?
- Gewandelte Einstellung zum Kinderschutz und zu Kinderrechten
- Verankerung des Kinderschutz im SGB VIII und Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes
- Handlungsbedarf bei der Beratung von Berufsgeheimnisträgern
- Prävalenzen – aktuelle Daten
- Projekt „Medizinische Kinderschutz-Hotline“
- **Fazit – Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz**

Fazit: Es bleibt viel zu tun im Kinderschutz



Zentrale Rolle der örtlichen Fachberatungsstellen **und** der ISEF **aber:**

- Finanzierung der Fachberatungsstellen nach wie vor nicht als Pflichtaufgabe gelöst (vgl. Forderungen Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch)
 - Unklare finanzielle Situation sorgt für Unsicherheiten
- Kinderschutzhotline kann im Einzelfall Brückenschlag erleichtern
 - Kollegiale Beratung reduziert Schwellenängste
- Kinderschutzhotline generiert wichtige und häufige Fragestellungen, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden sollten (FAQ)
 - Ziel: Etablierung einer systematischen Feedbackschleife
- Wissenstransfer über E-Learning Programme

 E-Learning Kinderschutz
Grundkurs Kinderschutz in der Medizin

Anmeldename Kennwort [Login](#)

[Kennwort vergessen?](#)

Kinderschutz in der Medizin

Ein Grundkurs für alle
Gesundheitsberufe





Es freut mich, dass Sie sich für unser Projekt interessieren. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm hat im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projektes den Auftrag erhalten, im Zeitraum 2015-2018 einen Online-Kurs "Kinderschutz in der Medizin - ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" zu entwickeln und zu evaluieren.

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

Zusammenarbeit und Vernetzung

- Zusammenarbeit und Vernetzung werden stets gefordert
- Trotz der wichtigen Änderungen im Gesundheitswesen 2013 fehlen vielerorts noch zentrale Voraussetzungen für die Zusammenarbeit
- Es fehlt **eine gemeinsame Definition der Misshandlungsformen in Medizin und Jugendhilfe**
 - deshalb sind Untersuchung zu Fallverläufen zwischen den Systemen in Deutschland derzeit kaum möglich
 - deshalb kommt es häufig bei der Nennung der gleichen Schlagworte zu unterschiedlichen Einschätzungen und Missverständnissen: Mediziner*innen denken häufige Befunde sprechen für sich und beschreiben präzise die Diagnose.
- **Kindeswohlgefährdung ist im Sinne des SGB VIII und des BGB aber medizinisch gesprochen eine Prognosefrage**

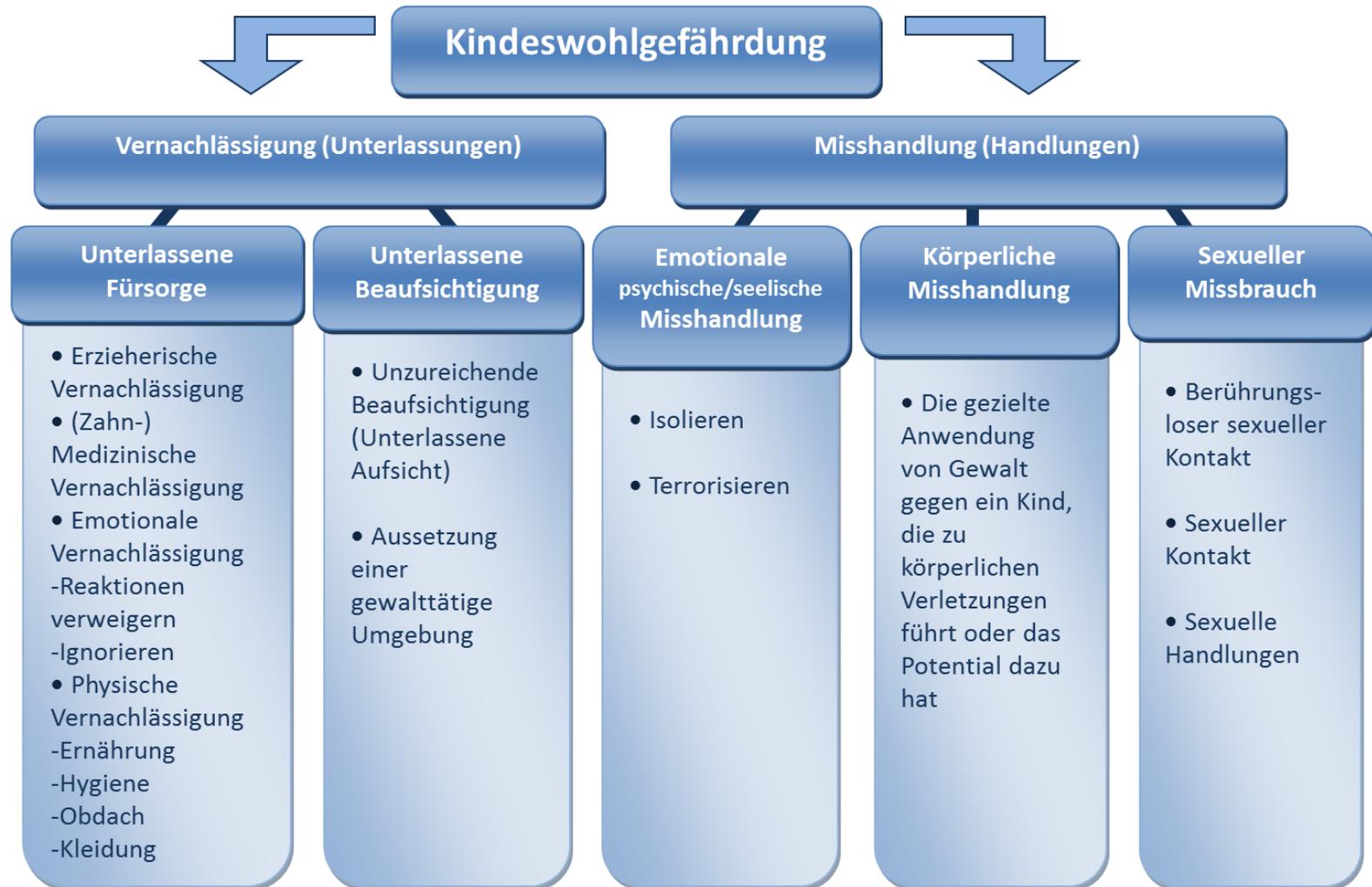


Cave :
für Kinder- und Jugendliche nur sehr begrenzt zu gebrauchen



Rahmenempfehlung
zur Verbesserung des Informationsangebots,
der Zusammenarbeit in der Versorgung
von Opfern sexuellen Missbrauchs
und des Zugangs zur Versorgung

August 2012





Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Gefördert von:

