



**Kooperativer Kinderschutz
im
multiprofessionellen Zusammenwirken
2018 - 2019**

PROJEKTBERICHT



Projektstandort:

Kinderkrankenhaus St. Marien Landshut



Projektförderung:

Bayerisches Staatsministerium für Familie,
Arbeit und Soziales

Kooperativer Kinderschutz im multiprofessionellen Zusammenwirken

Projektbericht 2018 - 2019

Autor*innen

Bauer, Christoph (Assistenzarzt)
Blum, Stefanie (Assistenzärztin)
Eberl, Anna (Sozialpädagogin M.A.)
Dr. med. Thomas Fels (Chefarzt)
Manjgo, Pia (Oberärztin, Ärztliche Leitung KiS-Med-Team)
Dr. phil. Neubauer, Andrea (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)
Pöll, Iris (Pädagogin M.A. univ., systemische Therapeutin, Supervisorin M.A.)
Waltl-Seidl, Stilla (Dipl.-Sozialpädagogin FH)
Wimmer, Kathrin ((Familien-) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin)

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Explorative Datenanalyse und Datenvisualisierung
Simon Seidl (M.S.C. Psychologe)

Veröffentlichung

Der Projektbericht wird durch das KiS-Med-Team veröffentlicht.

Herausgeber

Kinderkrankenhaus St. Marien
Grillparzerstr. 9
84036 Landshut

Kontakt

KiS-Med
Email: kinderschutzprojekt@st-marien-landshut.de

DANKSAGUNG

Unser großer Dank gilt Frau Gold, Referatsleitung Referat V 2 - Jugendhilfe Stv. Leiterin Abteilung Familienpolitik, Frühkindliche Förderung, Kinder- und Jugendhilfe, die uns seit der Geburtsstunde der Idee für dieses Projekt bis zu dessen Abschluss in vielfältiger Weise unterstützt hat. Ohne ihre Unterstützung und die finanzielle Förderung des Sozialministeriums hätten wir das Projekt nicht erfolgreich umsetzen können.

Ebenfalls danken wir den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats, die uns während des gesamten Projektzeitraums mit wertvollen fachlichen Impulsen für das Erreichen der Projektziele unterstützt haben.

Ein herzlicher Dank geht auch an die Klinikleitung Herrn Dr. Herterich und die Geschäftsführung Herrn Brand für ihre Unterstützung bei der Umsetzung des Projekts und das Mittragen der dazu erforderlichen Umstrukturierungen im Kinderkrankenhaus St. Marien.

Vielen herzlichen Dank an alle, die uns während der Projektphase bei der Datenerfassung, auf den Stationen durch die Übernahme zusätzlicher Dokumentations- und Beobachtungsaufgaben sowie durch den erhöhten Besprechungsaufwand engagiert unterstützt haben. Ohne die Mitwirkung der gesamten Klinik wäre die Durchführung eines solchen Projekts nicht möglich gewesen.

Ein großes Dankeschön auch an alle Jugendamtsleitungen und Jugendamtsmitarbeiter*innen aus der Region Landshut, die mit ihrer hohen Bereitschaft zur engen Zusammenarbeit einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Projekts beigetragen haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
2	Kinderschutz in der Medizin.....	8
2.1	Kinderschutzgruppe (stationäre Kinderschutzarbeit)	8
2.1.1	Teamzusammensetzung.....	8
2.1.2	Aufgaben des ärztlichen Dienstes.....	8
2.1.3	Aufgaben der Sozialpädagogen	9
2.1.4	Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.....	10
2.1.5	Aufgaben der Psychologen/Psychiater/Psychotherapeuten (PPP)	10
2.1.6	Arbeitsweise und Handlungsabläufe	12
2.1.7	Klinischer Ablauf bei Kindeswohlgefährdung	14
2.2	Ambulanter medizinischer Kinderschutz	15
2.2.1	Niedergelassene Ärzte.....	15
2.2.2	Medizinische Kinderschutzambulanz	15
2.2.3	Sozialpädiatrische Zentren.....	16
2.2.4	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	17
2.3	Kompetenzzentren im medizinischen Kinderschutz	17
2.4	Qualitätsstandards und Strukturvorgaben	17
2.4.1	S3 (+) Kinderschutzleitlinie	17
2.4.2	MDK und DIMDI	18
2.4.3	InEK.....	20
2.4.4	Qualitätsvorgaben DG KiM.....	20
3	Kooperation und Vernetzung	20
4	Projekt KiSMed	25
4.1	Projektaufgaben und Ziele	25
4.2	Konkrete Fragestellungen	26
4.3	Material und Methoden	27
4.3.1	Methodik der Datenerfassung.....	27
4.3.2	Strukturierte Anamnese- und Diagnosebögen	27
4.3.3	Strukturierte Feedbackbögen im Rahmen der Qualifizierung der Netzwerkpartner als qualitative Methode	29

4.3.4	Fragebogen zur Arbeitsweise, Finanzierung und Erwartungen der KSGen bayernweit.....	30
4.3.5	Zeiterfassung als quantitative Methode.....	30
4.3.6	Prozessbeschreibungen	31
5	Ergebnisse der Auswertung	33
5.1	Auswertung sozialanamnestischer Daten	33
5.2	Auswertung zeitlicher Aufwand und Kosten	57
5.2.1	Auswertung Zeitaufwand einzelner Prozessabläufe	68
5.2.2	Auswertung der Fragebögen.....	73
5.3	Darstellung interner und externer Vernetzungs- und Qualifizierungsarbeit...	90
5.3.1	Netzwerkarbeit intern.....	90
5.3.2	Netzwerkarbeit extern	92
5.4	Stolpersteine und Herausforderungen	96
6	Empfehlungen für medizinische Kinderschutzarbeit	102
6.1	Beantwortung der Fragestellungen	102
6.2	Etablierung von Kinderschutzgruppen.....	105
6.3	Kooperation und Netzwerkstrukturen.....	107
6.4	Qualifizierung	108
7	Empfehlungen zur Finanzierung.....	109
7.1	Ausgangssituation 2017 und weitere Entwicklung.....	109
7.2	Empfehlung für Finanzierung der medizinischen Kinderschutzarbeit.....	110
7.2.1	Zusatzentgelt	110
7.2.2	Finanzierung der Patienten ohne Zusatzentgelt	110
8	Zusammenfassung	112
9	Ausblick.....	113
10	Anhang	115
10.1	Formulare	115
10.1.1	Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit	115
10.1.2	Kooperationsvereinbarung.....	118
10.1.3	Weitere Formulare	122

10.2	Erhebung sozialanamnestischer Daten	123
10.3	Überlegungen zur Etablierung einer KSG	124
10.4	Überblick zur Auswertung sozialanamnestischer Daten.....	125
10.5	Überblick über die Veranstaltungen des KisMed Teams und sonstiger Aktivitäten	126
10.6	Abkürzungsverzeichnis	128
10.7	Grafikverzeichnis	129
10.8	Literaturverzeichnis	131
10.8.1	Printmedien.....	131
10.8.2	Digitale Medien	132

1 EINLEITUNG

Die Bedeutung des Wortes „Kindeswohl“ hat im Lauf der Geschichte einen großen Wandel erfahren. Jahrhunderte lang war physische und psychische Gewalt gegenüber Kindern ein allgemein akzeptiertes Mittel zur Erziehung und Disziplinierung. Kinder galten als Besitz ihrer Eltern. Das Verständnis der Kindheit als besondere Lebensphase oder der Gedanke eines besonderen Schutzbedürfnisses existierte nicht. Erst im 19. Jahrhundert fand eine langsame Veränderung der gesellschaftlichen Denkweise statt. 1857 beschrieb der Arzt Ambroise Tardieu körperliche Anzeichen von Misshandlung und sexualisierter Gewalt. Seine Studien und Appelle zum Schutz dieser misshandelten und häufig getöteten Kinder wurden nicht wahrgenommen. Erst 100 Jahre später (1961) wurde vom Kinderarzt Henry Kempe (1922 – 1984) das Thema Kindesmisshandlung auf einem großen medizinischen Kongress erneut aufgegriffen (The battered child syndrom) und stieß diesmal auf große Resonanz in Fachkreisen. Das Besondere an Henry Kempe ist, dass er das Konzept und die Existenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie die besondere ärztliche Verantwortung für aktiven Kinderschutz darlegte - und zwar von Anfang an als multiprofessionelles Konzept!

Die ersten Kinderschutzgruppen in Deutschland wurden Anfang der 2000er Jahre gegründet (Kassel 2003, Landshut 2004, Bonn 2006). In Österreich (1990) und der Schweiz (1969) fanden erst Gründungen schon früher statt. 2003 fand die erste Fortbildung für Ärzte aller Fachrichtungen zu medizinischer Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung statt. Etwa im gleichen Zeitraum wurden in vielen Bundesländern "Gewaltleitfäden" entwickelt und die Zahl an Veröffentlichungen in Fachzeitschriften zum Thema stieg deutlich an. In der Folge entstand die erste interdisziplinäre S2 AWMF Leitlinie Kinderschutz (2008), im gleichen Jahr wurde das erste deutsche Lehrbuch „Kindesmisshandlung“ veröffentlicht und die AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) gegründet.

In den letzten Jahren hat sich durch das große Engagement vieler engagierter medizinischer Mitarbeiter die Kinderschutzmedizin auch in Deutschland mit beachtlichem Erfolg weiterentwickelt:

- 2013 Einführung der OPS (nicht erlöswirksam)
- 2016 Gründung der Deutschen Gesellschaft Kinderschutz in der Medizin
- 2017 Zertifikat Kinderschutzmedizin (DG KiM)
- 2017 Akkreditierung von Kinderschutzgruppen (DG KiM)
- 2018 Zusatzentgelt durch OPS auf Verhandlungsbasis jedes einzelnen Krankenhauses mit den Krankenkassen
- 2019 Veröffentlichung S3 (+) Kinderschutzleitlinie

Die Anzahl der Kinderschutzgruppen in Krankenhäusern in Deutschland ist von einer im Jahr 2003 auf ca. 160 im Jahr 2019 gestiegen. Davon sind 80 (Stand September 2019) durch die DG KiM akkreditiert.

Alle Kinder in Deutschland haben Kontakt mit dem Gesundheitssystem. Vor allem in der frühen Kindheit findet dieser sehr häufig statt. Dies bedingt, dass sowohl in Kliniken wie auch in Kinder- und Hausarztpraxen Kinder mit Misshandlungsverletzungen, Vernachlässigung und sexualisierter Gewalt und den dadurch bedingten Auswirkungen wie z. B. psychischen Auffälligkeiten, häufig gesehen werden. Zu oft blei-

ben grundsätzlich erkennbare Zeichen von Kindeswohlgefährdung jedoch unerkannt, werden fehlinterpretiert oder es werden die falschen Handlungsfolgen daraus gezogen. Die Gründe hierfür waren und sind vielfältig. Mit dem Wissen um kinderschutzmedizinisch relevante Befunde und deren Wertung sowie dem richtigen Vorgehen besteht die Möglichkeit Gefährdungen so frühzeitig zu erkennen, dass geeignete Maßnahmen eingeleitet werden können, um körperliche und psychische Langzeitfolgen zu verhindern.

- In 70 – 80 % der Fälle lassen sich Kindeswohlgefährdungen bereits zum Geburtszeitpunkt vorhersagen (Kempe et al. 1980)
- 7 - 8 % der Kinder weisen bei der Geburt psychosoziale Risikofaktoren auf
- In 50 – 60 % der Fälle lassen sich Kindeswohlgefährdungen vermeiden (Metaanalyse von Dr. Kindler, Deutsches Jugendinstitut, München)

Der vorliegende Bericht gibt auf Basis klinischer Daten Empfehlungen zur Etablierung von Kinderschutzgruppen, Qualifizierung sowie zur Netzwerkarbeit und der Finanzierung von medizinischer Kinderschutzarbeit.

2 KINDERSCHUTZ IN DER MEDIZIN

Dieses Kapitel stellt die Strukturen im medizinischen Kinderschutz dar. Die Darstellung der folgenden Teamzusammensetzung und Aufgaben der einzelnen Teammitglieder beruht auf den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)¹ beschriebenen Voraussetzungen zur Abrechenbarkeit der OPS und den Empfehlungen im Leitfaden für Kinderschutzgruppen der DG KiM².

2.1 Kinderschutzgruppe (stationäre Kinderschutzarbeit)

2.1.1 Teamzusammensetzung

Eine Kinderschutzgruppe besteht aus Ärzten mehrerer Fachrichtungen, Pflegefachkräften, Psychologen (PPP) und Sozialpädagogen unter Leitung eines Facharztes der Pädiatrie, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2.1.2 Aufgaben des ärztlichen Dienstes

In den ärztlichen Aufgabenbereich fällt zunächst die Erhebung einer genauen Anamnese sowie einer umfassenden genauen körperlichen Untersuchung mit anschließender exakter, forensisch verwertbarer Dokumentation auffälliger Befunde sowie deren kinderschutzmedizinische Bewertung sowie erweiterte Diagnostik (entsprechend den Empfehlungen der S3 (+) Kinderschutzleitlinie). Gibt es Diskrepanzen zwischen dem erhobenen Befund und der von den Eltern angeführten Entstehungsgeschichte oder liegen Hinweise auf eine körperliche Misshandlung als Ursache der

¹ <https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aufgaben/rechtliche-grundlagen/>

² <http://dakj.de/wp-content/uploads/2012/10/empfehlungen-kinderschutz-kliniken-1.6-2016.pdf>

Verletzung vor, so ist in der Regel eine umfangreichere Diagnostik notwendig, um das Ausmaß der aktuellen sowie auch eventueller älterer Verletzungen zu erfassen. Auch bisher weniger greifbare Gefährdungen des Kindeswohls wie körperliche und emotionale Vernachlässigung oder seelische Gewalt und deren Folgen sind Aufgaben der kinderschutzmedizinischen Diagnostik.

Nach abgeschlossener Diagnostik wird stets eine gemeinsame Bewertung des Falles in der Kinderschutzgruppe (Fallbesprechung) durchgeführt. Dann folgt die Erarbeitung eines aus medizinischer Sicht geeigneten Vorgehens zur zukünftigen Abwendung einer weiteren Kindeswohlgefährdung und ggf. die Weitergabe aller wichtigen medizinischen Informationen, Bewertungen und weiteren Empfehlungen an die Jugendhilfe.

Beendet wird die klinische Arbeit der KSG in der Regel mit einer gemeinsamen Fallkonferenz mit dem Jugendamt, den Eltern und der KSG.

2.1.3 Aufgaben der Sozialpädagogen

Der sozialpädagogische Aufgabenbereich teilt sich in 2 Hauptarbeitsfelder. Der erste Bereich ist die konkrete Fallarbeit am Patienten, der zweite die interne und externe Netzwerkarbeit.

Nach Stellung eines Konsils und Information über die Gründe einer vermuteten Gefährdung führt die Sozialpädagogin ein erstes Elterngespräch. Es wird versucht durch sensible Beziehungsarbeit einen Zugang zu diesen zu finden und somit eine Basis zur Zusammenarbeit zu schaffen. Gleichzeitig werden dazu eine Sozialanamnese sowie eine entsprechende psychosoziale Diagnostik durchgeführt. Die Erkenntnisse werden mit dem fallverantwortlichen Arzt besprochen, ggf. ergeben sich hieraus weitere diagnostische Schritte.

Die Sozialpädagogen schätzen nach Abschluss ihrer Diagnostik die Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ein und bewerten diese entsprechend aus ihrer professionseigenen Sicht.

Anschließend findet eine gemeinsame Gefährdungseinschätzung im interdisziplinären Team der Kinderschutzgruppe anhand der Anhaltspunkte aus der sozialpädagogischen Diagnostik, der kinderschutzmedizinischen Diagnostik, den Beobachtungen aus der Pflege sowie der psychologischen Diagnostik statt. Aus dem stattgefundenen Risikoscreening und der abschließenden Bewertung zur Frage einer Kindeswohlgefährdung lässt sich das weitere Procedere sowie der erforderliche Hilfe- und Unterstützungsbedarf ableiten.

Im nächsten Schritt werden hierzu mit dem Familiensystem die in Frage kommenden Unterstützungsmöglichkeiten besprochen. Vor Entlassung wird, sofern eine KWG vorliegt und das Jugendamt informiert wurde, eine sogenannte Fallkonferenz organisiert, an welcher die Eltern, Vertreter der Kinderschutzgruppe und die zuständigen Jugendamtsmitarbeiter teilnehmen. In dieser werden Empfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten gemeinsam mit allen Beteiligten besprochen, schriftlich festgesetzt und für den Zeitpunkt nach der Entlassung vorbereitet. In dieser Phase bis zur Entlassung findet ein enger Austausch zwischen den sozialpädagogischen Fachkräften

ten der Klinik und dem Jugendamt statt, um möglichst rasch alle bis zur Entlassung notwendigen Schritte einzuleiten, bzw. durchzuführen. Die Eltern werden bis zur Entlassung weiter eng von den sozialpädagogischen Fachkräften betreut.

Die Sozialpädagogen agieren als Bindeglied zwischen allen beteiligten internen und externen Professionen und fungieren zusammen mit dem kinderschutzverantwortlichen Facharzt als fallverantwortliche Case- Manager.

2.1.4 Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die Aufgaben der Pflegekräfte sind sehr vielfältig. Im Vordergrund stehen die Anleitung und Unterstützung der Eltern in allen pflegerischen Maßnahmen, aber auch die erzieherische Begleitung. Spontan entstehende Gespräche während der Pflege- und Versorgungsmaßnahmen mit den Eltern basieren auf Vertrauen in der pflegerischen Erfahrung und Professionalität der Pflegekraft. Ihnen bietet sich die besondere Gelegenheit rund um die Uhr mit den Eltern und Kindern zusammenzuarbeiten und diese in der familiären Interaktion zu beobachten und wichtige Informationen und Wahrnehmungen zu sammeln. So können in einem vertrauensvollen Klima auch defizitäre Bereiche der elterlichen Versorgung durch angepasste Interventionen angeleitet werden. Besonders wichtig ist hierfür, dass eine professionelle und sensible Beziehung zu Eltern und Kind aufgebaut wird. Der Pflegekraft bietet sich mit ihrem berufsspezifischen Auftrag incl. ihrer berufsethischen Normen und die damit verbundenen Aufgaben eine gute Möglichkeit Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung oder Unterstützungsbedarf zu erkennen.

Aufgaben der Pflegekraft sind:

- Vertreten aller aus Sicht der Pflege relevanten Aspekte in der Kinderschutzgruppe
- Begleitung der Patienten und Hilfestellung bei ärztlichen Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen
- Rücksprache mit den beteiligten Pflegekräften zur aktuellen Pflegesituation unter besonderer Berücksichtigung der adäquaten Versorgung des Kindes und der Interaktion mit den Bezugspersonen und Erstellung einer pflegerischen Zusammenfassung
- Unterstützung und Beratung der Kollegen in der Schicht bzgl. der pflegerischen Dokumentation und Formulierung der Beobachtungen und Anleitsituationen
- Einschätzung und Unterstützung der Kompetenz und Compliance der Bezugsperson und der familiären Interaktion im Stationsalltag
- Teilnahme an Stationsvisiten mit kinderschutzmedizinischem Schwerpunkt
- Teilnahme an Fallbesprechungen und Fallkonferenzen
- Schulung der Pflegekräfte zu kinderschutzmedizinischen Themen

2.1.5 Aufgaben der Psychologen/Psychiater/Psychotherapeuten (PPP)

Das Kind als Patient ist keine Einzelperson, sondern nur als Beziehungseinheit mit seinen Eltern versteh- und behandelbar. Um die Ressourcen und Schwierigkeiten sowohl der Kinder als auch der Eltern und die Psychodynamik des Familiensystems zu erkennen und Hilfe leisten zu können, ist psychologisches, bzw. psychotherapeu-

tisches Fachwissen notwendig. Bei allen Störungen und kindlichen oder elterlichen Erkrankungen, die die Beziehung zwischen Kind und Eltern am Lebensanfang belasten, sollte die Indikation für die erste diagnostisch-therapeutische Abklärung großzügig gestellt werden.

Die Früherkennung der Belastungen sowie ein möglichst ganzheitliches Verständnis für die individuellen Gegebenheiten des Kindes in seiner Familie sind für eine wirksame Prävention von Kindeswohlgefährdung und die Entwicklung therapeutischer Empfehlungen unerlässlich. Die Eltern-Kind-Beziehung zeichnet sich vor allem in den ersten Lebensmonaten des Kindes durch eine erhöhte innerpsychische Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seitens der Eltern aus, so dass sie für Interventionen gerade im Sinne von Prävention besonders gut geeignet ist.

Zu den Aufgaben des Psychologen, Psychiaters und Psychotherapeuten zählen:

- Bei der Interaktionsbeobachtung zwischen Kind und Eltern steht die wechselseitige Interaktion auf der verbalen, nonverbalen Ebene und auf der Handlungsebene im Focus. Dabei wird auf die Angemessenheit der Interaktionen innerhalb der Familie sowie mit dem Beobachter geachtet. Gleichzeitig geht es um eine Beurteilung der Feinfühligkeit der Eltern und die Fähigkeit zur Responsivität. Beobachtet wird auch der Entwicklungsstand des Kindes mit Berücksichtigung des Temperaments, der selbstregulativen Fähigkeiten und der sozialen Kompetenz sowie das Ausmaß der Fähigkeit aller Beteiligten, Dreierbeziehungen auszubalancieren.
- Diagnose und Dokumentation von Symptomen und Verhaltensweisen
- Erhebung und Dokumentation der Anamnese: Familienleben, Zusammenleben in Kultur und Gemeinschaft, psychosoziale und medizinische Krankengeschichte der Familie, Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, momentane Lebensbedingungen und Stressoren

Umsetzung der Aufgaben und Vorgehensweisen:

- Der diagnostische Prozess beinhaltet gemeinsame Gespräche mit Kind, Jugendlichen und Bezugspersonen sowie getrennte Gespräche mit dem Kind, Jugendlichen und seinen Eltern. Die Diagnostik wird als ein Wechselspiel der Erhebung teils objektiver, teils subjektiver sowie lebensgeschichtlicher Daten verstanden.
- Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Kommunikation zusätzlich auf gestalterischen Ebenen und durch das Spiel. Fragebögen und projektive Tests (z.B. Familien-in-Tieren-Test, Haus-Baum-Zeichentest) werden ergänzend eingesetzt. Letztere dienen der Erfassung emotionaler häufig unbewusster Erlebniszustände. Darüber hinaus ermöglichen sie ein Bild der Situation des Kindes, des Jugendlichen im Geflecht der familiären und sonstigen sozialen Bezüge, einen Eindruck der subjektiven Selbsteinschätzung wie auch des individuellen Selbstwertgefühls.³

³ CIP, S. 159

- Die erhobenen Daten werden in einem Klassifikationsschema identifiziert und einer Störungsgruppe zugeordnet. Psychische Störungen werden gemäß ICD-10 nach ihrem Erscheinungsbild beurteilt und eingeordnet.
- Dieses Material, die anamnestischen Daten und was manifest zu beobachten ist, werden ausgewertet und dokumentiert. Hinzu kommt die Analyse der Interaktion und Beziehung sowie einzelne Aspekte der Persönlichkeit und Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen.
- Zudem sind in der Diagnostik Übertragung und Gegenübertragung sowie die szenischen Gestaltungen des Patienten und der Bezugspersonen in der Gesprächssituation zentrale Faktoren und Elemente, um unbewusste Beziehungsgestaltungen und Konflikte des Patienten angemessen wahrnehmen und verstehen zu können.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen:

- Die generierten und dokumentierten Befunde werden dann mit den Beobachtungen und Informationen des multiprofessionellen Teams im Rahmen einer Fallbesprechung in Verbindung gebracht.
- Die daraus entwickelten Empfehlungen und Interventionen werden in einer Fallkonferenz mit dem Jugendamt und den Sorgeberechtigten sowie mit jugendlichen Patienten besprochen und dokumentiert.

2.1.6 Arbeitsweise und Handlungsabläufe

Kinderschutzgruppenarbeit ist Teamarbeit. Nur aus multiprofessioneller Sicht beurteilte medizinische und psychosoziale Befunde erlauben eine ausreichende diagnostische Sicherheit. Und nur mit ausreichender diagnostischer Sicherheit lassen sich Fehlbeurteilungen, die sowohl bei falsch positiver wie auch bei falsch negativer Einschätzung gravierende Folgen haben können, reduzieren.

Die häufige und in beide Richtungen verlaufende Zusammenarbeit mit verschiedenen Jugendhilfestrukturen bedingt ein im Gesundheitswesen so nirgends verankertes Vorgehen und spezielles Wissen. An der Schnittstelle der beiden Systeme treten regelmäßig Kommunikationsschwierigkeiten auf. Größtenteils sind diese bedingt durch unterschiedliche Systemgrundsätze, die im anderen Arbeitsbereich jeweils unbekannt sind. Geringes Wissen um Organisationsstrukturen des anderen Arbeitsfeldes zusammen mit häufig bestehenden Unsicherheiten in rechtlichen Fragen (nicht nur die Schweigepflicht!) führt zu fehlverstandenen Informationen, zu Verärgern über angenommenes Verhalten und/oder nicht verstandene Entscheidungen oder notwendige Verfahrensschritte des jeweils anderen Bereichs.

Die konkrete Arbeit der KSG beinhaltet:

- Erkennen von Verdachtsmomenten einer Kindeswohlgefährdung am Kind/Jugendlichen
- Erkennen von Unterstützungsbedarfen einer Familie
- Planung eines überlegten und koordinierten Vorgehens nach Standard (siehe auch Kinderschutzleitlinie) bezüglich Diagnoseerhebung und der Elterngespräche (standardisiertes Vorgehen)
- Einbeziehung zur Diagnoseerhebung relevanter Fachgebiete

- Genaueste, gerichtstaugliche schriftliche, grafische Dokumentation sowie Fotodokumentation
- Gefährdungseinschätzung in einer interdisziplinären Fallbesprechung, ggf. mit Beratung durch eine ISEF
- Ggf. Gefährdungsmeldung ans Jugendamt
- Ggf. Organisation und Durchführung der Fallkonferenz mit dem Jugendamt
- Ggf. polizeiliche Anzeige
- Einschätzung der Gefährdung von Geschwistern

2.1.7 Klinischer Ablauf bei Kindeswohlgefährdung



2.2 Ambulanter medizinischer Kinderschutz

2.2.1 Niedergelassene Ärzte

Die niedergelassenen kinder- und hausärztlichen Praxen spielen bei der Erkennung von Vernachlässigung, sexualisierter oder körperlicher Gewalt eine besondere Rolle, weil sie häufig erste Anlaufstellen für Eltern bei Früherkennungsuntersuchungen, bei Verletzungen und Erkrankungen der Kinder sind.

Kinderärzte brauchen ausreichendes kinderschutzmedizinisches Wissen um Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung erkennen zu können. Da vor allem körperliche Misshandlungen beim einzelnen Kinderarzt relativ selten diagnostiziert werden, ist es für Kinderärzte schwierig, genügend Erfahrungen im Umgang damit zu sammeln. Anders verhält es sich bei Vernachlässigungen. Diese werden häufig wahrgenommen. Die zum jetzigen Zeitpunkt niedergelassenen Kinderärzte wurden in kinderschutzmedizinische Themen in ihrer Facharztweiterbildung noch nicht ausgebildet. Es ist unwahrscheinlich, dass jeder Arzt dieses relativ neue Wissens- und Handlungsspektrum ohne entsprechende Weiterbildung beherrscht. Schulungen für die niedergelassenen kinder- und hausärztlichen Kollegen versuchen diese Lücke zu schließen, werden aber nur von einem geringen Prozentsatz der niedergelassenen Kollegen, insbesondere im hausärztlichen Bereich, wahrgenommen. Somit besteht hier ein Defizit im Erkennen von Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung sowie in den dann nötigen weiteren Handlungsschritten.

Um sich bezüglich der medizinischen Einschätzung sicher zu sein, besteht für die Kinderärzte die Möglichkeit bei der bayerischen Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München z. B. über „Remed-online“ oder bei den örtlichen Kinderschutzgruppen bezüglich der Einschätzung z. B. einer Verletzung nachzufragen oder das Kind zur weiteren Abklärung stationär einzuweisen. Ferner besteht die Möglichkeit die ISEF beim Jugendamt bezüglich des Vorgehens beratend um Hilfe zu fragen.

2.2.2 Medizinische Kinderschutzambulanz

In den Kinderschutzambulanzen der Kliniken werden Kinder ambulant vorgestellt zur medizinischen Beurteilung körperlicher Befunde oder zur Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens sexualisierter Gewalt (in einer multimodalen Einschätzung, nur körperlicher Untersuchungsbefund ist hier nicht ausreichend), einer Vernachlässigung oder auch einer das Kind gefährdenden psychosozialen Belastungssituation. Neben dem somatischen Befund wird auch die psychosoziale Situation der Familie erfragt. Der Arzt erstellt nach Vorstellung und Untersuchung einen schriftlichen Befund mit Diagnose, einer kinderschutzmedizinischen Interpretation sowie weiterführenden Empfehlungen.

Kinderschutzambulanzen sind eine neue Entwicklung der letzten Jahre. Das Angebot, das Kinderschutzambulanzen vorhalten sollten, ist nicht definiert weshalb hier eine sehr große Heterogenität vorhanden ist. Häufig sind sie an Kliniken mit einer Kinderschutzgruppe angegliedert und stehen in engem Austausch mit dieser.

Teilweise sind ambulante Strukturen auch an Sozialpädiatrische Zentren (siehe dort) eingegliedert oder ambulante Ersteinschätzungen finden in Rahmen der Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Kliniken statt.

Eine ambulante Abklärung einer Gefährdungssituation ist nur bei sicherem Schutz des Kindes möglich, was häufig nur nach einmaliger Inaugenscheinnahme und fehlenden Hintergrundinformationen nicht qualitativ ausreichend fundiert möglich ist. Vor allem bei kleinen Kindern empfiehlt sich deshalb eine stationäre Aufnahme, zumal hier eine umfangreichere Diagnostik insbesondere auch Interaktionsbeobachtung und Beobachtung des ganzen Familiensystems stattfinden kann.

Eine offizielle Statistik wie viele Kinderschutzambulanzen es in Deutschland gibt, ist nicht bekannt.

2.2.3 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrischen Zentren sind nach §119 SGB V eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung. 1968 wurde von Prof. Hellbrügge in München die erste Einrichtung gegründet, hauptsächlich aus der Beobachtung und den Erfahrungen mit deprivierten Kindern heraus und der Notwendigkeit diese Kinder früh erkennen und behandeln zu können und so vor drohender Behinderung zu schützen.

Der Begriff „sozialpädiatrisch“ ging so auch in die Sozialgesetzbücher ein. Aktuell gibt es in der Bundesrepublik 146 Sozialpädiatrische Zentren mit unterschiedlichen Strukturen.

Die erprobte interdisziplinäre Arbeitsweise mit einem hohen Anteil an psychologisch/psychotherapeutischer Kompetenz und einer ganzheitlichen Sicht auf die Familien sowie der Möglichkeit einer langfristigen, kontinuierlichen Betreuung machen die SPZs nahezu idealtypisch zu Orten in denen gefährdete Kinder nach einem stationären Aufenthalt sozialmedizinisch weiter betreut werden können.

Für ambulante Abklärungen, insbesondere auch von psychischen Auffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen in Zusammenhang z. B. mit Vernachlässigung, sind Sozialpädiatrische Zentren prädestiniert. Jedoch fehlt auch hier oft die strukturierte Zusammenarbeit mit den Jugendämtern.

12 SPZs bieten Klinikstrukturen an. Hier besteht die Möglichkeit einer ausführlichen Diagnostik, die vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter präzise die Interaktion und psychische Beurteilung von Kind und Bezugspersonen ermöglicht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Sozialpädiatrischen Zentren gute Kompetenzen vorhanden sind, um Familien, in denen eine Gefährdung der Kinder im Raum steht, umfangreich abzuklären. In einem ambulanten Setting ist dies jedoch nur möglich, wenn das Kind nicht akut gefährdet ist.

2.2.4 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der ÖGD ist in Bayern ebenfalls in Kinderschutzstrukturen eingebunden (vgl. Art. 14 Abs. 5 GDVG). Die Ärzte des ÖGD sehen nahezu alle Kinder im Vorschulalter und sind prädestiniert bei Auffälligkeiten z. B. gemeinsam mit Kinderschutzgruppen in Kliniken weitergehende Abklärungen zu initiieren. In einzelnen Städten in Deutschland gibt es bereits Kinderschutzgruppen im ÖGD und etablierte strukturelle Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren im Kinderschutz, diese sind jedoch auf Einzelfälle beschränkt.

Eine engere Einbindung auch des ÖGDs in medizinische Kinderschutzarbeit mit einer flächendeckend einheitlichen Struktur wäre wünschenswert.

2.3 Kompetenzzentren im medizinischen Kinderschutz

Kompetenzzentren im Kinderschutz sind eine neue Entwicklung, die Definition ist nicht einheitlich. Kompetenzen gibt es in vielen Einrichtungen, die Besonderheit des Titels Kompetenzzentrum begründet sich aus unserer Sicht nicht nur durch spezielles Wissen und Forschung auf dem Gebiet der Kinderschutzmedizin, sondern auch durch zusätzliche Aufgaben.

Aufgaben eines Kompetenzzentrums können sein:

- Ansprechpartner für (spezifische) medizinische Fragestellungen (direkte Untersuchung, online Mitbeurteilung von Befunden)
- Wissenschaftlicher Datenerhebung und Auswertung und daraus ableitende einheitliche Handlungsempfehlungen und Strukturvorgaben bereitstellen
- Aus- und Weiterbildung überregional (Haus- und Kinderärzte, Jugendhilfe, Justiz)
- Übernahme von organisatorischen Aufgaben (Standards, Formularvorlagen)
- Beratung bzgl. Organisationsmanagement
- Unterstützung bei der Vernetzung (Jugendhilfe, KSGs, Qualitätszirkel, Kliniken)

Die Aufgabenbereiche und Angebote der seit 2006 entstehenden Kompetenzzentren sind inhomogen und reichen von ausschließlich Lehre und Forschung bis zu klinische Mitbeurteilung von Patienten und Bewertung von patientenbezogenen Daten.

Die seit 2011 bestehende und vom Bayerischen Familienministerium geförderte Bayerische Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München hat sich als landesweites Kompetenzzentrum im Kinderschutz etabliert (s. u. Kapitel 3).

2.4 Qualitätsstandards und Strukturvorgaben

2.4.1 S3 (+) Kinderschutzleitlinie

Die Langfassung der wissenschaftlichen Kinderschutzleitlinie (Leitlinie zur Detektion, Diagnostik und zum Schutz vor einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder Vernachlässigung) wurde im Februar 2019 veröffentlicht, seit September ist eine Kurzfassung verfügbar. An der Erarbeitung waren 82 Fachgesellschaften und

Organisationen aus Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und sozialen Arbeit beteiligt. Das vorrangige Ziel der LL ist es, Fachkräften Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen zu geben. Es werden wissenschaftlich fundierte Empfehlungen gegeben zum Vorgehen bei Verdacht auf eine KWG sowohl in der Diagnostik, wie auch im Vorgehen und der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Somit steht den Kinderschutzgruppen ein solider Wissensbaustein zur Verfügung, auf dem sicherere Entscheidungen zum Vorgehen bei v. a. eine KWG getroffen werden können.

2.4.2 MDK und DIMDI

Der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, seit 2020 MD) ist der sozialmedizinische und pflegefachliche Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt er die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen und führt Einzelfallbegutachtungen durch. Eine Aufgabe ist die Begutachtung der Notwendigkeit, Dauer und Abrechnungsprüfung einer Krankenhausbehandlung.

Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) regelt die Bedingungen unter denen eine Krankenhausleistung abrechenbar ist. Sie ist eine Behörde am Bundesministerium für Gesundheit und gibt die folgenden amtlichen Klassifikationen in deutscher Sprache heraus: ICD-10-WHO für die Verschlüsselung von Todesursachen, ICD-10-GM für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme und ICD-O-3 für Diagnosen und OPS für Operationen und Prozeduren. Diese werden z.B. für epidemiologische Zwecke, als Grundlage für die Entgeltsysteme in Klinik und Praxis (G-DRG, EBM) und allgemein für Dokumentation und elektronischen Datenaustausch in der Medizin benötigt.

Für die medizinische Kinderschutzarbeit ist hier insbesondere die Klassifikation für das Zusatzentgelt ZE 2018-152 von Bedeutung. Die abrechenbare Ziffer für die Prozedur im medizinischen Kinderschutz ist die OPS 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit.

Mit diesem Kode ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom (Münchhausen syndrom by proxy) zu kodieren.

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.

- "Vier Mindestmerkmale:
 1. Multiprofessionelles Team (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)

2. Mehrdimensionale Diagnostik von jeweils mindestens 30 Minuten in mindestens 3 Disziplinen wie Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Sozialdienst bzw. solchen mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kindes- und Jugendalters (z.B. Rechtsmedizin, Chirurgie, Radiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, Neurologie und Neurochirurgie, Ophthalmologie, Zahnmedizin und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie). Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die oben genannten Berufsgruppen alle folgenden Leistungen erbracht:
 - o Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)
 - o Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung
 - o Strukturierte Befunderhebung und Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Anamnese- und Befundbögen
 3. Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung mit mindestens drei Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit Dokumentation
 4. Ggf. Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe
- 1-945.0 Ohne weitere Maßnahmen
 - 1-945.1 Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz

Die Fallkonferenz findet unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einem Vertreter der Jugendhilfe und zumeist der Eltern/Sorgeberechtigten mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten und mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes statt." (Zitat DIMDI)

Dies beschreibt die Grundvoraussetzungen unter denen medizinische stationäre Kinderschutzarbeit seit dem Jahr 2018 verschlüsselt und abgerechnet werden kann. Der jeweilige Erlös wird derzeit noch von jedem einzelnen Krankenhaus mit den Kassen im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen vereinbart.

Beauftragt eine Krankenkasse den MDK zur Einzelfallprüfung handelt es sich in den meisten Fällen um die Prüfung, ob die Kriterien für die Verschlüsselung der OPS Ziffer 1-945.0 oder 1-945.1 erfüllt sind, manchmal auch um die Prüfung der Aufenthaltsdauer. Um überhaupt eine Einzelfallprüfung durchführen zu können muss im Vorfeld eine Strukturprüfung, in der jeder einzelne Punkt der DIMDI Vorgaben als „generelle Vorhaltung“ geprüft wird, stattgefunden haben. Dies betrifft die Zusammensetzung und Qualifikation der KSG sowie deren Arbeitsweise und Ergebnisfindung, sowie festgelegte Strukturen zur Einbindung des Jugendamtes. Werden in der Einzelfallprüfung oben genannte Mindestmerkmale nicht erfüllt, darf das Zusatzentgelt nicht abgerechnet werden. Einige Beschreibungen sind nicht klar definiert und

so kommt es immer wieder zu unterschiedlichen Einschätzungen der Kliniken und der Krankenkassen bei Prüfungen durch den MDK.

2.4.3 InEK

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde für die deutschen Krankenhäuser gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Grundlage hierfür bildet das G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen - die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung - der InEK GmbH als deutsches DRG-Institut übertragen.“⁴

Die dem InEK Daten liefernden Kalkulationshäuser haben in den vergangenen Jahren kaum Fälle von Abklärungen zu Kindeswohlgefährdungen gemeldet, so dass es bisher nicht möglich war die Kosten für die Kliniken auf diesem sonst üblichen Weg zu kalkulieren.

2.4.4 Qualitätsvorgaben DG KiM

Die Deutsche Gesellschaft Kinderschutz in der Medizin zertifiziert mit einer mündlichen Prüfung seit 2017 Ärzte individuell als Kinderschutzmediziner (bis 2019 als Übergangsregelung, ab 2020 nach regulärem Curriculum).

Ferner können sich Kinderschutzgruppen akkreditieren lassen, wenn sie die nötigen Bedingungen erfüllen.

Zum Stand November 2019 gibt es in Deutschland 180 zertifizierte Kinderschutzmediziner und 81 akkreditierte Kinderschutzgruppen.

Diese Qualitätsvorgaben sind notwendig, um die komplexe Kinderschutzarbeit fachlich auf ausreichend hohem Niveau zu machen und dienen z. B. Jugendamt und Gericht als Marker zum Nachweis der fachlich fundierten Arbeit einer KSG.

3 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Ein wichtiger Punkt für gelingenden Kinderschutz ist die unabdingbare Vernetzungsarbeit und die Etablierung verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen der Kinderschutzgruppe und externen Partnern.

⁴ InEK

Es gibt verschieden Formen von Vernetzung, mit denen KSGen in ihrer Arbeit zu tun haben:

Eine zentrale Aufgabe der Kinderschutzgruppen ist **makrostrukturelle** Vernetzung: Interessensträger versuchen an „Runden Tischen“ Ziele abzugleichen und einen Konsens zu finden. Dabei geht es darum mit den Stakeholdern der Kinderkliniken gemeinsame Zielvereinbarungen, Kriterien im Wahrnehmen und Umgang mit Kindeswohlgefährdung und Kooperationen auszuhandeln.

Mesostrukturelle Vernetzung findet im Rahmen der Vermittlung des Patientensystems in das externe professionelle Helfernetzwerk statt.

Soziale Arbeit stellt den Ursprung der professionellen Netzwerkarbeit dar. Sie macht es sich zur Aufgabe Menschen miteinander zu vernetzen, um Kompetenzen zu stärken (**mikrostrukturelle** Vernetzung).

Netzwerkarbeit dient systemisch gesehen sowohl zur Diagnose und Ressourcenanalyse, als auch zur Intervention, um Ressourcen zu aktivieren.

Bisher vorhandene Kooperations- und Vernetzungsstrukturen im Bereich Kinderschutz:

- Mit dem Bayerischen Gesamtkonzept zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor körperlicher, sexualisierter und seelischer Gewalt sowie Vernachlässigung (www.kinderschutz.bayern.de) unterstützt das Bayerische Familienministerium die für den Kinderschutz zuständigen Kommunen und die Praxis bei der Sicherstellung bedarfsgerechter Strukturen sowie flankierender Maßnahmen insbesondere im Bereich Prävention, Sensibilisierung sowie Förderung interdisziplinärer Netzwerkarbeit und Qualifizierung. Insbesondere mit den in Bayern flächendeckend vorhandenen rund 120 interdisziplinären KoKi-Netzwerken frühe Kindheit (s.u.), den rund 180 Erziehungsberatungsstellen und der Bayerischen Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München als landesweitem Kompetenzzentrum (s.u.) hat Bayern entscheidende Weichen mit bundesweiter Vorbildfunktion gestellt.
- Wesentliche Elemente des Bayerischen Gesamtkonzepts zum Kinderschutz sind Prävention und frühzeitige Unterstützung von Familien gerade in belastenden Situationen, ein starker Staat, der Kinder in Not schützt sowie verlässliche Strukturen und Maßnahmen zur Sensibilisierung, Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit und Schaffung von Handlungssicherheit (u.a. berufsgruppenübergreifende Qualifizierung und Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung).
- Der sichere Umgang mit den sensiblen und anspruchsvollen Handlungsfeldern im Kinderschutz kann vor allem durch Qualifizierung erreicht werden. Von besonderer Bedeutung sind hier die in Bayern regelmäßig stattfindenden, vom Bayerischen Familienministerium initiierten bzw. geförderten landesweiten interdisziplinären Veranstaltungen wie z.B. gemeinsame Fachtagungen, Fortbildungen oder Expertenrunden, die mit dem Ziel durchgeführt werden, die berufsgruppenübergreifende Kooperation im Kinderschutz zu intensivieren sowie Verfahrensabläufe im Kinderschutz bestmöglich abzustimmen und zu sichern.
- Um insbesondere Ärztinnen und Ärzte für das Thema Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu sensibilisieren und ihnen Hilfestellung im Umgang mit erkannter bzw. vermuteter Kindeswohlgefährdung zu geben, hat das Bayerische

Familienministerium im März 2012 den Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“ veröffentlicht (www.aerzteleitfaden.bayern.de). Er gibt konkrete Hilfestellung zur sicheren diagnostischen Abklärung aller Gewaltformen sowie zur Vernachlässigung und Handlungssicherheit beim Umgang mit (gewichtigen) Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Außerdem zeigt er auf, wie präventiver Kinderschutz im Zusammenwirken aller Berufsgruppen gelingen kann.

- Damit Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Handlungssicherheit erlangen und keine Form der Gewaltanwendung an Kindern unentdeckt bleibt, bietet Bayern seit Oktober 2019 auf der Grundlage des oben genannten Ärzteleitfadens ein umfassendes von der Bayerischen Landesärztekammer zertifiziertes E-Learning-Angebot zum Kinderschutz an. Die einzelnen Module vermitteln Kenntnisse die notwendig sind, um Gewalt in jeglicher Form (sexuelle, körperliche, seelische) und Vernachlässigung zu erkennen und informieren über die zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlichen Handlungsschritte. Ärztinnen und Ärzte aus allen Fachrichtungen können sich jederzeit kostenlos und ressourcensparend unter <https://www.fortbildungsakademie-im-netz.de/fortbildungen/kinderschutz> im Kinderschutz fortbilden.
- Darüber hinaus existieren in Bayern zahlreiche Empfehlungen und Handreichungen des Bayerischen Familienministeriums (z.B. Handlungsschema unter: https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/kinderschutz/handlungsablauf_kinderschutz.pdf), des Bayerischen Landesjugendamts sowie des Bayerischen Landesjugendhilfeausschusses (z.B. zur Umsetzung des Schutzauftrags gemäß § 8a SGB VIII unter: <https://blja.bayern.de/service/bibliothek/fachliche-empfehlungen/umsetzungschutzauftrag.php>).
- Zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes sowie zur Schaffung von Handlungs- und Rechtssicherheit wurde in Bayern bereits 2008 gesetzlich klargestellt, dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte zur Einbindung des Jugendamts verpflichtet sind, wenn ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden (Art. 14 GDVG; entspr. Regelungen für die Schule in Art. 31, 80 BayEUG und für Kindertageseinrichtungen und -tagespflege in Art. 9b BayKiBiG).
- **Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi)**
Mit dem Ziel der Intensivierung der Zusammenarbeit des Gesundheitsbereichs und der Kinder- und Jugendhilfe und der systematischen Vernetzung Früher Hilfen entwickelte Bayern das Konzept der Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit): Flächendeckende Etablierung von KoKis, die Angebote Früher Hilfen für Eltern in interdisziplinären KoKi-Netzwerken Frühe Kindheit bündeln. Das in Bayern seit 2009 umgesetzte und mit positivem Ergebnis evaluierte bayerische KoKi-Konzept ist ein Erfolgsmodell, das deshalb auch vollumfänglich im Bundeskinderschutzgesetz in § 3 KKG verankert wurde. Mit Unterstützung des KoKi-Förderprogramms des StMAS sind seit 2009 über 120 interdisziplinäre KoKi-Netzwerke (rd. 250 geförderte KoKi-Fachkräfte in den Jugendämtern) flächendeckend in Bayern etabliert. Zentrales Ziel ist es, Überforderungs-

situationen von Eltern und andere Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sowie für das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen, damit ihnen durch zuverlässige und institutionsübergreifende Unterstützungs- und Hilfeangebote rechtzeitig begegnet werden kann.

- **Kinderschutzgruppen**

Die Mitglieder der Kinderschutzgruppen werden im Verdachtsfall herangezogen und verfügen häufig über enge Kontakte zu den Jugendämtern in den Kommunen. I.d.R. kennen sie die regionalen Netzwerkstrukturen.

- **Medizinische Kinderschutzambulanzen in den Kinderkliniken**

In den Kinderkliniken sind dies Anlaufstellen für die ambulante Behandlung von Verdachtsfällen.

- **Medizinischer Kinderschutz in Sozialpädiatrischen Zentren**

SPZs verfügen „von Haus aus“ über multiprofessionelle Teams, die mit dem Jugendamt und weiteren Netzwerkpartnern (z. B. HPT, Frühförderstellen) in regelmäßigem Kontakt stehen.

- **Vom StMAS geförderte Bayerische Kinderschutzambulanz am Institut der Rechtsmedizin der LMU München als landesweites Kompetenzzentrum**

Die Bayerische Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München ist bundesweit einzigartig. Sie wurde 2011 mit Unterstützung des StMAS eingerichtet und seitdem als landesweites Kompetenzzentrum im Kinderschutz vom StMAS finanziert, um bayernweit insbesondere Fachkräften der Jugendämter sowie Ärztinnen und Ärzten eine fundierte Beratung hinsichtlich des Vorliegens von sexueller und körperlicher Gewalt zu ermöglichen sowie Handlungssicherheit im Umgang mit möglichen Kindeswohlgefährdungen zu schaffen. Über www.remed-online.de, dem konsiliarischen Online-Dienst der Bayerischen Kinderschutzambulanz, der ebenfalls vom StMAS finanziell gefördert wird, können Ärztinnen und Ärzte sowie Jugendämter rund um die Uhr kostenlos und gegebenenfalls auch anonym Beratung und Informationen in Wort und Bild über eine geschützte Online-Plattform auf Telemedizinstandard erhalten. Darüber hinaus führen die Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmediziner der Bayerischen Kinderschutzambulanz auf der Grundlage des Leitfadens des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“ interdisziplinäre Qualifizierungs- und Fortbildungsveranstaltungen zu der Thematik durch und tragen somit maßgeblich dazu bei, dass landesweit einheitliche Qualitätsstandards bei der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsbereich gewährleistet werden. Die vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) mit positivem Ergebnis evaluierte Bayerische Kinderschutzambulanz schließt mit ihrem Angebot eine Lücke zwischen Kinder- und Jugendhilfe und medizinischer Diagnostik und stärkt so den Kinderschutz in Bayern nachhaltig. Im Auftrag und mit Unterstützung des StMAS wurden z.B. bereits über 120 Ärztinnen und Ärzte aus allen bayerischen Kinderkliniken zum Thema Kinderschutz geschult. Zielsetzung ist insbesondere, dass flächendeckend dezentral kompetente Ansprechpartner bei Kinderschutzfragen

zur Verfügung stehen, die in ihren Kliniken interne Strukturen zur Kinderschutzarbeit etablieren und unterstützen können (z.B. Aufbau einer klinikinternen Kinderschutzgruppe).

- **Remed-online**

Ein weiterer Baustein im Gesamtkonzept zum Kinderschutz in Bayern gibt es im konsiliarischen Onlinedienst der Bayerischen Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München. Remed-online ist ein kostenloses Angebot für alle Ärztinnen und Ärzte, einen Verdachtsfall auf Kindeswohlgefährdung, aber auch alle anderen Verdachtsfälle von Gewalt, unter geschützten Rahmenbedingungen online vorzustellen und eine Einschätzung dazu einzuholen. Die Fälle können anonym geschildert werden, eine Falldarstellung in Wort und Bild ist möglich.

- **Weiterführende Kooperationen**

Exemplarisch fand eine einrichtungs- und professionsübergreifende Vernetzung zum Thema Kindeswohlgefährdung im Rahmen der AG Kindeswohl in Landshut statt.

4 PROJEKT KISMED

4.1 Projektaufgaben und Ziele

Das Projekt wird im Rahmen des Bayerischen Gesamtkonzeptes zum Kinderschutz vom StMAS unterstützt und gefördert. Mit dem Projekt sind insbesondere folgende Zielsetzungen verbunden:

- **Weiterentwicklung intersektoraler Kinderschutz auf der Grundlage der bestehenden Strukturen**

Es soll v. a. aufgezeigt werden, welche Maßnahmen geeignet sind, die Zusammenarbeit der Kinderkliniken mit den relevanten regionalen Partnern im präventiven und intervenierenden Kinderschutz (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsämter, Frühförderstellen, Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen, Polizei) sowie auf Landesebene (z.B. Bayerische Kinderschutzambulanz) weiter zu optimieren. Anhand von Best-Practice-Beispielen, Daten und Fakten soll dargelegt werden, welche Herangehensweisen sich als besonders kooperationsfördernd erweisen. Ferner sollen aus dem Projekt entsprechende landesweite Empfehlungen (z.B. für den Aufbau und Etablierung von Kinderschutzgruppen in Kinderkliniken oder für regionale interdisziplinäre Qualifizierungsmaßnahmen) erarbeitet werden. Dabei soll v.a. auch herausgearbeitet werden, wer zu welchem Zeitpunkt auf welcher Ebene beteiligt werden sollte.

- **Empfehlungen für Aufbau und Etablierung von Kinderschutzgruppen in Kinderkliniken**

Das Projekt soll wichtige Erkenntnisse und die erforderliche Datengrundlage liefern, um fachlich fundierte Empfehlungen für die landesweite Umsetzung von Kinderschutzgruppen in Kinderkliniken geben zu können.

Dazu erfolgt eine fortlaufende interne Erhebung und Auswertung von Daten, insb. Aufschlüsselung der Anteile und Stunden der jeweiligen Fachkräfte im Verhältnis zu den Fallzahlen sowie erforderliche Zeitanteile der jeweiligen Professionen.

- **Empfehlungen für regionale interdisziplinäre Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere für niedergelassene Ärzte**

Um Unterstützungsbedarfe und auch Anzeichen von Kindeswohlgefährdung besser erkennen zu können, ist es erforderlich, dass die regionalen Akteure aus dem Gesundheitsbereich, insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachrichtungen für das Thema sensibilisiert und in medizinischer Kinderschutzarbeit sowie in Fragen der intersektoralen und interdisziplinären Kooperation qualifiziert sind. Hierzu soll ein Konzept erarbeitet werden, das Empfehlungen enthält, wie der interdisziplinäre Fachaustausch und entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen vor Ort umgesetzt werden können.

Wichtige Themenfelder sind dabei insbesondere Gesprächsführung, Erkennen von Unterstützungsbedarfen sowie Bewertung von (gewichtigen) Anhaltspunkten für eine

Kindeswohlgefährdung und Umgang hiermit (erforderlich insb. Verankerung einer verbindlichen rechtskreisübergreifenden Kooperations- und Verfahrensstruktur, v.a. mit den Jugendämtern vor Ort). Hilfestellung bei der Diagnostik und Befundbewertung soll ihnen als dauerhaftes Angebot (ggf. unter Einbindung der Bayerischen Kinderschutzambulanz) zur Verfügung stehen und Unterstützung in der Etablierung einer verbindlichen Kooperation zur Jugendhilfe (insb. Jugendamt) gegeben werden.

Grundlage des interdisziplinären Qualifizierungskonzepts ist der Leitfaden des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“ sowie die aktuellen Empfehlungen auf Landesebene hierzu.

➤ **Nachhaltiges Finanzierungskonzept**

Um eine flächendeckende Etablierung von Kinderschutzgruppen mit den entsprechenden Standards in Kinderkliniken zu ermöglichen, ist ein ganzheitliches Finanzierungskonzept erforderlich. Das Projekt soll hierzu Hilfestellung für die Praxis geben, dabei sollen zum einen Daten als für eine Berechnungsgrundlage generiert sowie strukturelle Grundlagen erläutert werden, wie eine Kinderschutzgruppe nachhaltig finanziert werden kann.

Auf der Grundlage systemübergreifender, neuartiger Empfehlungen für eine verbindliche intersektorale Zusammenarbeit sollen in dem Projekt mögliche Finanzierungswege in Verantwortlichkeit der beteiligten Systeme aufgezeigt werden. Insbesondere ist dabei auf die bereits bestehenden Finanzierungs-/Abrechnungsmöglichkeiten einzugehen sowie ggf. weitere Handlungsbedarfe in diesem Bereich zu erörtern. Hinsichtlich des Einsatzes von Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern sollen z.B. auch die Finanzierungsmöglichkeiten des Bundesfonds Frühe Hilfen berücksichtigt werden.

4.2 Konkrete Fragestellungen

1. Wie gestaltet sich die multiprofessionelle Kinderschutzarbeit der KSG?
2. Wie kann der Prozess der Risikoeinschätzung in einer Fallbesprechung standardisiert werden?
3. Wie zeitaufwendig ist klinische medizinische Kinderschutzarbeit?
4. Wie hoch sind hierfür die Personalkosten?
5. Welche konkreten Tätigkeiten der unterschiedlichen Teammitglieder erfordern welche Zeitkontingente?
6. Wie muss sich die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern gestalten, um KWG in gemeinsamer Verantwortung abwenden zu können?
7. Welche Maßnahmen stellen eine ausreichende Qualifizierung der Netzwerkpartner sicher?
8. Auf welchen Wegen können Netzwerkpartner zur Qualifizierung gut erreicht werden.
9. Welche Wege können zur Etablierung der Finanzierung erfolgversprechend sein?

4.3 Material und Methoden

4.3.1 Methodik der Datenerfassung

Es fand eine klinikinterne Erhebung von Daten über die stationäre medizinische Kinderschutzarbeit statt. Zum einen erfolgte eine epidemiologische Analyse der Daten, zum anderen wurden alle Professionen einzeln erfasst, die für die Bearbeitung der stationären Fälle notwendig waren, inklusive deren genauer Tätigkeit und dem damit verbundenen exakten Zeitaufwand.

Dazu wurde eine standardisierte Dokumentation für Sozialpädagogen, Pflegekräfte, Ärzte und PPP erstellt, die sowohl unter der kinderschutzmedizinischen Fragestellung verwertbar, als auch im zeitlich eng getakteten Stationsalltag praktikabel ist.

Einschlusskriterium: alle vom 1.10.2018 bis 30.9.2019 über das klinikinterne Dokumentationssystem gestellten Kinderschutzkonsile.

Kooperationsvereinbarungen mit Jugendämtern wurden erarbeitet, miteinander diskutiert und geschlossen.

Sämtliche Schulungsmaßnahmen für Netzwerkpartner werden in Form und Zugang beschrieben, teilweise auch evaluiert.

Die Neugeborenen Intensiv-Station stellt strukturell bedingt in unserer Klinik einen Sonderfall dar. Da auf dieser Station der langjährig etablierte Sozialdienst belastete Familien intensiv betreut (einschließlich Früher Hilfen und Kontakten zum ASD), wurden diese Fälle nicht als Konsil an die Kinderschutzgruppe gestellt. Nur bei deutlichen Gefährdungsmomenten wurden die Fälle an uns übergeben. In anderen Kliniken können hier die Fallzahlen für die Kinderschutzgruppen deutlich höher liegen.

Um eine quantitative Auswertung durchführen zu können, musste der komplexe Aufgabenbereich des Kinderschutzes an der Kinderklinik in einzelne Tätigkeitsbereiche, sogenannte Teilprozesse, unterteilt werden. Diese werden in Folge mit einem durchschnittlichen Zeitkontingent hinterlegt, das sich aus den statistisch erhobenen Daten gewinnen ließ. Hierfür wurden für alle vier beteiligten Professionen die Zeiten erfasst, die sie innerhalb der einzelnen Kinderschutzfälle aufwendeten.

4.3.2 Strukturierte Anamnese- und Diagnosebögen

Im Rahmen der Diagnostik durch die verschiedenen Professionen werden unterschiedliche unten aufgeführte strukturierte Anamnese- und Diagnosebögen verwendet.

Die Anamnese, Befunderhebungs- und Beobachtungsbögen als Messinstrumente sind zum Teil selbst entwickelt oder in Anlehnung an die erarbeiteten Materialien der DG KiM entstanden. Diese befinden sich im Anhang zur Einsicht oder können beim Verfasser angefragt werden.

- Kinderschutzmedizin
 - o Allgemeiner Aufnahmebogen
 - o Dokumentationsschema Verletzungen

- o Telefonprotokoll
- o Aufenthaltsbedingungen
- o Fallbesprechung
- o Fallkonferenz
- Pflege
 - o Beaufsichtigungsprotokoll
 - o Besuchsprotokoll
 - o Risiko- Checkliste für die Pflege
 - o Anleitung Handhabung Beobachtungsbögen für Pflege durch Kinderschutzteam Pflege
- Sozialpädagogik
 - o Sozialanamnese- und Risikoscreening
 - o Genogramm
 - o Ressourcenkarte
 - o Netzwerklandkarte
 - o Tabelle „Datenerhebung Kinderschutz“
- PPP
 - o ICD-10
 - o Zero to three. Diagnostische Klassifikation: 0-3
 - o Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie: Leitlinie
 - o Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen

Für die gemeinsame Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung wird der spezielle Dokumentationsbogen **„Fallbesprechung bei Verdacht auf KWG“** verwendet. Auf diesem wird die Einschätzung jeder Profession bezüglich einer möglichen oder bestehenden KWG auf einer Skala von 0 bis 5 (keine KWG – sehr hohes KWG Risiko) mit Begründung festgehalten. Nach einer Diskussion der Befunde und Einschätzungen wird anhand dieser Skalierung von 1 -5 (s.o.) eine Gesamteinschätzung abgegeben. Diese erfolgt ebenfalls mit Begründung. Informationen wie Kinderarzt und zuständiges Jugendamt werden festgehalten. Noch ausstehende Handlungsschritte können dokumentiert werden.

Die KWG wurde zunächst gemäß der Leitlinie der DG KiM (2011) in fünf Formen untergliedert:

- Körperliche Gewalt
- Körperliche Vernachlässigung
- Seelische Gewalt
- Seelische Vernachlässigung
- Sexualisierte Gewalt

Nach der Datenerfassung wurde die Einordnung der KWG an den Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte des StMAS (2012) angepasst. Die Unterscheidung seelische Vernachlässigung - seelische Gewalt war in der Praxis nicht scharf trennbar, weshalb es

nicht sinnvoll war diese weiter vorzunehmen. Hier wird die KWG ebenfalls in fünf Bereiche gegliedert:

- Körperliche Gewalt
- Sexualisierte Gewalt
- Seelische Gewalt
- Vernachlässigung
- Sonstiges (z. B. Münchhausen by Proxy Syndrom)

Die Anamnese-, Befunderhebungs- und Beobachtungsbögen wurden und werden prozesshaft an die Bedarfe der klinikinternen Zusammenarbeit angepasst. Wir sehen diese noch nicht als abgeschlossen an. Im täglichen Gebrauch und mit zunehmender Erfahrung zeigte sich, dass die erstellten Tools noch weiter optimiert werden konnten und können.

Für die statistische Datenerhebung wurden alle für die Auswertung relevanten sozianamnestischen Daten der 109 KSG Fälle in eine Excel Tabelle überführt und grafisch ausgewertet.

4.3.3 Strukturierte Feedbackbögen im Rahmen der Qualifizierung der Netzwerkpartner als qualitative Methode

Netzwerkpartner wurden vor Ort geschult zu propädeutischer Kinderschutzmedizin sowie der intersektoralen Zusammenarbeit. Darüber hinaus wurden nach den Qualifizierungsangeboten Feedbackbögen zu einer ersten Beurteilung durch die Nutzer eingesetzt. Während der Veranstaltungen wurden darüber hinaus auch weitere qualitative Methoden wie offene Feedbackrunden durchgeführt.

4.3.3.1 Feedbackbogen zur Zusammenarbeit der Kinderschutzgruppe mit dem Jugendamt

Die ungekennzeichneten Fragebögen wurden mit einem Anschreiben versehen an die jeweils fallverantwortlichen Mitarbeiter gesendet mit der Bitte um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens. Der Anonymität wurde Rechnung getragen, indem die Fragebogenzuordnung über eine Verschlüsselung organisiert wurde. Im Zeitraum der Datenerhebung vom 01.10.2018 bis 30.09.2019 hatten wir einen Rücklauf von 42 ausgefüllten Fragebögen.

4.3.3.2 Feedbackbogen zur Kinderschutzschulung für MFA

Der Feedbackbogen „Evaluation interaktive MFA Schulung zum Thema "Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz im Alltag" ist mit einem Anschreiben versehen, in dem erklärt wird, dass der Fragebogen der Evaluation und der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit dient, anonym ist und für eine interne statistische Erhebung verwendet wird.

Der Fragebogen gliedert sich in drei Blöcke:

- Thematik
- Schulung
- Fragen zur Arbeitsstelle

4.3.3.3 Feedbackbogen zur Schulung der Mitarbeiter im Rettungsdienst

Dieser Feedbackbogen „Evaluation Kinderschutz im Rettungsdienst“ ist bis auf den Titel und den dritten Block identisch mit dem Feedbackbogen Evaluation interaktive MFA Schulung.

4.3.3.4 Feedbackbogen zur Schulung der KiTa Fachkräfte

Dieser Feedbackbogen „Evaluation Kinderschutz im beruflichen Alltag der KiTa Fachkräfte“ ist bis auf den Titel und den dritten Block ebenfalls identisch mit dem Feedbackbogen Evaluation interaktive MFA Schulung. Die Schulung erfolgte in enger Kooperation mit dem Jugendamt.

4.3.4 Fragebogen zur Arbeitsweise, Finanzierung und Erwartungen der KSGen bayernweit

Der Fragebogen wurde an alle KSG Gruppen bayernweit verschickt mit der Bitte diesen auszufüllen und wieder an KiS-Med zurück zu senden.

In einem Anschreiben wurde der Hintergrund der Datenerhebung erläutert und an die Bereitschaft zur Teilnahme appelliert. Auf dem Fragebogen ist ersichtlich, dass er sich an die Kinderschutzgruppen wendet. Im Fokus stehen die Arbeitsweise, die Finanzierung und die Erwartungen der KSG in Bayern.

4.3.5 Zeiterfassung als quantitative Methode

Hierfür wurde der zeitliche Aufwand der unterschiedlichen Professionen für alle im Erfassungszeitraum gestellten 109 KSG – Konsile dokumentiert.

Ab Beginn einer Konsilstellung wurden jeweils nach den Patientenkontakten auf einem standardisierten Formular „Dokumentation zur multiprofessionellen Zusammenarbeit“ die Zeiten für jede beteiligte Profession dokumentiert.

Es wurden alle Zeiten erfasst, die in Zusammenhang mit dem jeweiligen Patienten aufgewendet worden sind. Für die Datenauswertung wurden Kategorien gebildet, die wie folgt gegliedert sind.

Arzt:

- Patientenkontakt/Angehörigenkontakt inklusive Dokumentation
- Besprechungen intern inklusive Dokumentation
- Besprechungen extern inklusive Dokumentation
- Arztbrief, Berichte

Pflege:

- Allgemeine Pflege inklusive Dokumentation
- Interaktionsbeobachtung inklusive Dokumentation
- Elternanleitung inklusive Dokumentation
- Besprechungen inklusive Dokumentation

Sozialpädagogen:

- Patientenkontakt/Angehörigenkontakt inklusive Dokumentation
- Besprechungen intern inklusive Dokumentation

- Besprechungen extern inklusive Dokumentation

Um eine Relation zwischen dem zeitlichen Aufwand eines Kinderschutzfalles im stationären Bereich und eines regulären Patienten herstellen zu können, wurden zudem die Zeiten der allgemeinen Pflege bei 20 Vergleichspatienten 2018/19 erhoben. Es wurden an zwei Tagen eine Auswahl der zu diesem Zeitpunkt stationären Patienten getroffen mit der Vorgabe 1-2 Patienten von jeder Station und mit unterschiedlichen, für die Abteilungen charakteristischen Krankheitsbildern zu erfassen. Die Zeiterfassung des pflegerischen Aufwandes erfolgte analog zur oben beschriebenen Vorgehensweise.

4.3.6 Prozessbeschreibungen

Um den Zeitaufwand für verschiedene Arbeitsschritte darstellen zu können wurden Prozessbeschreibungen erstellt. Die Idee hierzu ergab sich im Laufe des Projektes aus Analogien zu bereits vorhandenen Prozessabläufen in den Jugendämtern. Die Zeiten für die Teilprozesse wurden aus den erhobenen Zeitdaten extrahiert.

Teilprozesse im Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

- Der Teilprozess 1 **„Die Konsilstellung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“** aktiviert die Kinderschutzgruppe innerhalb der Klinik. In Zusammenhang mit der Entscheidung ein Konsil an die Kinderschutzgruppe zu stellen, stehen einige Aktivitäten, die dem vorausgehen. Hierzu muss den diensthabenden Ärzten oder Pflegefachkräften entweder bereits während der Aufnahmediagnostik oder im weiteren Verlauf auf Station etwas Anlass geboten haben, das den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung nahelegt.
- Der Teilprozess 2 **„Kinderschutzmedizinische Diagnostik“** umfasst je nach Indikation bestimmte diagnostische Verfahren.
- Teilprozess 3 **„Sozialpädagogische Diagnostik“** umfasst mehrere Ebenen. Sie besteht nicht nur auf einer reinen Sozialanamnese und Einschätzung der Risikofaktoren, sondern beinhaltet grundlegend die Compliance der Eltern zu ermöglichen und zu erhalten. Mit Einverständnis der Eltern wird ein bestehendes Helfersystem in den Lösungsfindungsprozess mit einbezogen bzw. gemeinsam mögliche familienunterstützende Maßnahmen in die Wege geleitet. Bei kürzeren Aufenthalten kommt es zu mindestens zwei Gesprächen mit den Erziehungsberechtigten und Patienten. Ansonsten hängt es von der Art der KWG, der Mitwirkungsbereitschaft, der Problemeinsicht, der Rolle der Eltern und der Aufenthaltsdauer ab, wie viele Gespräche notwendig und möglich sind. Das Verhalten der Eltern hat bis zur Entlassung Einfluss auf die Wahl der nächsten Schritte. Die Sozialanamnestische Diagnostik ist erst mit Ende des Klinikaufenthaltes des Kindes abgeschlossen.
- Teilprozess 4 **„Pflegebeobachtung“** findet über 24 Stunden am Tag statt. Die Pflegefachkräfte sind geschult in ihrer alltäglichen Arbeit mit den Patienten und den Eltern das Verhalten der Eltern und Kinder wahrzunehmen, der Interaktion zu beobachten und beschreibend in speziellen Dokumentationsbögen festzuhalten.
- Bei Teilprozess 5 **„Interaktionsbeobachtung“** geht es um die Beziehung des Kindes zu seinen Bezugspersonen. Diese kann gezielt, z. B. im Rahmen eines

einstündigen Kontaktes oder parallel zur pflegerischen Versorgung des Kindes durch geschultes Personal erfolgen.

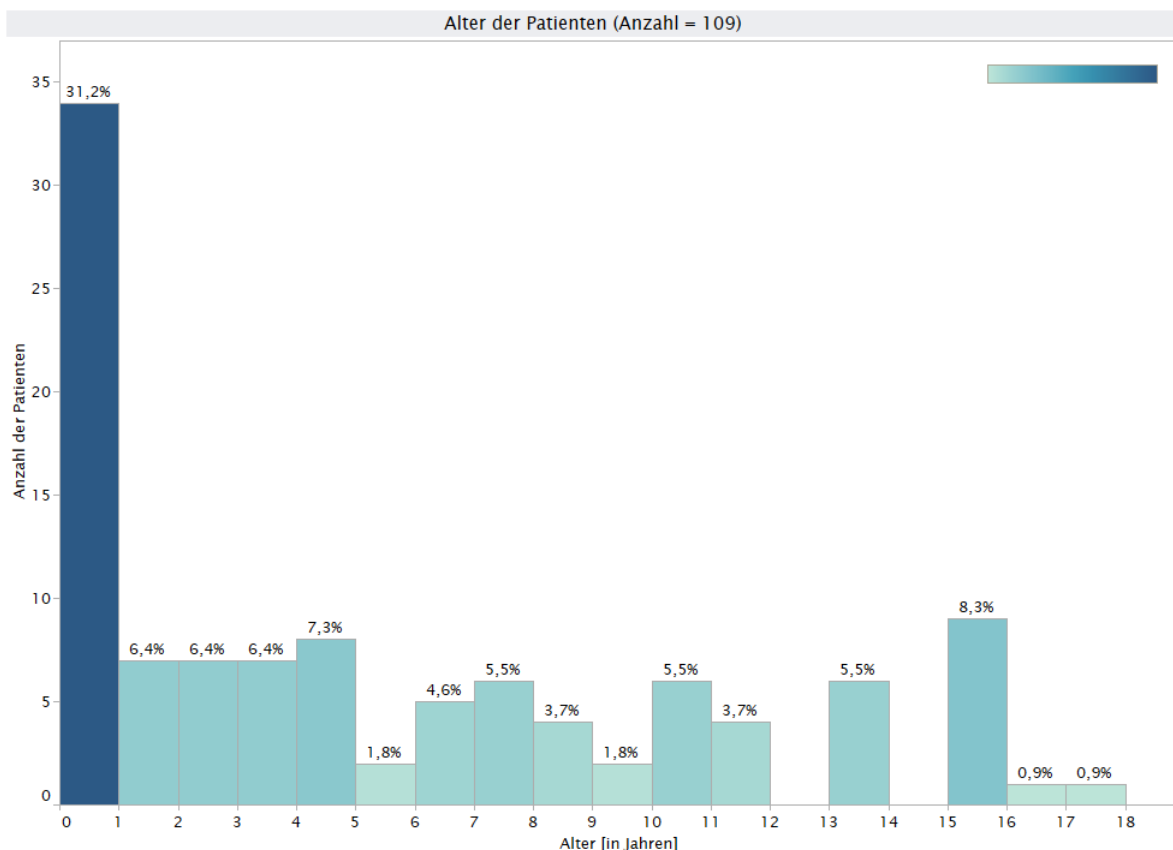
- Im Teilprozess 6 **„Psychiatrische/Psychologische/Psychotherapeutische Diagnostik“** wird eine mindestens einstündige Sitzung mit dem Patienten und/oder den Bezugspersonen durchgeführt und diese unter Kinderschutzaspekten evaluiert.
- Der Teilprozess 7 **„Fallbesprechung“** dient dem Zusammenführen der diagnostischen Teilergebnisse, einer differenzierten Beschreibung der Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Gefährdung sowie einer Gewichtung der Informationen durch jedes Teammitglied und dem Finden einer gemeinsamen Einschätzung. Weiter wird besprochen, wann und wie und mit welchem Ziel mit den Beteiligten über die Gefährdungseinschätzung gesprochen und für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen geworben wird, bzw. ob ein weiteres Vorgehen nach § 4 KKG nötig ist.
- Teilprozess 8 **„Meldung an das Jugendamt“** wird von einem Mitglied der Kinderschutzgruppe gemacht. Bevor die Meldung getätigt wird, findet nach der Fallbesprechung, entsprechend § 4 KKG und Art. 14 (6) GDVG noch einmal ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten statt, sofern der Schutz des Kindes hierdurch nicht gefährdet wird. Die Meldung kann vorab telefonisch erfolgen. Der Sachverhalt wird erörtert und die nächsten Schritte anhand der Bewertung der vorliegenden Informationen festgelegt.
- Im Teilprozess 9 **„Fallkonferenz“** wird neben den Eltern das gesamte Helfersystem innerhalb und, wenn möglich, außerhalb der Klinik, sowie der ASD des Jugendamtes hinzugezogen. Innerhalb dieses Rahmens werden alle medizinischen, sozialpädagogischen, pflegerischen und psychologischen/psychiatrischen/psychotherapeutischen Befunde mit den Eltern, dem Jugendamt und ggf. dem Helfersystem besprochen. Es findet eine gemeinsame Einschätzung der KWG und des Hilfebedarfs statt, so dass mit den Erziehungsberechtigten vor Ort die nächsten Schritte festgelegt werden können. Gegebenenfalls wird für das Kind durch das Jugendamt ein Schutzkonzept unter Einbeziehung der kinderschutzmedizinischen Empfehlungen erstellt.
- Teilprozess 10 **„Arztbriefschreibung“** dient der Information der weiterbehandelnden Ärzte. Dem regulären Arztbrief mit den medizinischen Befunden und Empfehlungen wird entweder ein Kinderschutzteil hinzugefügt oder ein gesonderte Arztbrief nur für das Jugendamt erstellt. In diesen werden die kinderschutzmedizinischen Befunde, die Erkenntnisse aus der sozialpädagogischen Diagnostik, der Pflegebeobachtung und den Erkenntnissen aus den zusätzlichen konsiliarisch hinzugezogenen Professionen zusammengefasst und die daraus resultierenden Empfehlungen der Kinderschutzgruppe sowie ggf. die Maßnahmen des Jugendamtes formuliert.

5 ERGEBNISSE DER AUSWERTUNG

Nachfolgend werden die Ergebnisse der statistischen Datenhebung zu den im Kinderkrankenhaus St. Marien betreuten Kinderschutzfällen dargestellt. Es wurden die im Zeitraum von Oktober 2018 bis Ende September 2019 bearbeiteten 109 Patientendatensätze ausgewertet.

5.1 Auswertung sozialanamnestischer Daten

Grafik 1: Altersverteilung der Patienten



Von den 109 Kinderschutzfällen hatten 31,2% der Patienten (34 Fälle) das 1. Lebensjahr noch nicht erreicht, im 2. und 3. Lebensjahr befanden sich jeweils 6,4% der Patienten (jeweils 7 Fälle). Zwischen 2. und 5. Lebensjahr findet sich eine relativ homogene Altersverteilung zwischen 6,4% und 7,3% (7 bis 8 Fälle) während die Altersverteilung zwischen 6. und 18. Lebensjahr zwischen 0,9% und 8,3% (1 bis 9 Fälle) schwankt. Im 13. bzw. 15. Lebensjahr wurden keine Patienten behandelt.

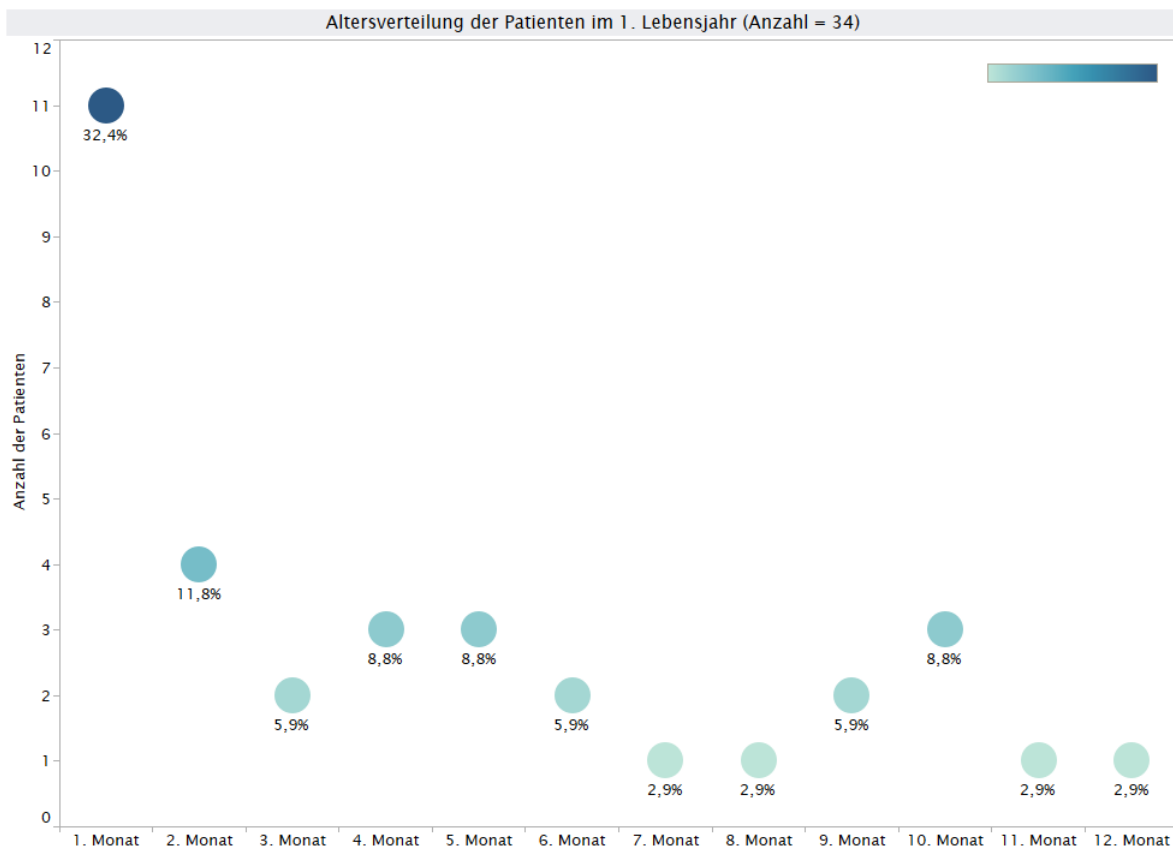
Über 30% der betreuten Patienten befand sich im 1. Lebensjahr. Die restlichen Altersgruppen bis zum 16. Lebensjahr verteilen sich relativ homogen über alle Altersklassen. Im 17. und 18. Lebensjahr wurde jeweils ein Jugendlicher behandelt.

Die hohe Fallzahl der Patienten im 1. Lebensjahr liegt u. a. an dem engen Netzwerk das für diese Zeit existiert. Aus einem frühen Kontakt der Familien sowohl mit dem Gesundheitswesen als auch mit der Jugendhilfe resultiert ein frühes Erkennen von Auffälligkeiten und der konsekutiven Abklärung derselben.

Des Weiteren besteht hier schon auch bei geringen Auffälligkeiten ein größerer Handlungsdruck, da die Kinder in diesem frühen Alter auf eine lückenlos zuverlässi-

ge Versorgung angewiesen sind und Abweichungen davon rasch gravierende Auswirkungen haben.

Grafik 2: Altersverteilung der Patienten im 1. Lebensjahr



Altersverteilung der Kinderschutzfälle <1 Jahr alt (Anzahl=34) gruppiert in Monatsintervallen vom 1. bis zum 12. Lebensmonat. Der hohe Anteil von 32,4% der Fälle (n=11) im 1. Lebensmonat ist durch die Gruppe der Neugeborenen bedingt. 50,1% der Kinder sind 3 Monate oder jünger.

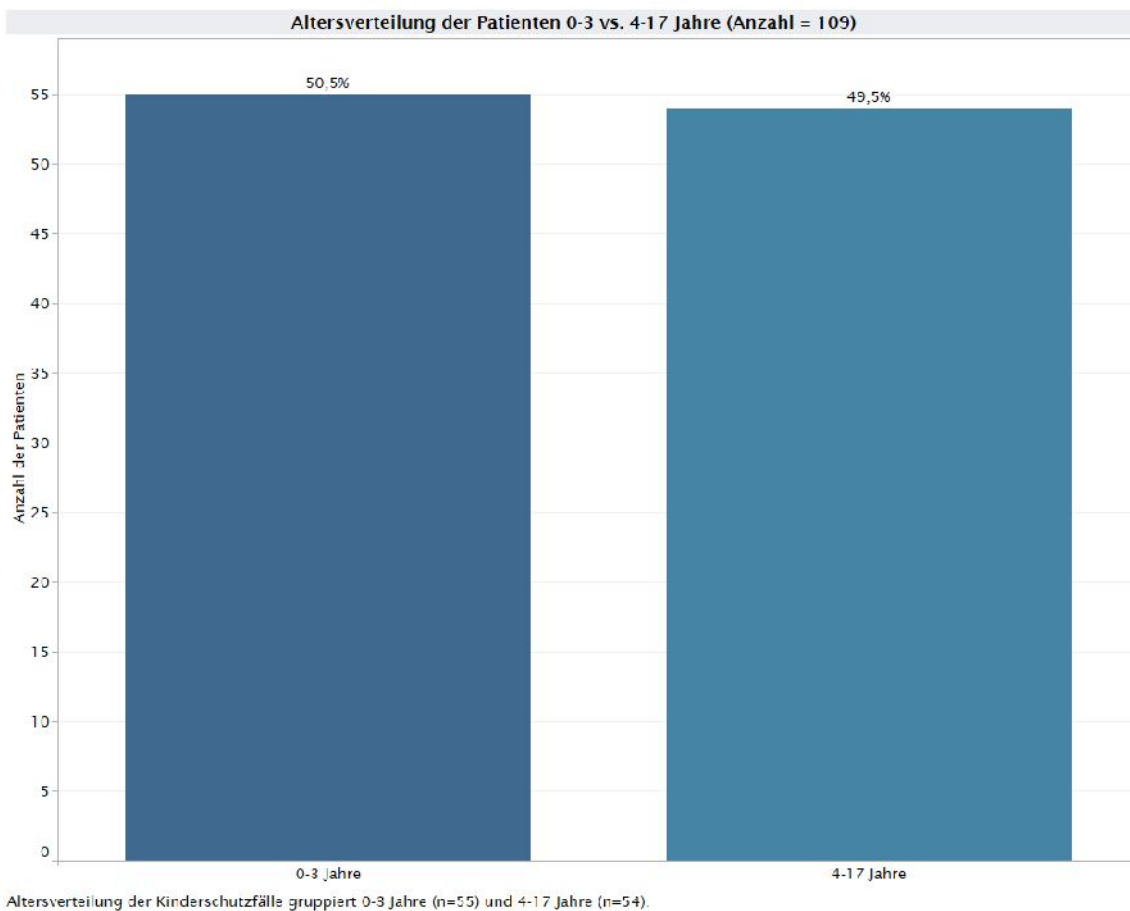
Betrachtet man die Altersverteilung innerhalb des 1. Lebensjahres zeigt sich, dass im ersten Monat mit über 30% die größte Patientengruppe behandelt wurden. Hierfür gibt es aus unserer Sicht zwei Hauptgründe:

- Präpartal bekannte Risikofaktoren führen zu einer erhöhten Sensibilität bzgl. einer genauen Abklärung (enger Grat zwischen Unterstützungsbedarf und Gefährdung).
- Hinweise auf Gefährdungen werden durch den um die Geburt engen Kontakt mit dem Gesundheitswesen früh wahrgenommen.

Eltern sind in dieser Lebensphase in der Regel besonders offen für unterstützende Maßnahmen und können gut ins Hilfesystem übergeleitet werden.

Kinder im Alter bis zu 2 Monaten werden ebenso häufiger betreut. Auch hier gilt eben Gesagtes, daneben könnten sich in dieser Zeit schon erste Auswirkungen auf das Kind bemerkbar und so eine medizinische Abklärung nötig machen. Die anderen Fälle sind in etwa gleichmäßig über das 1. Lebensjahr verteilt.

Grafik 3: Altersverteilung der Kinderschutzfälle



Betrachtet man die Altersgruppe der 0 bis 3-jährigen - entsprechend der Zielgruppe der Frühen Hilfen (KoKi) - zeigt sich, dass sie gut die Hälfte aller abzuklärenden Kinderschutzfälle ausmachen. Diese Altersgruppe ist aus verschiedenen Gründen stärker gefährdet und u. a. aufgrund der noch eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit diagnostisch komplexer.

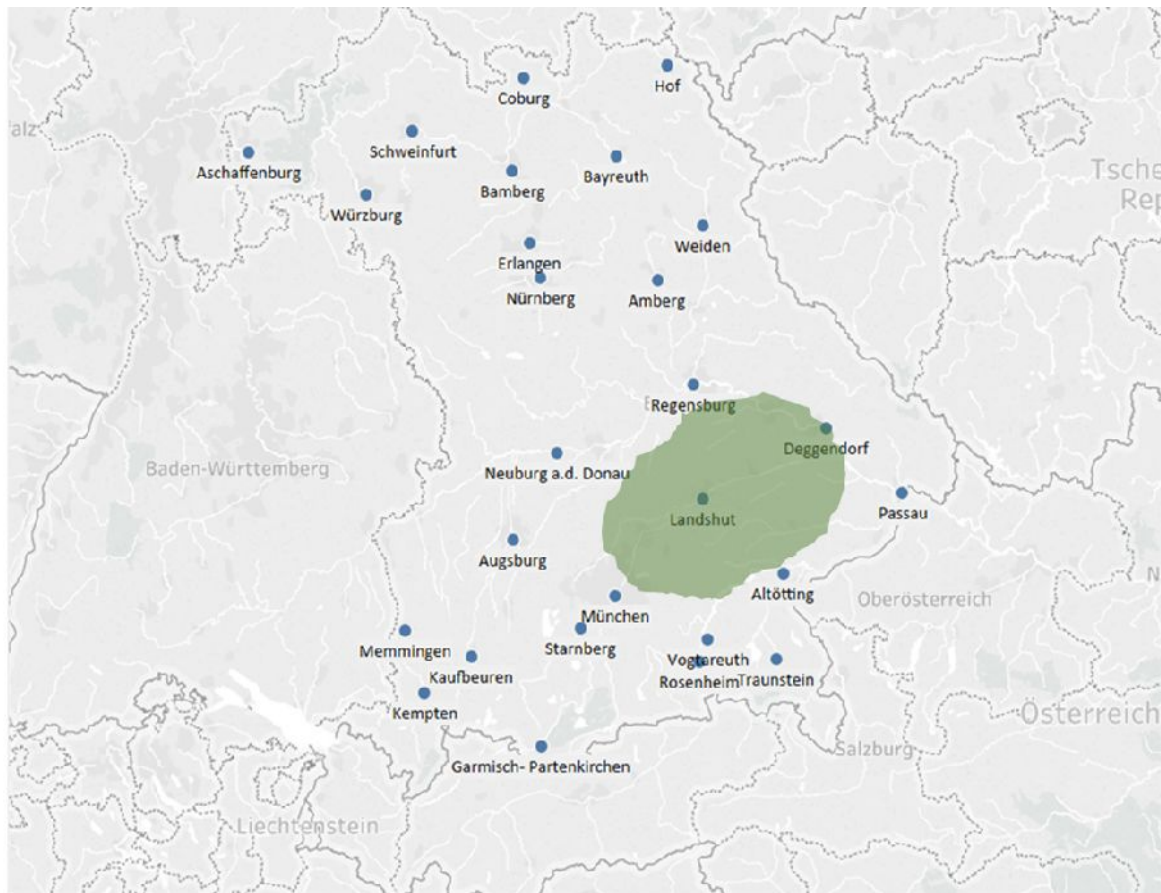
Grafik 4: Geschlechterverteilung



Geschlechterverteilung der Kinderschutzfälle zwischen Okt. 2018 und Sep. 2019. Das Geschlechterverhältnis ist nahezu ausgeglichen mit 46,8% männlichen Patienten (51 Fälle) und 52,2% weiblichen Patientinnen (58 Fälle).

Die Verteilung zwischen den Geschlechtern ist in unserer Patientengruppe homogen.

Grafik 5: Karte aller Kinderkrankenhäuser/ Kliniken mit pädiatrischen Abteilungen in Bayern

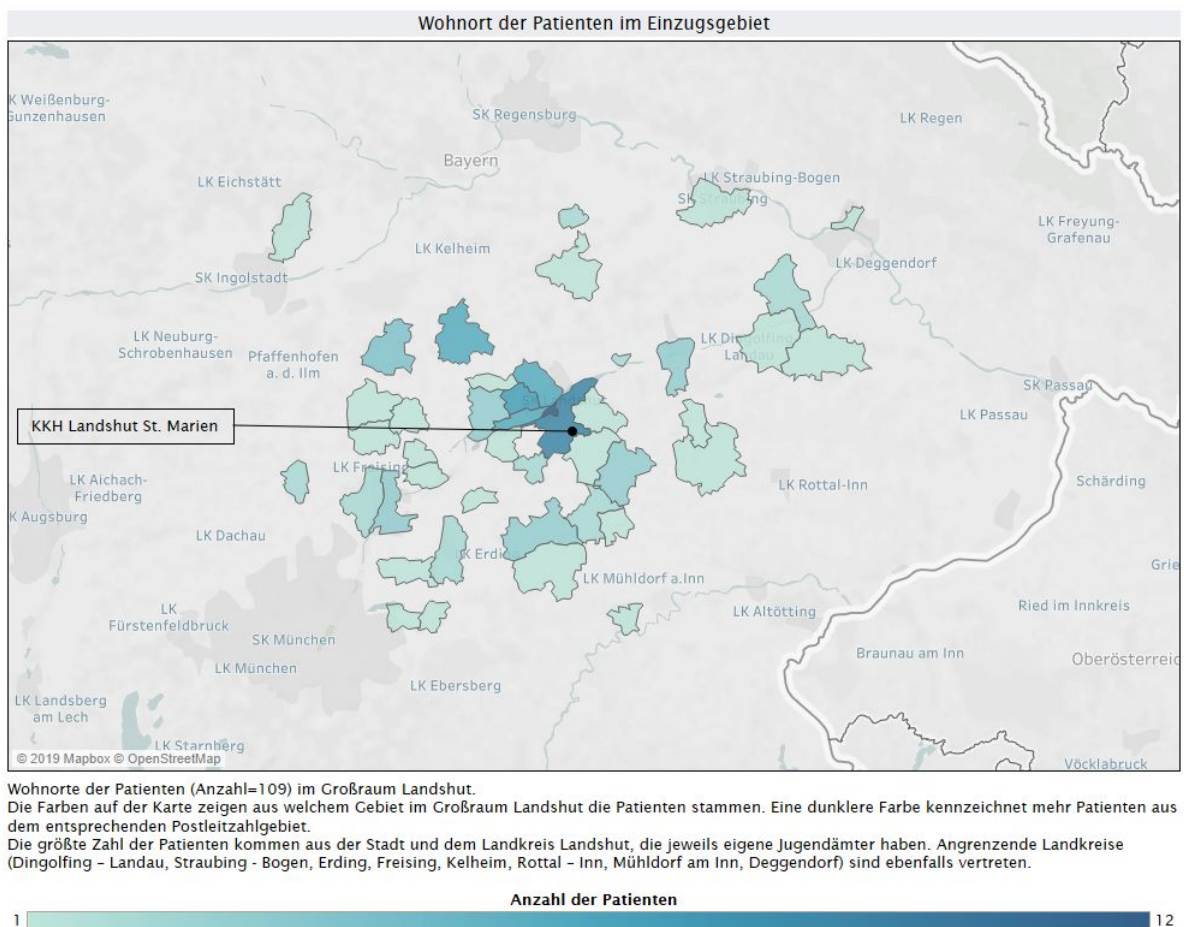


Übersicht über die Kinderkliniken, bzw. Kliniken mit pädiatrischen Abteilungen in Bayern, die Verortung der KSG in Landshut innerhalb Bayerns sowie das Einzugsgebiet (grün markiert), aus dem unsere Patienten kamen.

Das Einzugsgebiet der betreuten Kinder deckt ca. 8 % der Fläche Bayerns ab. Es reicht bis an die umgebenden größeren Städte Regensburg, Deggendorf, München und Altötting heran. Dies sind jeweils auch die Städte mit den nächstgelegenen Kinderkliniken. Alle diese Kliniken haben auch eine Kinderschutzgruppe.

Familien mit Kindern mit unklaren Verletzungen oder anderen Hinweisen auf eine Gefährdung suchen häufig verschiedene Kliniken und Ärzte auf, so dass mehrere Kliniken mit den gleichen Familien befasst sein können. Hierzu gibt es bislang keinen strukturierten Austausch. So waren einige Familien aus dem Randbereich unseres Einzugsgebietes vor ihrer Konsultation bei uns schon in anderen Kliniken vorstellig – und andersherum. Eine Vernetzung der KSGen der benachbarten Kliniken untereinander wäre wichtig, damit diese Patienten erkannt werden können. Hierzu gibt es bisher keine strukturelle Vernetzung.

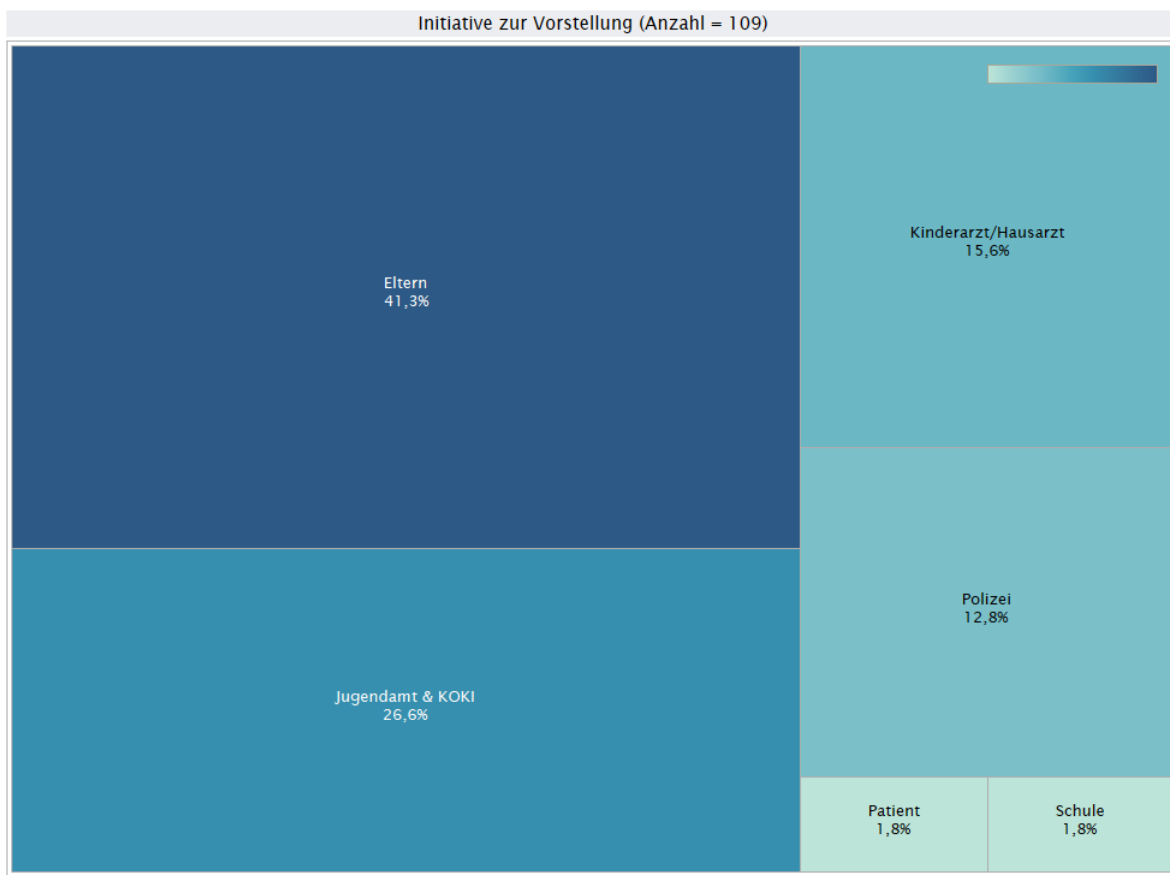
Grafik 6: Wohnort der Patienten im Einzugsgebiet



Die größte Zahl der Patienten kommt aus der Stadt und dem Landkreis Landshut, die jeweils eigene Jugendämter haben. Angrenzende Landkreise (Dingolfing – Landau, Straubing-Bogen, Erding, Freising, Kelheim, Deggendorf, Rottal – Inn, Mühldorf am Inn) sind allesamt auch vertreten. Vereinzelt kamen Patienten auch von außerhalb Bayerns.

Mit der Betreuung unserer Patienten im Berichtszeitraum waren 13 unterschiedliche Jugendämter betraut. Die Kliniken, insbesondere im ländlichen Raum, müssen sich auf eine große Zahl unterschiedlicher Ansprechpartner einstellen. Nur über Kooperationsvereinbarungen können hier personenunabhängige klare Strukturen installiert werden. Sie verbessern die Zusammenarbeit für Gesundheitswesen und Jugendhilfe und somit auch die Qualität und die Sicherheit, die in der Einschätzung einer KWG und den richtigen Folgemaßnahmen für die betroffenen Familien erreicht werden kann.

Grafik 7: Prozentuale Verteilung - Initiative zur Vorstellung



Mit 41,3% der Patienten erfolgte am häufigsten die Vorstellung durch die Eltern (45 Fälle), gefolgt von der Vorstellung durch das Jugendamt & KOKI mit 26,6% (29 Fälle). Annähernd gleich viele Patienten wurden durch Kinder- oder Hausarzt mit 15,6% (17 Fälle) oder Polizei mit 12,8% (14 Fälle) vorgestellt. Mit einem Anteil von 1,8% wurden 2 Patienten von der Schule vorgestellt. Ebenso viele Patienten kamen aus eigener Initiative.

In über 40 % aller Fälle wurden die Kinder von beiden Eltern oder einem Elternteil, dann meist der Mutter, in der Klinik vorgestellt.

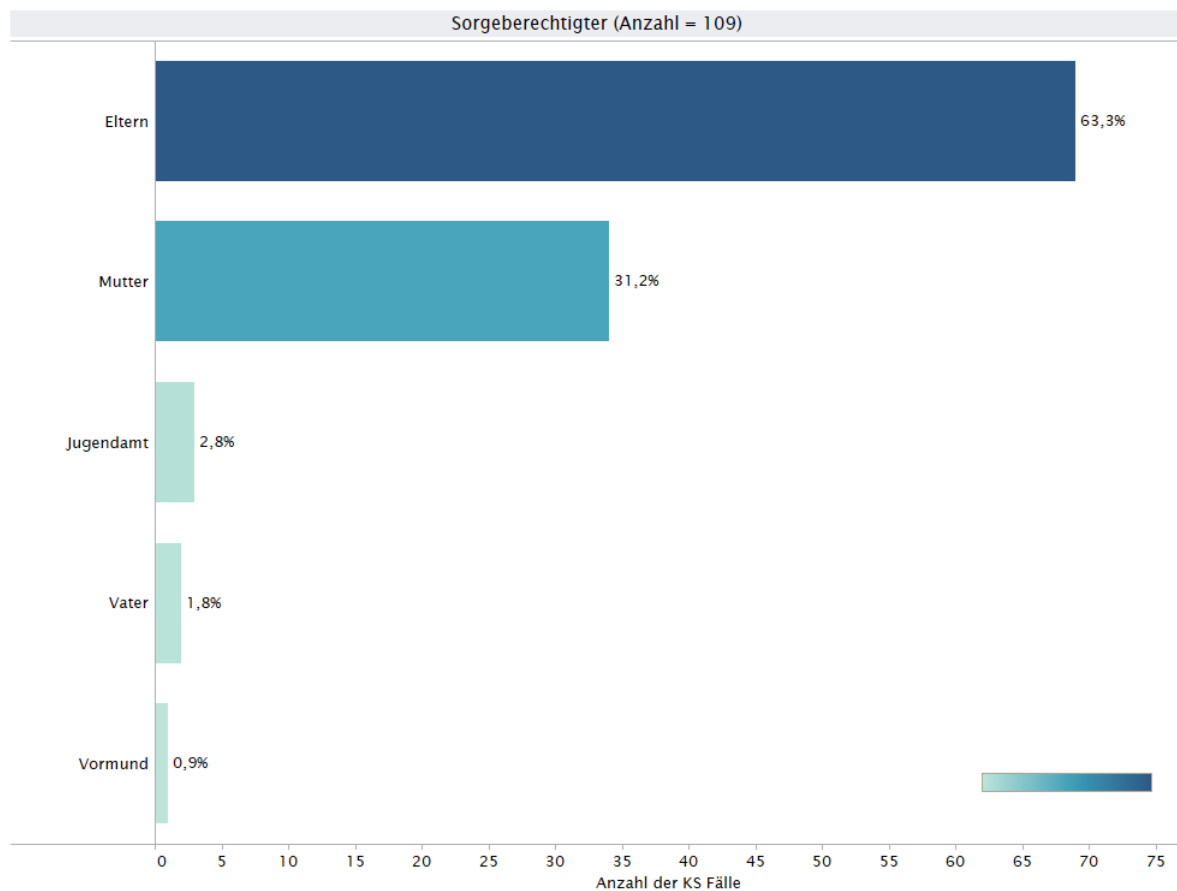
Mit rund 27 % war das Jugendamt (ASD bzw. KoKi) der zweithäufigste Kontaktvermittler. In unklaren Gefährdungssituationen wurden die Kinder von Jugendamtsmitarbeitern (ASD) begleitet. Im Bereich früher Hilfen erfolgten viele Kontaktabbahnungen über die KoKi, teilweise in Begleitung mit Familienkinderkrankenschwestern. Viele Eltern stellten ihre Kinder selbstständig nach Empfehlung, bzw. Aufforderung durch das Jugendamt vor.

Kinder- und Hausärzte wiesen die Kinder in knapp 16 % der Fälle ein. Häufig erfolgte hier vorab eine telefonische Ankündigung.

Die Kinder, die von der Polizei gebracht wurden (13 %), kamen aus eskalierten häuslichen Situationen, z. T. selber verletzt, z. T. als Zeugen häuslicher Gewalt oder wurden aushäusig mit nicht mehr zurechnungsfähigem Elternteil aufgefunden.

2 jugendliche Patienten suchten selbstständig die Klinik auf, 2 Kinder wurden von einer Lehrkraft direkt aus der Schule kommend begleitet.

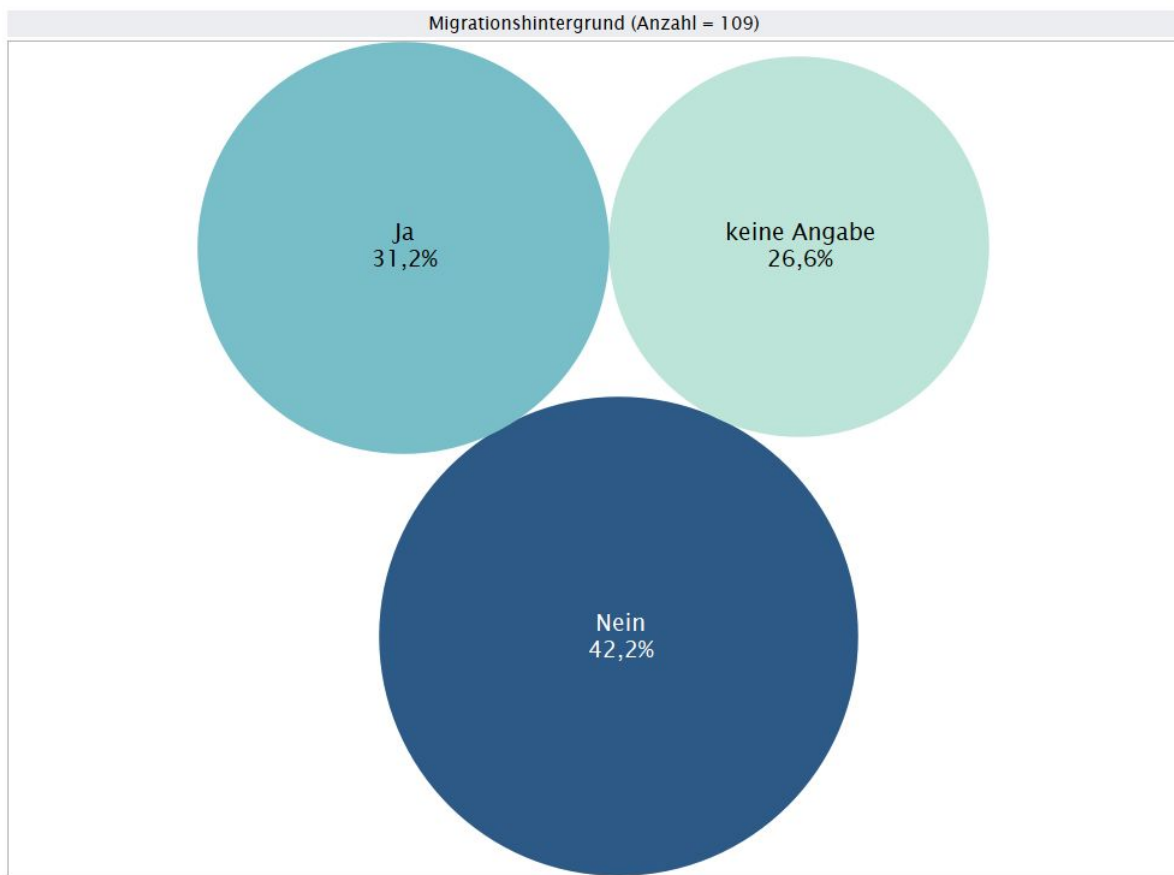
Grafik 8: Sorgeberechtigter



In 63,3% der Fälle (69 Patienten) besitzen beide Eltern das Sorgerecht, in 31,2% der Fälle (34 Patienten) nur die Mutter. Das Jugendamt hat das Sorgerecht in 2,8% der Fälle (3 Patienten), bei 1,8% der Fälle (2 Patienten) der Vater des Kindes und bei 0,9% der Fälle (1 Patient) ein gesetzlicher Vormund.

Das Sorgerecht für 63 % der Patienten lag bei beiden Eltern. In 31 % der Fälle hatte die Mutter alleiniges Sorgerecht, was häufig mit einem alleinerziehenden Status einherging. Väter hatte nur in 2 Fälle alleiniges Sorgerecht, beide waren alleinerziehend.

Grafik 9: Migrationshintergrund



Bei 31,2% der Patienten lag ein Migrationshintergrund der Patienten vor (34 Fälle) während in 42,2% kein Migrationshintergrund vorlag (46 Fälle). Der Migrationshintergrund wurde erst ab Jan. 2019 erhoben. Alle Patienten zwischen Okt. - Dez. 2018 sind daher mit "keine Angabe" gekennzeichnet (29 Fälle).

Im Laufe des Projektes wurde ab 01.01.2019 noch ein Merkmal in die Sozialanamnese der vorgestellten Kinder bei KWG mit aufgenommen: Der Migrationsstatus. Dadurch bezieht sich der Punkt „keine Angabe“ im Diagramm auf den Zeitraum Oktober-Dezember 2018, in welchem dieses Merkmal nicht abgefragt wurde.

31, 2 % unserer Patienten hatten einen Migrationshintergrund.

Grafik 10: Geschwisterkinder in Mitbehandlung



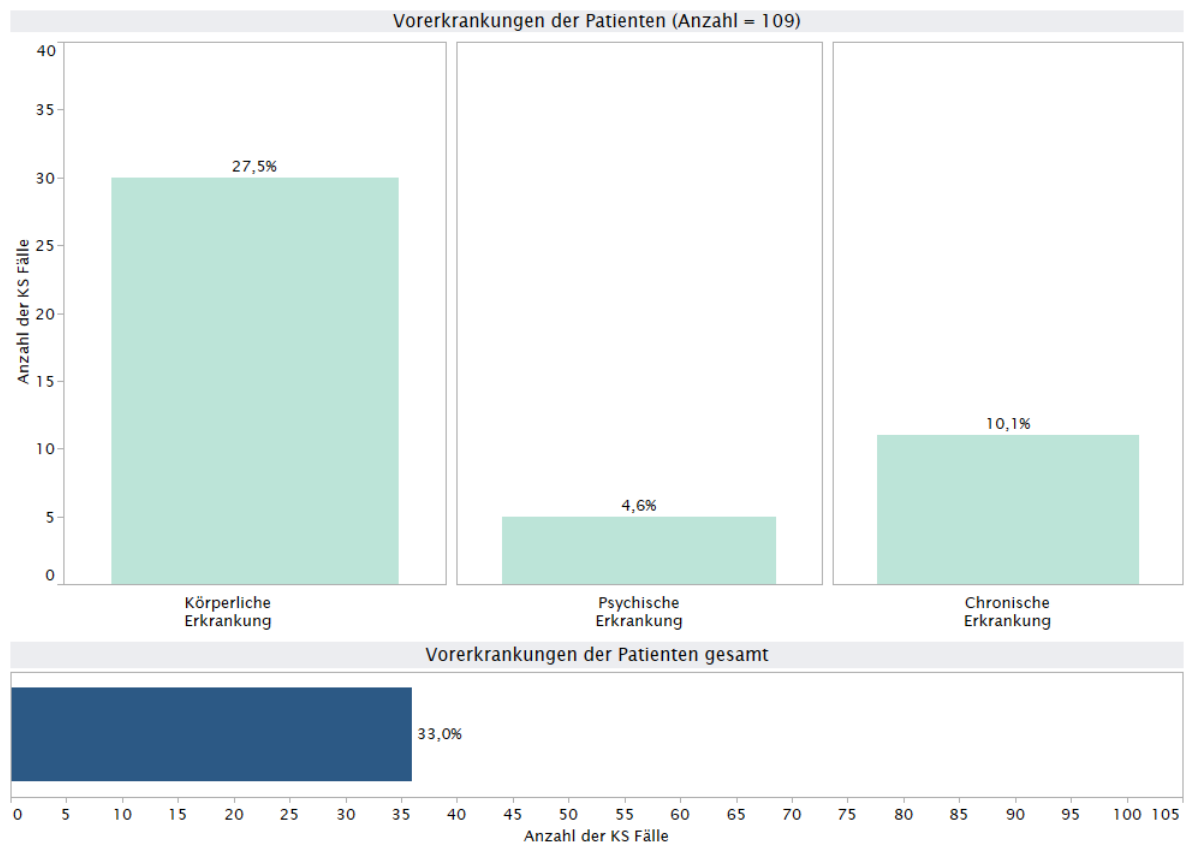
Mit 22,9% war in knapp einem Viertel der Fälle ein Geschwisterkind in stationärer Mitbehandlung (25 Fälle). Im Großteil der Fälle mit 77,1% wurde kein Geschwisterkind mitbehandelt (84 Fälle).

In gut 20 % der Fälle wurden auch Geschwisterkinder stationär mit betreut.

In allen diesen Fällen lag auch bei den Geschwisterkindern eine KWG vor. Meist war ein Kind am meisten betroffen, gefährdende Folgen (Vernachlässigung war in unseren Fällen immer dabei) waren aber auch bei den Geschwistern zu finden.

Wir empfehlen in allen Gefährdungsfällen auch die Geschwister ärztlich untersuchen zu lassen, wobei nicht alle von uns betreut wurden und wir teilweise keine Rückmeldung bekamen, ob dies erfolgt ist.

Grafik 11: Vorerkrankungen der Patienten



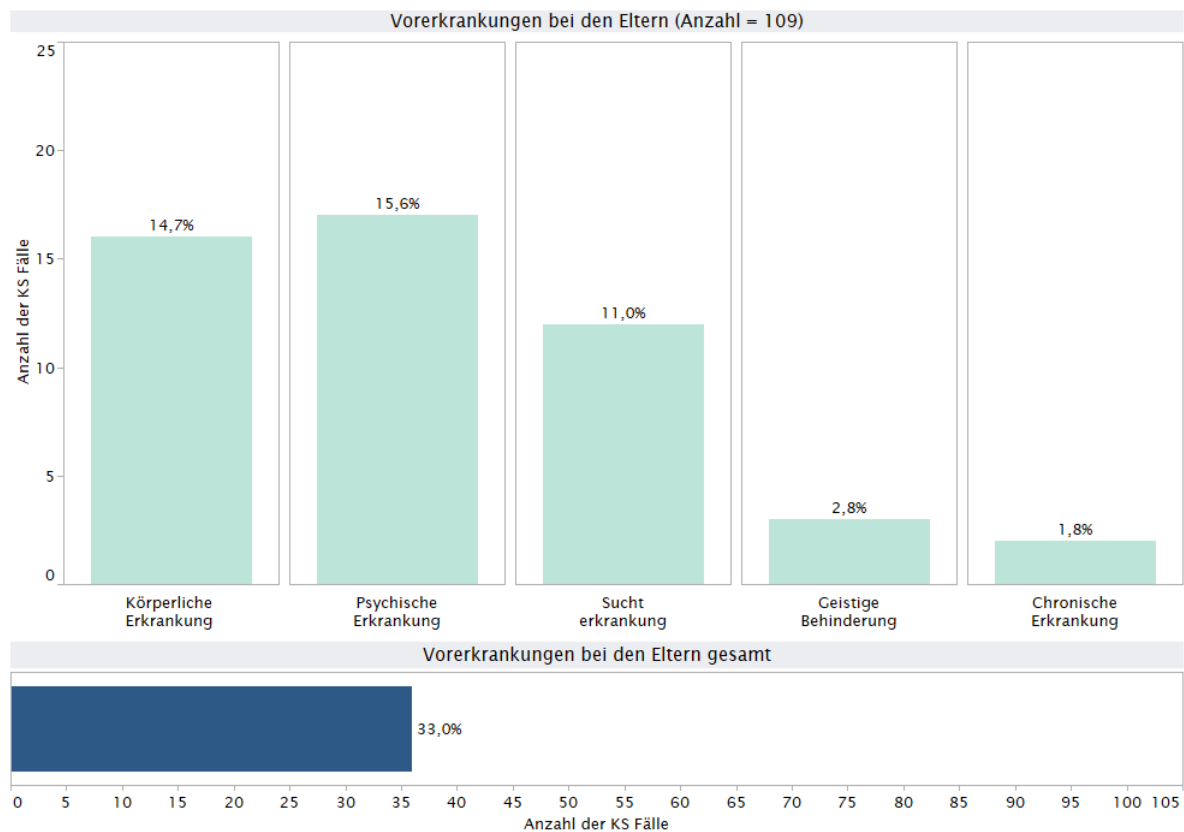
Insgesamt benennen 33,0% (36 Fälle) der Patienten ein oder mehrere Vorerkrankungen. Am häufigsten sind dabei körperliche Leiden mit 27,5% vertreten (30 Fälle), gefolgt von chronischen Erkrankungen mit 10,1% (11 Fälle) oder einer psychischen Erkrankung mit 4,6% (5 Fälle). Mehrfachantworten sind möglich.

33 % unserer Patienten hatten Vorerkrankungen. Davon waren 5 Kinder mit vordiagnostizierten psychischen Erkrankungen, 11 mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und 30 mit einer akuten körperlichen Erkrankung.

Im Durchschnitt der Bevölkerung wird von folgenden Zahlen ausgegangen (KIGGS, 2018):

- 16,9 % aller Kinder haben psychische Auffälligkeiten
- 21,2 % sind chronisch krank
- 12,3 % gesundheitsbedingt eingeschränkt
- 25,3 % chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt
- 2,5 % aller Kinder unter 18 Jahren sind schwerbehindert (destatis)

Grafik 12: Vorerkrankungen der Eltern



Insgesamt benennen 33,0% (36 Fälle) der KS Fälle ein oder mehrere Vorerkrankungen bei den Eltern. Am häufigsten sind dabei vorübergehende körperliche oder psychische Leiden mit 14,7% (16 Fälle) bzw. 15,6% (17 Fälle) vertreten, gefolgt von Suchterkrankungen mit 11,0% (12 Fälle), geistigen Behinderungen mit 2,8% (3 Fälle) oder chronischen Erkrankungen mit 1,8% (2 Fälle). Mehrfachantworten sind möglich. Die Informationen beruhen auf freiwilligen Selbstangaben.

Neben den Patienten wurden auch Angehörige zu Vorerkrankung befragt. Angaben zu Suchterkrankungen wurden häufig fremdanamnestisch erhoben.

Familiäre Erkrankungen bedingen häufig eine erhöhte Belastung des Familiensystems und ggf. einen erhöhten Unterstützungsbedarf mit genauem Blick auf das Kind. Insgesamt lagen bei 33 % unserer Patienten Vorerkrankungen in der Familie vor.

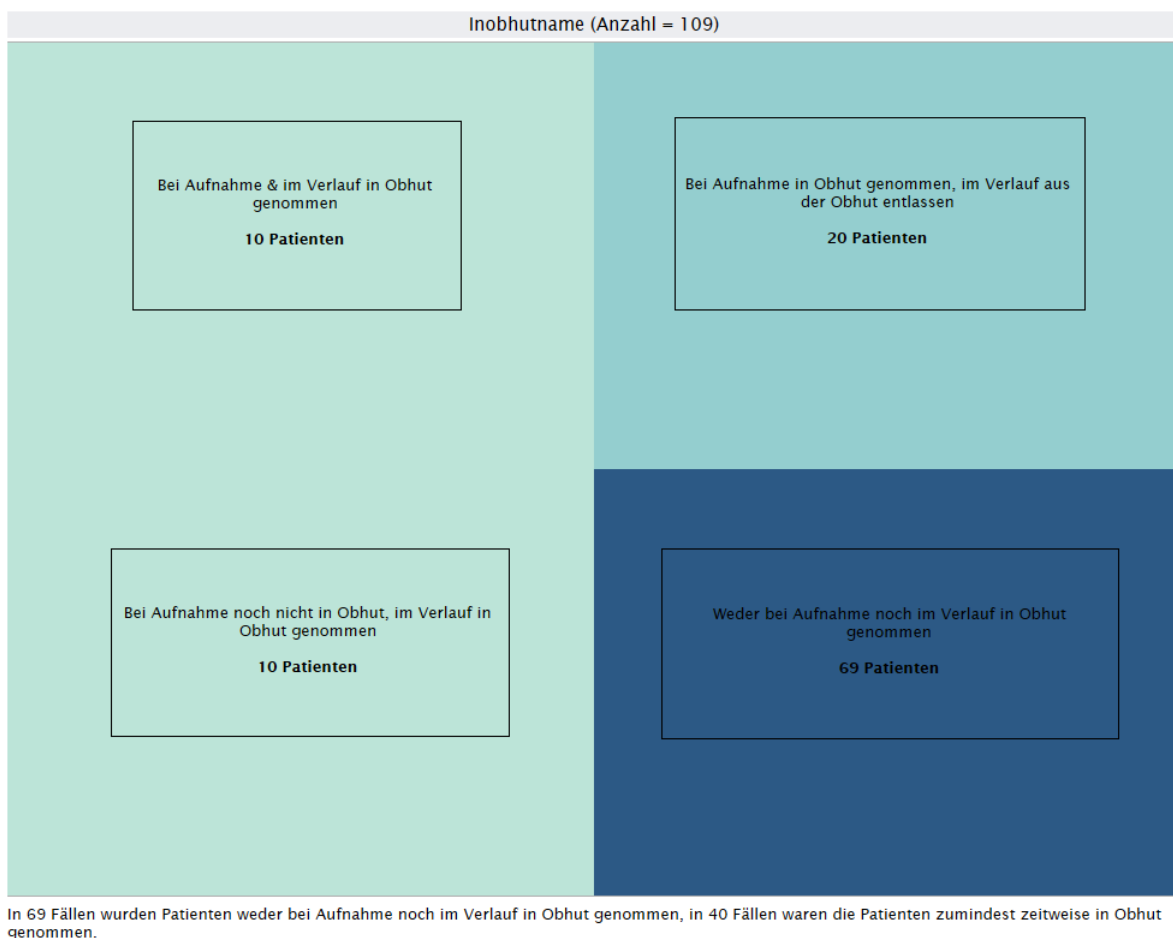
Insbesondere Suchterkrankungen (in unserer Erhebung 11 %) erhöhen das Risiko für eine Vernachlässigung und Misshandlung. Ca. 36 % der Erwachsenen, die mit Kinder in einem Haushalt leben, weisen einen riskanten Alkoholkonsum oder regelmäßiges Rauschtrinken auf (RKI 2016).

Die Gruppe der psychisch kranken Eltern ist in unserem Klientel etwas größer als diejenige mit körperlichen Erkrankungen. Wenn man bedenkt, dass alle Angaben auf Freiwilligkeit beruhen, muss man von einer höheren Dunkelziffer ausgehen. Angaben zum Vorkommen psychischer oder Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung liegen bei ca. 33 % 12 Monatsprävalenz (RKI 2013).

Statistiken zu Kindern mit suchtkranken oder psychisch kranken Erziehungspersonen sind aufgrund der definitiv vorhandenen Dunkelziffer unsicher. Im Leitfaden der DG KiM für präventiven Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

(unveröffentlicht, November 2020) wird von geschätzt 5 Mio. Kinder, die mit einem psychisch oder suchtkranken Elternteil aufwachsen, ausgegangen. "Während nur 2,3 % der Eltern ohne Suchtanzeichen Gewalt gegenüber dem Kind oder Vernachlässigung des Kindes berichten, liegt der Vergleichswert für Eltern mit Suchtanzeichen bei 12,3 % und ist somit fünfmal so hoch." (zitiert aus DG KiM Leitfaden für präventiven Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern).

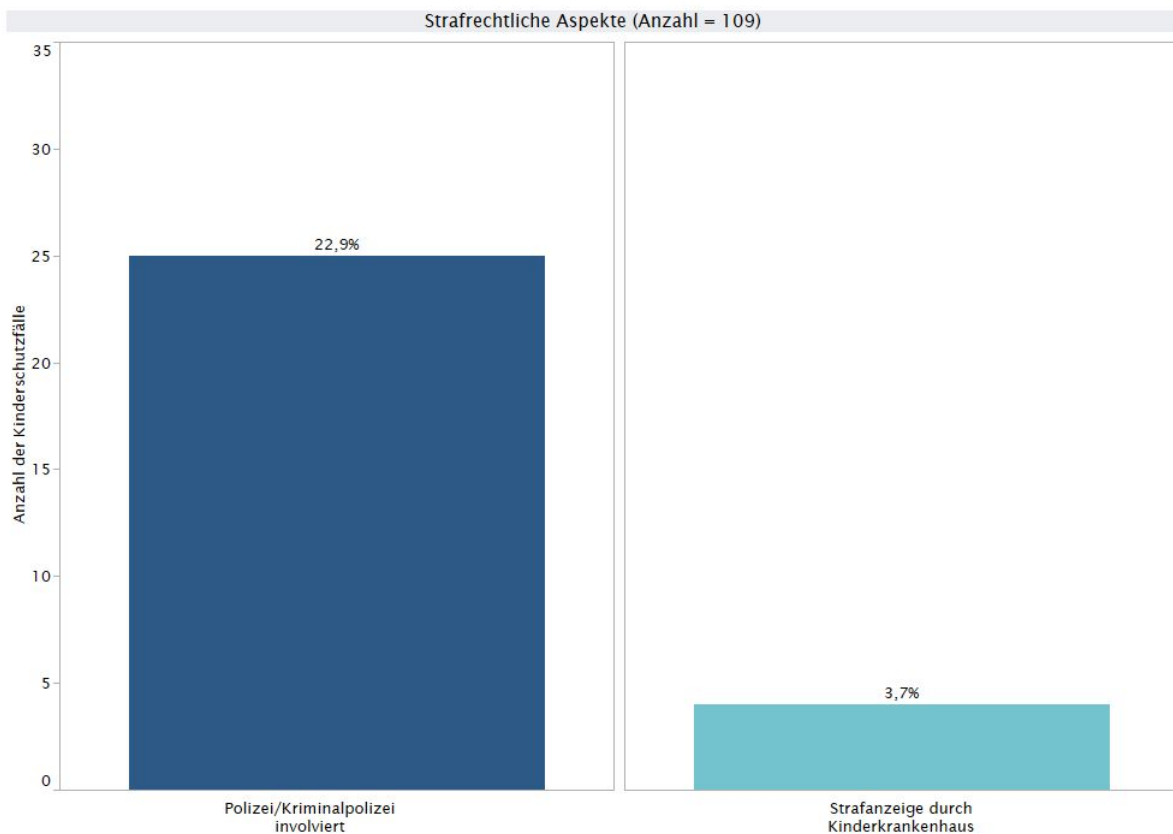
Grafik 13: In Obhutnahme



Von den 109 Kinder waren 30 bereits bei Aufnahme aufgrund einer Gefährdungsmeldung in Obhut genommen. Von den 79 Kindern, die bei Aufnahme nicht in Obhut genommen waren, wurden 10 im Verlauf in Obhut genommen.

Diese Zahl korreliert nicht mit dem Maß der Kindeswohlgefährdung oder der Anzahl der Kinder, die mit Betreuung durch das Jugendamt entlassen wurden (n=88). Die relativ niedrige Zahl der Inobhutnahmen im Vergleich zu den gefundenen Gefährdungen spiegelt die große Anstrengung wieder, in Kooperation mit den Eltern zu arbeiten. Durch die intensive Elternarbeit während des stationären Aufenthaltes und dem meist guten Vertrauen ins Gesundheitssystem konnten Widerstände reduziert und die Basis für eine positive Wahrnehmung der häufig für das Familiensystem einschneidenden Maßnahmen gelegt werden.

Grafik 14: Strafrechtliche Aspekte



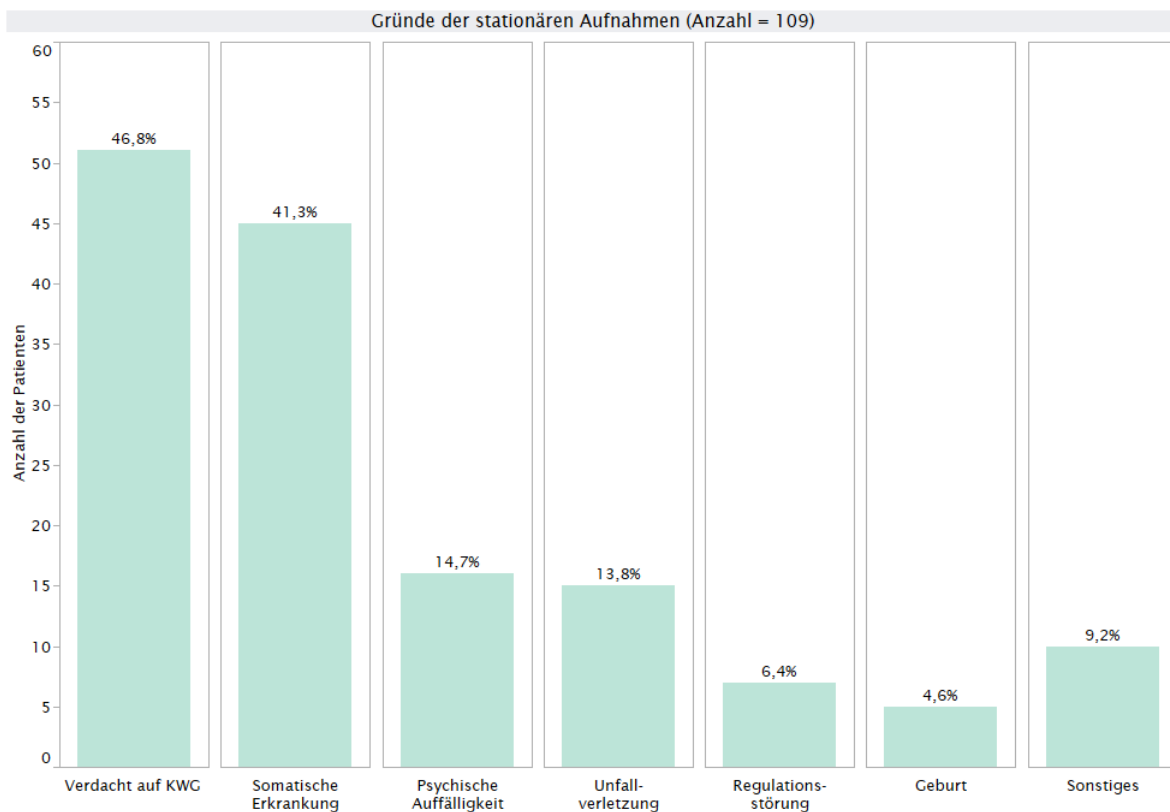
Bei 22,9% (25 Fälle) der Patienten war die Polizei größtenteils schon vorher involviert. Bei 3,7% (4 Fälle) der Patienten wurde Strafanzeige durch das Kinderkrankenhaus gestellt.

In 25 Fällen war die Polizei in irgendeiner Form in den Ablauf involviert.

Von uns wurde nur in einem einzigen Fall, hier auch auf Wunsch der Mutter, Anzeige erstattet. Von im Vorfeld schon aufgenommenen strafrechtlichen Ermittlungen wissen wir in 8 Fällen.

Die Grundlagen auf denen KSGen die Entscheidung treffen, ob sie Anzeige erstatten oder nicht ist nicht gut validiert. Wir haben dazu einige Entscheidungskriterien als zu beantwortende Fragen am Ende der Fallbesprechungen konzipiert (siehe Anlage Fallbesprechung).

Grafik 15: Gründe der stationären Aufnahmen



Bei 46,8% der Patienten (51 Fälle) lag Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung vor. 41,3% (45 Fälle) kamen aufgrund einer somatischen Erkrankung, 14,7% (16 Fälle) aufgrund einer psychischen Auffälligkeit, 13,8% (15 Fälle) aufgrund einer Unfallverletzung und 6,4% (7 Fälle) aufgrund einer Regulationsstörung in das Kinderkrankenhaus. Bei 4,6% (5 Fälle) war die Geburt Anlass für die Aufnahme. 9,2% (10 Fälle) der Aufnahmen konnten nicht einer der vorhin genannten Kategorien zugeordnet werden. Mehrfachnennungen sind möglich.

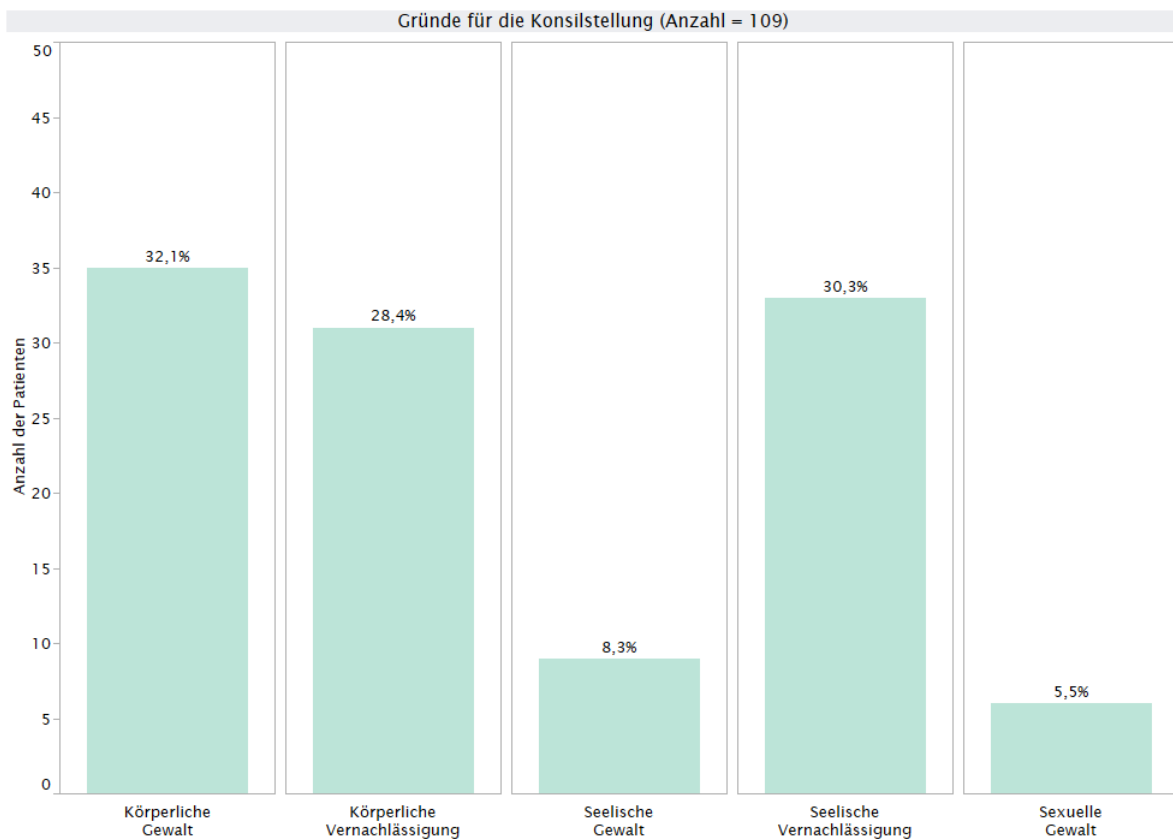
Nur in knapp 50 % der Konsile war der Verdacht auf eine KWG schon der Grund zur Aufnahme.

Das bedeutet, dass sich in gut 50 % der Fälle Anzeichen für eine Gefährdung erst während der stationären Betreuung ergaben. Hierin sieht man anschaulich die große Bedeutung eines klinischen Aufenthaltes für das Erkennen einer Gefährdung oder einer besonderen familiären Belastungssituation.

Die Gründe hierfür sind: Belastungen und ggf. deren Dekompensation werden in der zusätzlichen Stresssituation eines stationären Aufenthaltes offensichtlich. Schädigende Verhaltensweisen von Eltern werden im Stationsalltag sichtbar. Zunächst als „Unfall“ benannte Verletzungen werden durch medizinische Diagnostik als Miss-handlung erkannt.

Eine wichtige Rolle in all diesen Fällen spielt auch die hohe Akzeptanz des Gesundheitswesens als Hilfe gebende Institution. Bewusste oder unbewusste Wünsche nach Veränderung und Hilfe werden direkt oder indirekt geäußert. Durch das besondere setting in der Klinik und die zeitnahe, enge Zusammenarbeit mit den Eltern werden die angebotenen Hilfen eher angenommen.

Grafik 16: Gründe für die Konsilstellung

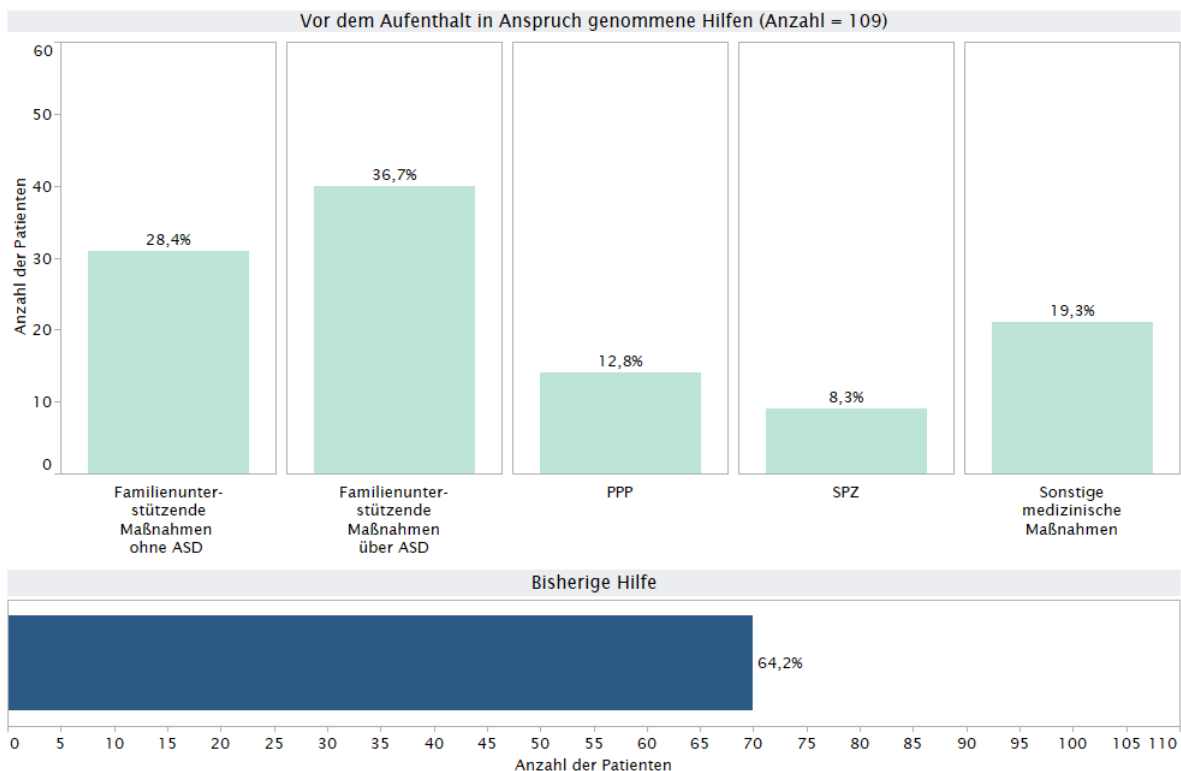


Bei 32,1% der Patienten (35 Fälle) war körperliche Gewalt, bei 28,4% (31 Fälle) körperliche Vernachlässigung, 8,3% (9 Fälle) seelische Gewalt, 30,3% (33 Fälle) seelische Vernachlässigung und 5,5% (6 Fälle) sexuelle Gewalt Anlass für eine Konsilstellung. Mehrfachnennungen sind möglich. Gründe für Konsilstellungen wurden erst ab Jan. 2019 erhoben. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil an allen Patienten.

Der primäre Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung bestand in 32,1 % der Fälle in körperlichen Auffälligkeiten und fast im gleichen Prozentsatz zu körperlicher und seelischer Vernachlässigung. Seelische Gewalt und sexualisierte Gewalt waren wesentlich selten der Grund für eine Konsilstellung.

Die Häufigkeit aller Gewaltformen war nach Abschluss der Diagnostik höher. Seelische Gewalt steigt um 155 %, seelische Vernachlässigung um 42 %. Diese treten sehr häufig erst in der Diagnostik/stationären Beobachtung, oft als Begleitform zu anderen Misshandlungsarten, zutage. Gerade hier ist es wichtig, dass pflegerisches und ärztliches Personal ausreichend geschult sind, um diese Formen zu erkennen und einer fachärztlichen Diagnostik zuzuführen.

Grafik 17: Vor dem Aufenthalt in Anspruch genommene Hilfen



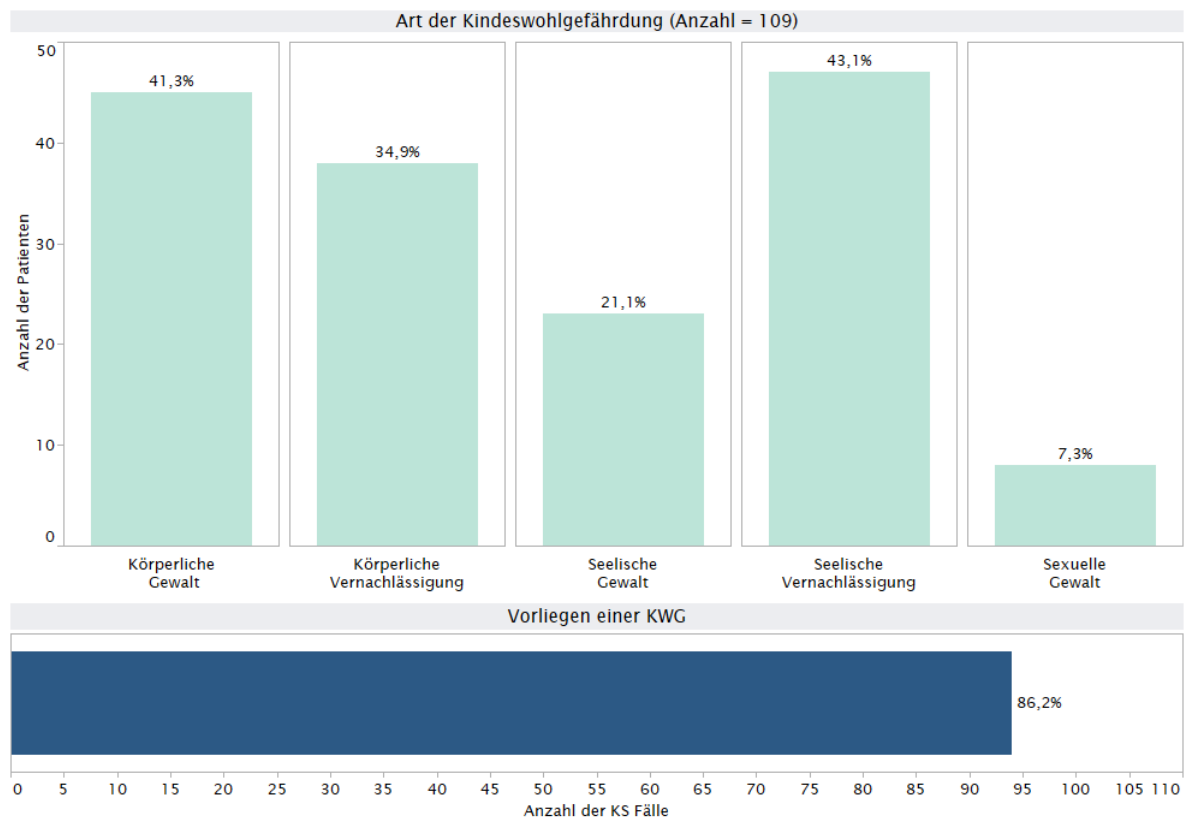
Anteil der Kinderschutzfälle, die bereits vor ihrem stationären Aufenthalt Kontakt zum Gesundheitssystem hatten, der über die Regelversorgung hinausgeht.
 28,4% (31 Fälle) erhielten bereits familienunterstützende Maßnahmen wie KOKI, Erziehungsberatung, etc., hier mit Hilfen ohne ASD gekennzeichnet. Von 36,7% (40 Fälle) wurden bereits Hilfen über das Jugendamt in Anspruch genommen [Hilfen über ASD]. 12,8% (14 Fälle) wurden bereits an PPP angebunden. 8,3% (9 Fälle) waren bereits an das SPZ angebunden. 19,3% (21 Fälle) nahmen sonstige medizinische Maßnahmen in Anspruch.

Gut 40 % unserer Patienten hatte schon vor der Aufnahme Kontakt zum Gesundheitswesen, der über die Regelversorgung beim Kinder- oder Hausarzt hinausging. Diese Kontakte können ein guter Wahrnehmungsort für besondere Belastungen sein. Hierfür ist wichtig, dass der Blick auf das Kind und das Familiensystem gut geschult ist sowie allen Akteuren die richtigen Handlungsschritte sowie lokale Beratungsmöglichkeiten und Netzwerkstrukturen bekannt sind.

SPZs leisten mit ihren Strukturen einen wichtigen Beitrag zur Prävention, besonders hier finden sich viele Familien mit besonderen Belastungen. Es ist wichtig, die Grenzen der ambulanten Diagnosemöglichkeiten einer KWG zu erkennen und ggf. eine stationäre Abklärung einzuleiten. Dies gilt insbesondere, wenn trotz Durchführung der üblichen Maßnahmen keine Befund- bzw. Verhaltensänderung zu erkennen ist. Gerade im Säuglings- und Kleinkindalter verstreicht sonst wertvolle Zeit, um nach genauerer Diagnostik und Beobachtung der Familieninteraktion hilfreiche Maßnahmen zu initiieren.

65 % unserer Patienten haben schon im Vorfeld Kontakt zum Jugendamt (ASD oder KoKi) gehabt bzw. Jugendhilfeleistungen in Anspruch genommen.

Grafik 18: Art der Kindeswohlgefährdung



Bei 41,3% der Patienten (45 Fälle) lag eine Kindeswohlgefährdung in Form von körperlicher Gewalt, bei 34,9% (38 Fälle) körperlicher Vernachlässigung, 21,1% (23 Fälle) seelischer Gewalt, 43,1% (47 Fälle) seelischer Vernachlässigung und 7,3% (8 Fälle) sexueller Gewalt vor. Insgesamt lag bei 86,2% (94 Fälle) aller Patienten eine oder mehrere Formen von Kindeswohlgefährdung vor. Mehrfachnennungen sind möglich.

Von 109 konsiliarisch abgeklärten Fällen lag bei 94 Patienten (in 86,2%) eine KWG vor, in 15 Fällen kamen wir zu dem Ergebnis, dass keine KWG bestand.

Die 94 Fälle verteilen sich, einschließlich Mehrfachnennungen, auf obige Gefährdungskategorien. Die Mehrzahl der Patienten ist von einer Gewalt- oder Vernachlässigungsform betroffen. Die häufigste Kombination war körperliche Gewalt mit seelischer Gewalt, bzw. Vernachlässigung.

Körperliche Gewalt war die Ursache für eine Kindeswohlgefährdung bei über 40 % unserer Patienten.

Sexualisierte Gewalt wurde nur selten stationär abgeklärt, hier erfolgt häufiger eine ambulante Abklärung, sofern der Verdächtige/die Verdächtige nicht in der Familie lebte. Da mit der Bayerischen Kinderschutzambulanz des Instituts der Rechtsmedizin in München ein äußerst erfahrenes, bekanntes und aus der Region gut zu erreichendes Zentrum vorhanden ist, finden viele Abklärungen bzgl. sexualisierter Gewalt dort statt. Vorwürfe zu sexualisierter Gewalt, die aus Sorge bei getrenntlebenden Eltern entstehen, werden i. d. Regel multidisziplinär ambulant über unser SPZ abgeklärt. Hierbei ist häufig ein längerer Abklärungsprozess und viel Elternarbeit nötig. Ambulante Abklärungen wurden in diesem Projekt nicht erfasst.

Insgesamt kann man sagen, dass bei einem Anfangsverdacht bei einem Großteil der Patienten eine Gefährdung vorlag, wenn auch nicht immer im Bereich der ursprünglichen Kategorie. So zeigte sich beispielsweise, dass bei einem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung sich diese als unfallbedingt herausstellte, aber aufgrund von Vernachlässigung und/oder seelischer Gewalt dennoch eine Gefährdung für das Kind bestand. Dies untermauert wie unabdingbar für eine sichere Einschätzung einer Gefährdung alle Lebensaspekte - sowohl körperlich wie auch psychisch - des Kindes und seiner Familie betrachtet werden müssen.

Grafik 19: Art der KWG in Bezug zum Alter

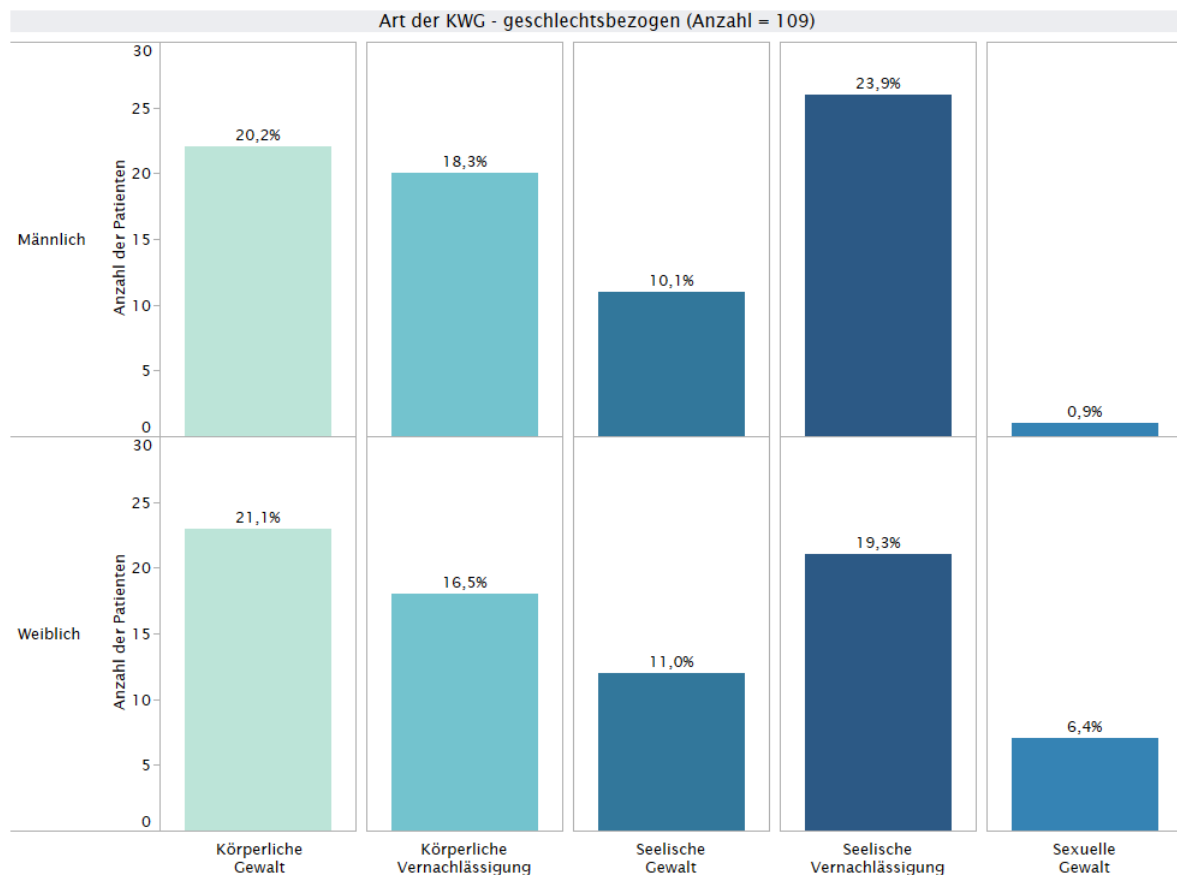


Bei allen Arten von Kindeswohlgefährdung, mit Ausnahme von sexueller & seelischer Gewalt, sind Säuglinge die am stärksten betroffene Gruppe. Sämtliche Gewaltformen kommen in allen Altersgruppen vor. Mehrfachnennungen sind möglich.

Hier ist die Verteilung der verschiedenen Gefährdungsformen bezogen auf das Alter der Kinder dargestellt. Sämtliche Gewaltformen kommen in allen Altersgruppen vor.

Bis auf seelische und sexualisierte Gewalt kommen alle Formen im Säuglingsalter am häufigsten vor. Körperliche Gewalt kommt zudem häufiger im Vorschulalter sowie in der Pubertät vor. Die Vernachlässigung ist bis zum 15. Lebensjahr in allen Altersbereichen vertreten, mit einem Schwerpunkt vom Säuglings- bis zum Kindergartenalter.

Grafik 20: Art der KWG - geschlechtsbezogen



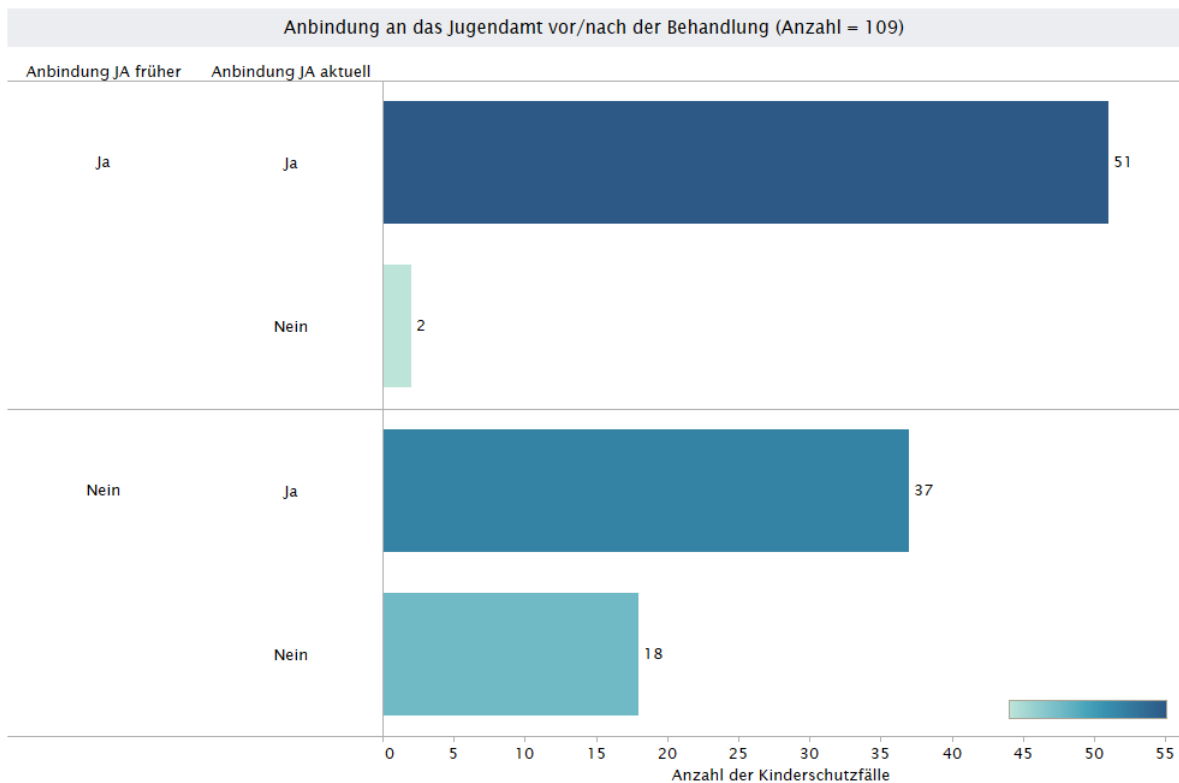
Bei den meisten Formen der Kindeswohlgefährdung finden sich keine Geschlechtsunterschiede.
Mehrfachnennungen sind möglich.

Diese Grafik zeigt die Gewaltformen getrennt nach Geschlechtern und in Relation zur Gesamthäufigkeit.

Die Geschlechterverhältnisse bei KWG sind nahezu ausgeglichen in den Bereichen Körperliche Gewalt mit jeweils 20,2% (22 Fälle) der männlichen und 21,1% (23 Fälle) der weiblichen Patienten, Körperliche Vernachlässigung mit 18,3% (20 Fälle) der männlichen und 16,5% (18 Fälle) der weiblichen Patienten und seelischer Gewalt mit 10,1% (11 Fälle) der männlichen und 11,0% (12 Fälle) der weiblichen Patienten.

Im Bereich seelische Gewalt und Vernachlässigung sind männliche Patienten mit 23,9% (26 Fälle) häufiger betroffen als weibliche 19,3 (21 Fälle). Umgekehrt verhält es sich bei sexualisierter Gewalt. Weibliche Patienten sind mit 6,4% (4 Fälle) häufiger betroffen als männliche Patienten mit 0,9% (1 Fall).

Grafik 21: Anbindung an das Jugendamt vor/nach der Behandlung



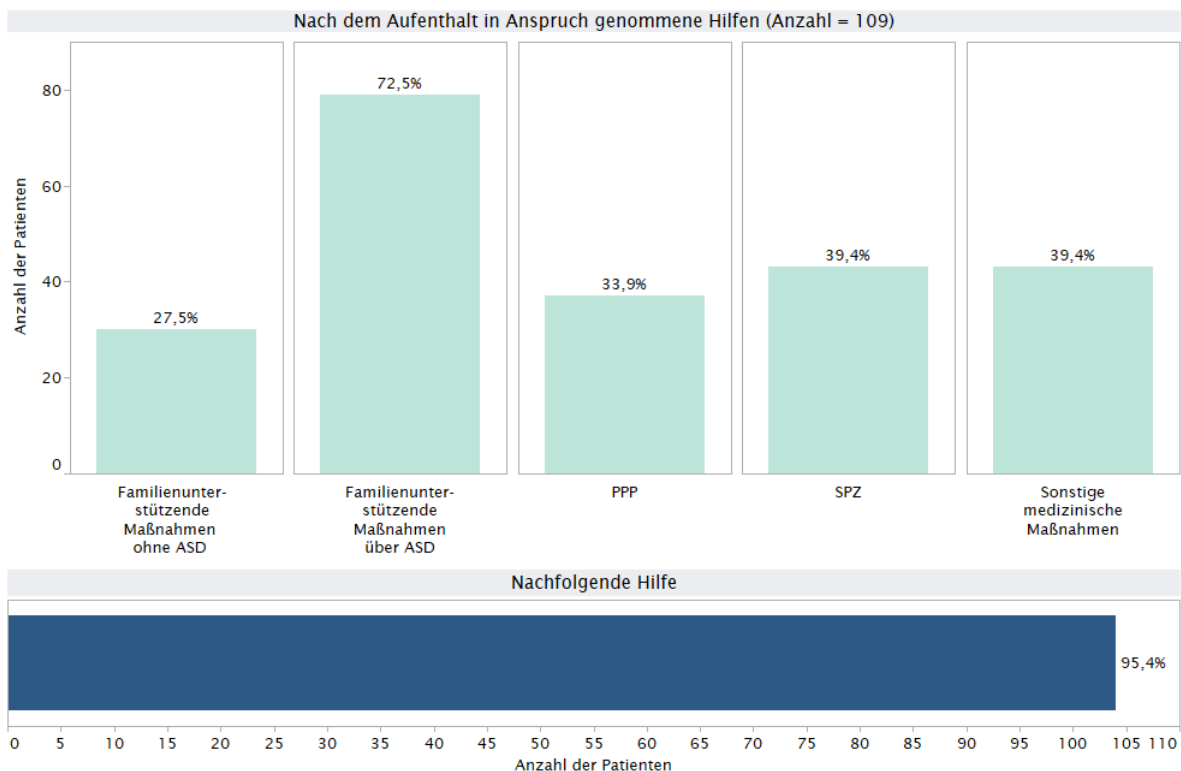
Von 88 Patienten, die aktuell nach der Behandlung an das Jugendamt angebunden sind, hatten 51 schon vorher Kontakt zum Jugendamt. Von 20 Patienten, die nach der Behandlung aktuell nicht mehr an das Jugendamt angebunden sind, hatten nur 2 Familien bereits vor der Behandlung Kontakt mit dem Jugendamt

88 Familien wurden mit Anbindung an das Jugendamt entlassen. Zieht man die Fälle ohne KWG ab (15), wurden 94 % unserer Patienten mit Anhaltspunkten für eine Gefährdung an das Jugendhilfesystem (ASD und KoKi) übergeleitet. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle erfolgte dies mit Einverständnis der Eltern, bzw. Sorgeberechtigten.

In 2 Fälle wurden die Kinder vom Jugendamt aufgrund einer Gefährdungsmeldung vorgestellt, wobei die medizinische Abklärung diesen Verdacht nicht bestätigte und in Rücksprache mit dem Jugendamt keine weitere Betreuung durch den ASD nötig war.

18 Familien waren weder vorher noch nachher in Kontakt mit dem Jugendamt. Soweit hier ein Unterstützungsbedarf vorlag, wurde diese Familien an die entsprechenden Hilfen weitergeleitet.

Grafik 22: Nach dem Aufenthalt in Anspruch genommene Hilfen



27,5% (30 Fälle) erhielten nach dem Aufenthalt familienunterstützende Maßnahmen wie KOKI, Erziehungsberatung, etc., hier mit Hilfen ohne ASD gekennzeichnet. Von 72,5% (79 Fälle) nahmen Hilfen über das Jugendamt in Anspruch [Hilfen über ASD]. 33,9% (37 Fälle) wurden über PPP nachbetreut. 39,4% (43 Fälle) wurden an das SPZ angebunden. 39,4% (43 Fälle) nahmen sonstige medizinische Maßnahmen in Anspruch. Insgesamt wurden von 95,4% (104 Fälle) der Patienten nach dem stationären Aufenthalt an eine oder mehrere weiterführende Hilfe(n) angebunden. Mehrfachnennungen sind möglich.

• Aufgaben des Jugendamtes - ASD

Eltern haben Anspruch auf Hilfen zur Erziehung (HzE), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (§ 27 Abs. 1 SGB VIII).

Die Jugendämter haben die Aufgabe, Eltern in erforderlicher Weise zu unterstützen. Hilfen zur Erziehung (§§ 28-35 ff. SGB VIII) richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall und werden den Familien oft auch dann angeboten, wenn es bereits zu einer Kindeswohlgefährdung gekommen ist. Die familienunterstützenden Maßnahmen können von den Eltern freiwillig angenommen oder auch durch das Familiengericht angeordnet werden.

Die Bandbreite reicht von Erziehungsberatung, ambulanten/teilstationären Hilfen zur Erziehung und familienersetzenden Hilfen (Heimerziehung und Vollzeitpflege) nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Häufig wird eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) in den Familien eingesetzt. Neben der pädagogischen Arbeit mit den Eltern geht es in erster Linie um ressourcenstärkende Arbeit mit den einzelnen Familienmitgliedern, von der Existenzsicherung bis hin zur Unterstützung bei der positiven Gestaltung von Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie.

Ist ein Säugling bzw. ein Kleinkind in der Familie und bestehen komplexe Problemlagen, haben sich in der Praxis verschiedene Kooperationsmodelle von Frühen Hilfen und Hilfen zur Erziehung (HzE) etabliert wie z.B. die Arbeit in der Familie im Tandem mit einer Sozialpädagogischen Familienhilfe und einer Familienkinderkrankenschwester. Reicht diese Form der Unterstützung nicht aus, kann z. B. auch eine Vermittlung in eine Mutter/Vater – Kind – Einrichtung (§ 19 SGB VIII Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder) erfolgen.

- **Aufgaben der Jugendamtes - KoKi**

Kinder haben das Recht auf ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen. Die ersten Lebensmonate und Lebensjahre sind von herausragender Bedeutung für die Entwicklung von Kindern. Daher ist es wichtig, (werdende) Eltern gerade in dieser Zeit zu unterstützen.

Im Kontext der präventiven Arbeit ist es Aufgabe der KoKi, Eltern in belastenden Lebenssituationen sowie in Überforderungssituationen rasche, sowie passgenaue Unterstützung anzubieten, um Eltern in ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenz zu stärken und letztendlich Kindeswohlgefährdungen zu verhindern. Die KoKi vermittelt Eltern bei Bedarf institutionsübergreifende Hilfen oder eigene Hilfen z.B. in Form einer Familienkinderkrankenschwester/-hebamme. Diese Form der Unterstützung basiert auf Freiwilligkeit und ist kostenfrei für die Eltern.

Die KoKi informiert über Unterstützungsangebote von Einrichtungen und Diensten sowohl der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Angebote von Erziehungsberatungsstellen) als auch anderer Hilfesysteme (z. B. Leistungsangebote von Gesundheitswesen, Schuldnerberatungsstellen, Frühförderstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen) und vermitteln auf Wunsch dorthin.

Sofern die KoKi selbst und unmittelbar Leistungen für Familien erbringt, ist die leistungsrechtliche Grundlage § 16 SGB VIII oder § 1 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz).

- **Sonstige medizinische Maßnahmen**

Diese bestehen in Frühförderung, Kontrollen beim Kinder- oder Hausarzt oder Wiedervorstellung in der Kinderschutzambulanz der Klinik.

Entlassen wurden die Familien:

Zu 27,5 % mit anschließender Unterstützung durch die KoKi – vor Aufnahme: 28,4 %. Dies bedeutet nicht, dass nach der Entlassung aus der Klinik weniger Familien an KoKi angebunden waren, sondern, dass es einen Shift von „nur KoKi“ zum ASD und aus dem bisher nicht betreuten Bereich in die KoKi gab.

Zu 72,5 % mit anschließender Unterstützung durch den ASD – vor Aufnahme: 36,7 %. Die diagnostizierten Kindeswohlgefährdungen führten zur Einbindung des Jugendamtes bzw. zur Vermittlung an das Jugendamt.

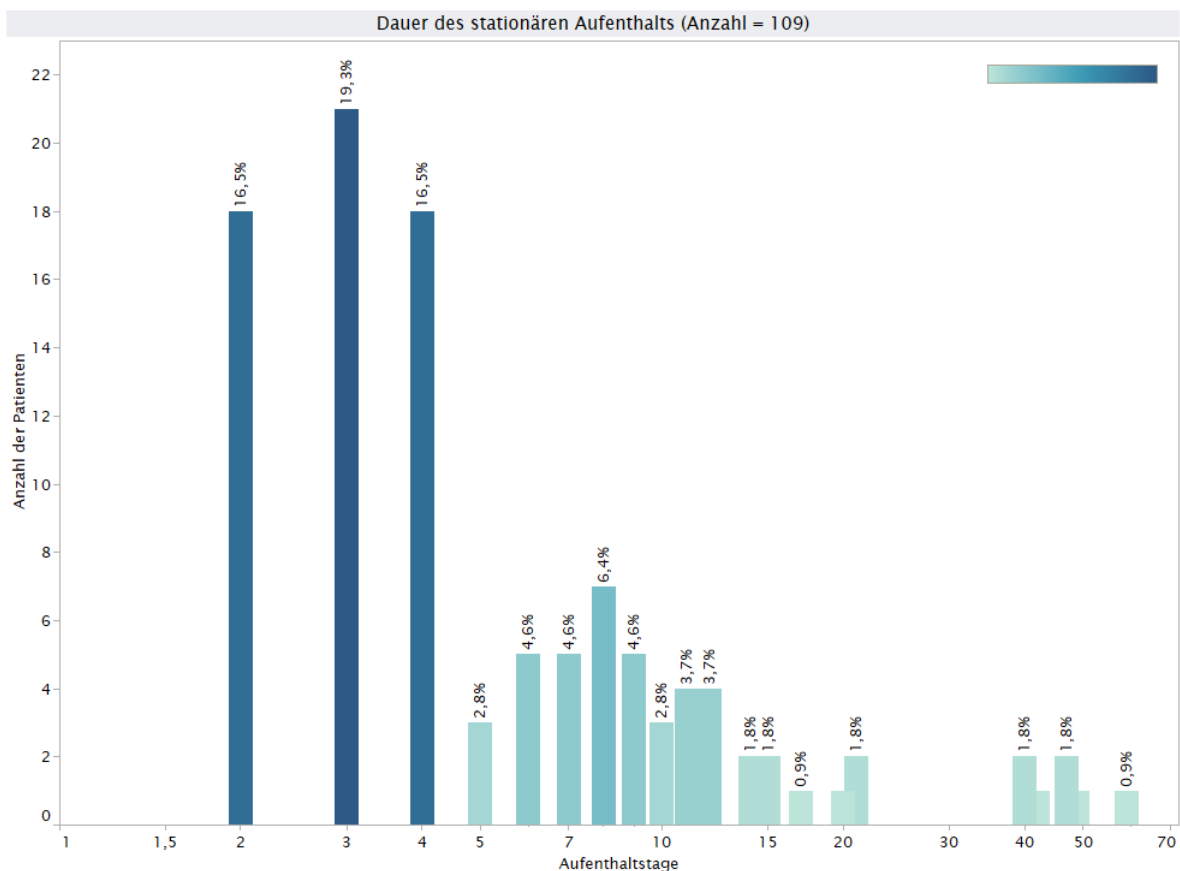
Zu 33,9 % mit psychiatrischer/psychotherapeutischer Anbindung – vor Aufnahme: 12,8 %. Therapeutische Begleitung in Fällen von Kindeswohlgefährdung ist aus mehreren Gründen ein essentieller Baustein im Kinderschutz. Einmal können hier adverse childhood experiences (ACEs) bearbeitet und die (vor allem psychische) lebenslange Krankheitslast der Kinder reduziert werden. Zum anderen ist es hier durch die

Therapie begleitende Elternarbeit möglich, dass die Eltern lernen eigene Verhaltensweisen und deren Auswirkungen auf die Kinder zu verstehen und bestenfalls zu ändern. Hilfreich ist bei entsprechenden Belastungen auch eine eigene Therapie der Eltern. Der Kontext einer stationären Abklärung mit intensiven Elterngesprächen kann ein gutes Medium sein, um Betroffene für eigene Problematiken zu sensibilisieren und sie in eine entsprechende Therapie zu vermitteln. Letzteres ist aufgrund häufig bestehender eigener biographisch belastender Erfahrungen der Eltern häufig notwendig. Dies ist aus unserer Sicht ein essentieller Baustein zum Schutz und gesunden Aufwachsen der betroffenen Kinder.

Zu 39,4 % mit sonstigen medizinischen Maßnahmen – vor Aufnahme: 19,3 %. Die weitere bedarfsangepasste Anbindung an Leistungsbereiche des Gesundheitswesens ist neben der kinder- und hausärztlichen Betreuung wichtig, damit die Kinder nach gezielter Diagnostik entsprechend gefördert werden.

Knapp 40 % aller Patienten wurden neben den Jugendhilfemaßnahmen auch eine spezielle pädiatrische Betreuung empfohlen. Diese findet in den wohnortnahen Sozialpädiatrischen Zentren statt. Hier besteht die ausgezeichnete Möglichkeit, weitere Diagnostik durchzuführen und die Kinder im Verlauf medizinisch sowohl körperlich, wie auch entwicklungsneurologisch und psychologisch zu betreuen.

Grafik 23: Dauer des stationären Aufenthaltes



Mit 52,3% (57 Fälle) bleibt über die Hälfte der PatientInnen nicht länger als 4 Tage in stationärer Behandlung. Mit 25,8% (29 Fälle) bleibt ein weiteres Viertel der PatientInnen zwischen 5 und 10 Tagen in stationärer Behandlung. In 6,3% (7 Fälle) war ein stationärer Aufenthalt von 40 Tagen oder länger notwendig.

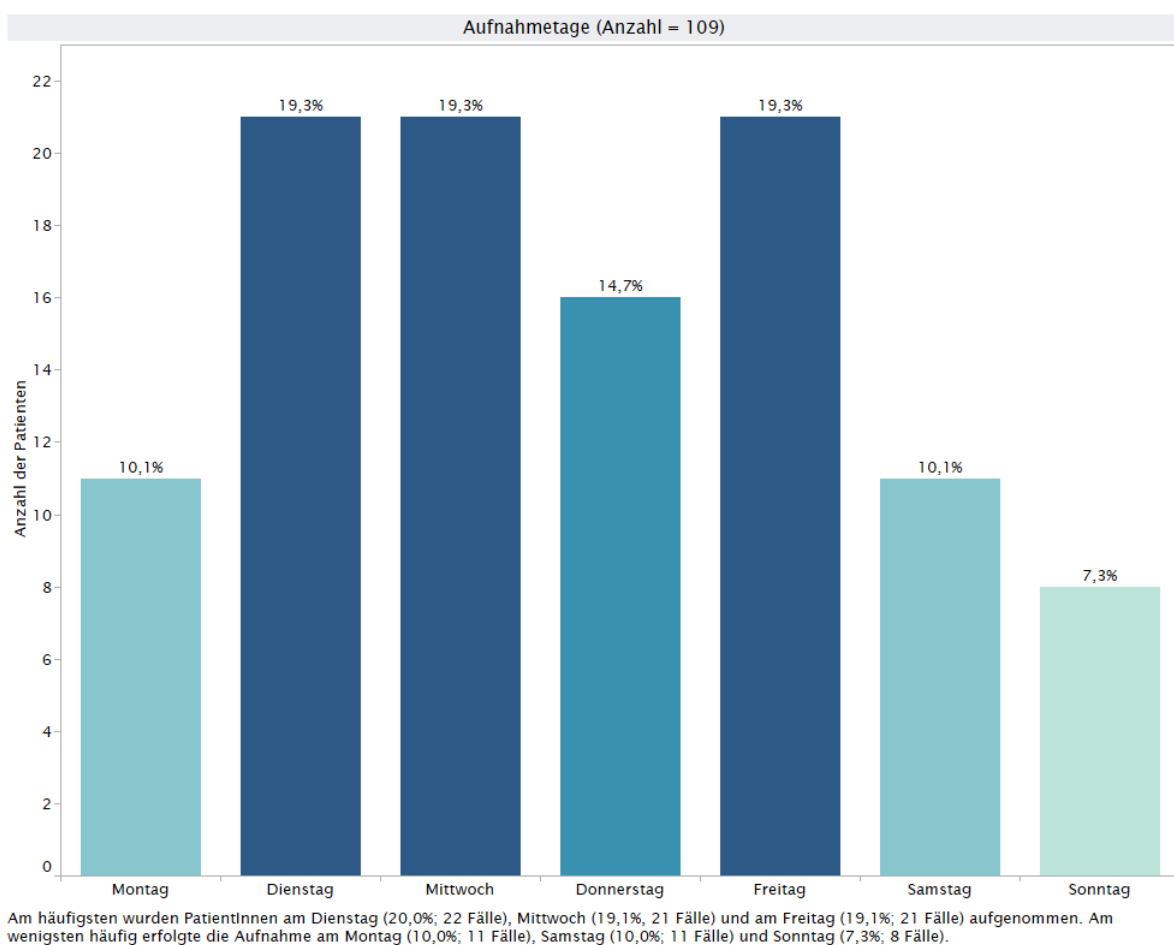
52,3 % aller Abklärungen fanden in einem Zeitraum von bis zu 4 Tagen statt. Knapp 20 % benötigten einen stationären Aufenthalt zwischen 5 und 8 Tagen.

Die Dauer der Abklärung richtete sich vorwiegend nach dem Krankheitsbild. Einige Kinder hatten komplexe pädiatrische Erkrankungen, deren Behandlung unabhängig von einer gleichzeitig vorliegenden Kindeswohlgefährdung einen längeren Aufenthalt erforderte.

In einigen Fällen dauerte in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt die Klärung der weiteren Maßnahmen länger, ohne dass noch medizinische Gründe für einen Aufenthalt vorlagen, z. B. bei Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie. Bei geplanter Aufnahme in einer Mutter - Kind - Einrichtung war uns wichtig eine Trennung von Mutter und Kind zu verhindern. In diesen Fällen blieben Mutter und Kind unter engmaschiger Anleitung durch Pflege und Betreuung durch die Sozialpädagogen auf Station (die Abrechnung erfolgte hierbei über das Jugendamt). Leider konnte dies aufgrund der Bettenverfügbarkeit nur eingeschränkt angeboten werden.

Tendentiell waren Kinder unter 3 Jahren häufiger bis zu 8 Tage stationär.

Grafik 24: Aufnahmetage

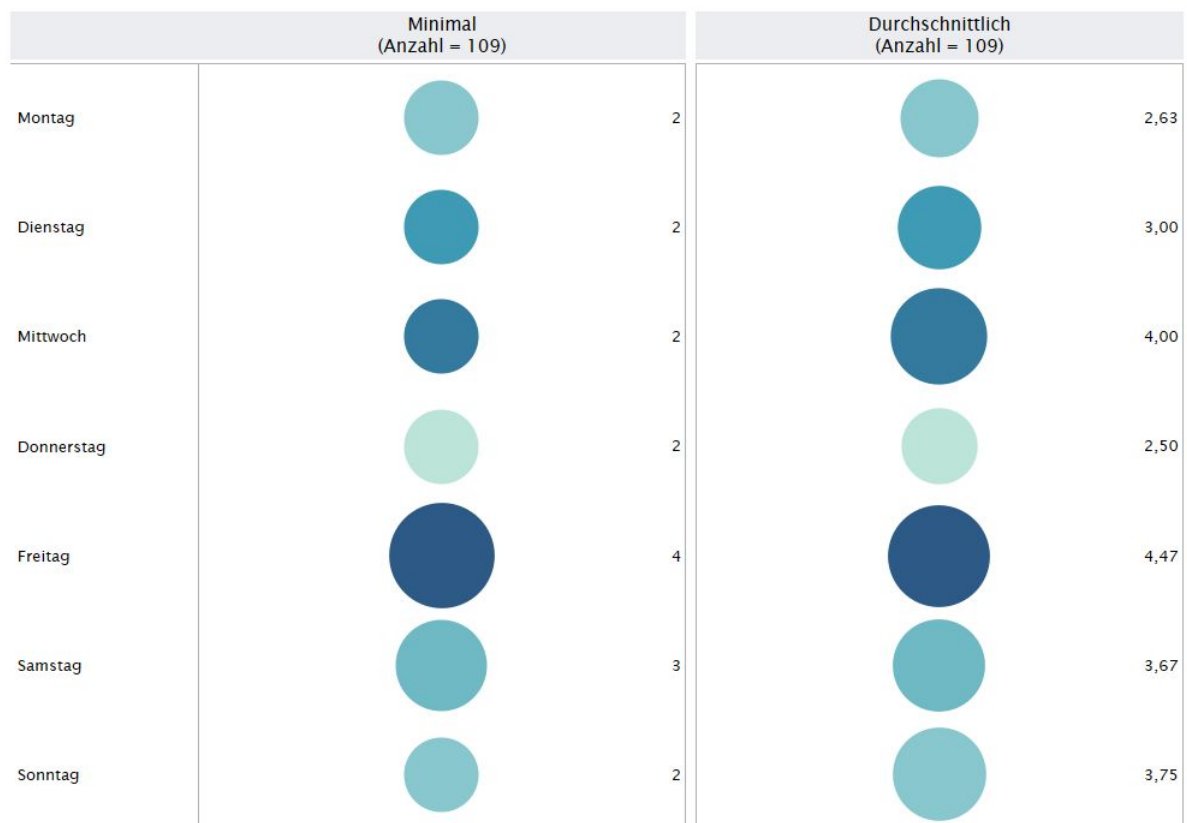


Hier wird die Häufigkeit der Aufnahmen an den verschiedenen Wochentagen dargestellt. Die Tage mit den häufigsten Aufnahmen waren Dienstag, Mittwoch und

Freitag mit jeweils ca. 20 %. Am Wochenende finden deutlich weniger Aufnahmen statt, was möglicherweise an der fehlenden Umfeldkontrolle (wie z. B. den Kindergärten) liegt.

Die hohe Aufnahmequote am Freitag entsteht unter Umständen dadurch, dass viele Institutionen (wie z. B. Jugendämter) am Wochenende nicht regulär arbeiten, jedoch eine Abklärung, bzw. eine vorübergehende Schutzmaßnahme (wie z. B. eine stationäre Aufnahme um Kinder aus dem häuslichen Umfeld zu nehmen) keinen Aufschub duldet.

Grafik 25: minimale und durchschnittliche Aufenthaltstage in Bezug auf den Aufnahmetag



Minimale und durchschnittliche Aufenthaltstage der Patienten (Aufenthaltsdauer < 7 Tage) geordnet nach Aufnahmetagen. Patienten, die am Freitag stationär aufgenommen werden, bleiben ein Minimum von 4 Tagen. Auch im Durchschnitt bleiben Kinder, die am Freitag aufgenommen wurden am längsten mit 4,47 Tagen.

Hier haben wir dargestellt inwieweit der Tag der Aufnahme mit der Aufenthaltsdauer korreliert.

Es sind die minimalen und durchschnittlichen Aufenthaltstage nach Wochentagen aufgelistet (nur die Patienten eingeschlossen, die <1 Woche Aufenthaltsdauer haben). Zwei wesentliche Schlussfolgerungen sind:

- Alle Patienten, die am Freitag kommen, bleiben ein Minimum von 4 Tagen (was länger ist als an allen anderen Tagen)
- Alle Patienten, die am Freitag kommen, bleiben im Schnitt länger als an anderen Tagen

Dies ist sicher durch das Wochenende bedingt. Hier ist sowohl diagnostisch (was die Kinderschutzgruppe betrifft) wie auch von Seiten des Jugendamtes nur eine Notfallbetreuung möglich. Fallkonferenzen und definitive Entscheidungen werden vornehmlich an regulären Arbeitstagen getroffen. Medizinische Diagnostik und Interaktionsbeobachtung sowie eine Anleitung der Eltern können stattfinden.

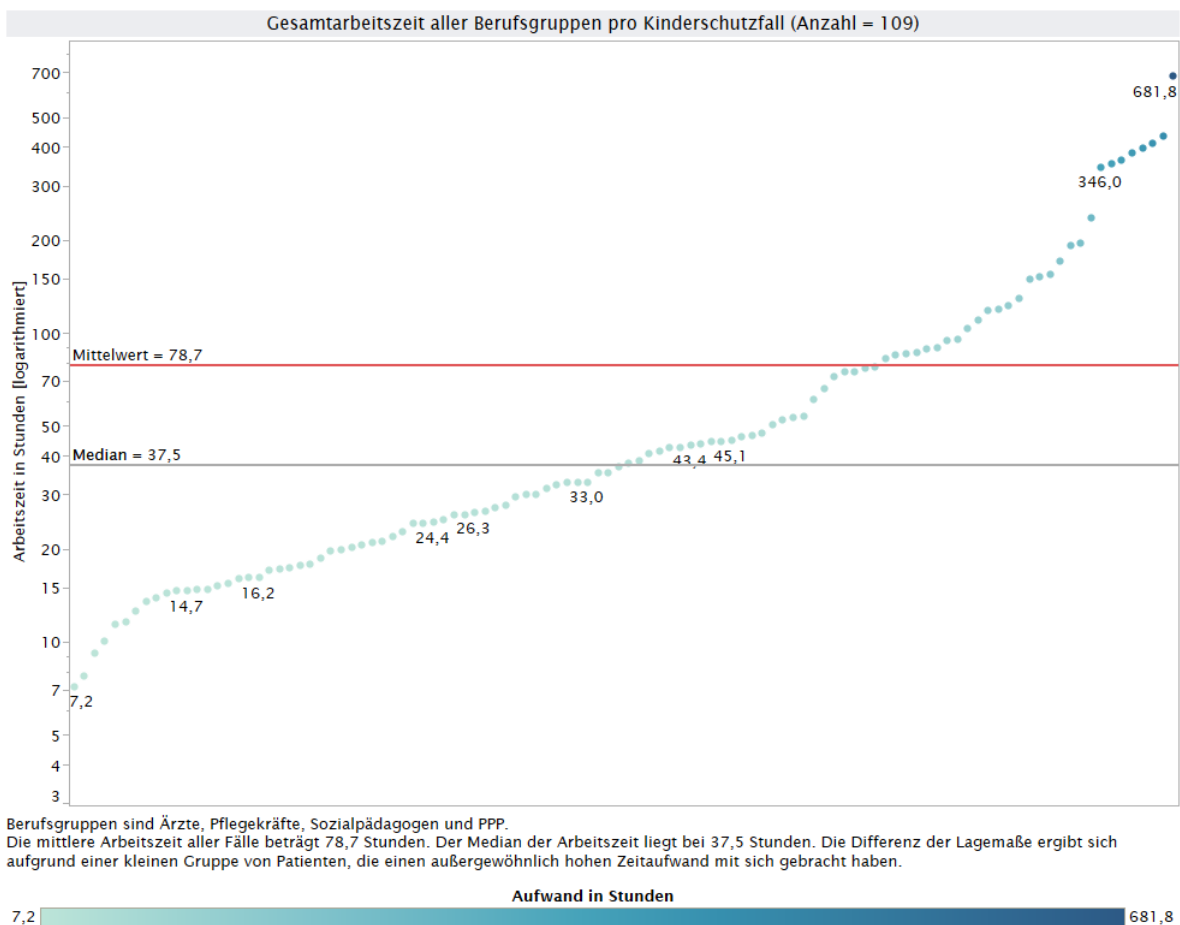
5.2 Auswertung zeitlicher Aufwand und Kosten

In der täglichen Arbeit im Team zeigt sich, dass ein häufiger und klarer Austausch über die jeweils erhobenen Befunde und das weitere Vorgehen wichtig ist. Dies findet auf Station in jeweils kurzen (Fall-) Besprechungen statt. Diese dauern – bis auf die „große“ Fallbesprechung nach Erhalt aller Befunde – oft nur wenige Minuten, durch die Beteiligung mehrerer Disziplinen summiert sich der Zeitaufwand. Ferner erfordert die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe eine klare, in für medizinische Laien übersetzte Sprache und zusätzliche Erläuterungen. Für ein gemeinsames Fallverständnis ist diese Kommunikation sowie ein regelmäßiger Austausch über neue Erkenntnisse von besonderer Bedeutung. Neben den zeitlich erfassten Besprechungen finden dadurch bedingt häufige „Zwischengespräche“, oft auch telefonisch, statt, die im Rahmen der sonstigen klinischen Tätigkeit ablaufen und deshalb schwer systematisch zu erfassen sind.

Ärztlich – diagnostische Maßnahmen, Fallbesprechungen und Kontakte zum Jugendhilfesystem finden tagsüber statt. Auch pflegerische Maßnahmen und Anleitungen werden während der routinemäßigen Versorgung der Kinder häufig tagsüber durchgeführt. Dennoch ist die Pflege auch in Spät – und Nachtschichten stärker mit diesen Familien beansprucht, da entweder die Kinder ohne Begleitpersonen mehr Versorgung brauchen oder Krisen eher in dieser Zeit auftreten. Dies stellt einen besonderen Anspruch an die Pflegefachkräfte dar, da in dieser Zeit auch weniger Unterstützung durch andere Disziplinen gegeben ist.

Über alle Fälle und Disziplinen zeigt sich die größte Arbeitsbelastung in der Frühschicht, bzw. ärztlichen Tagschicht.

Grafik 26: Gesamtarbeitszeit aller Berufsgruppen



Die für die Berufsgruppen Ärzte, Pflege, Sozialpädagogen und PPP erfassten Arbeitszeiten in den Kinderschutzfällen sind hier für jeden Einzelfall aufgelistet. Die Summe der Arbeitsstunden aller Berufsgruppen variiert zwischen 7,2 Stunden und 681 Stunden. Diese enorm große Bandbreite ist durch klare, schnell abzuklärende Gefährdungssituationen am unteren Skalenende und komplexen Abklärungen oder schwerwiegenderen Erkrankungen am oberen Skalenende begründet. Grund für langdauernde Aufenthalte der Kinder waren:

- schwerwiegende somatische Verletzungen oder Erkrankungen
- Neugeborene mit Komorbiditäten
- Kinder, deren Diagnostik bei somatischen in Verbindung mit psychischen Auffälligkeiten aufwändiger war
- Patienten bei denen eine wiederholte und intensive Kommunikation mit der Jugendhilfe nötig war

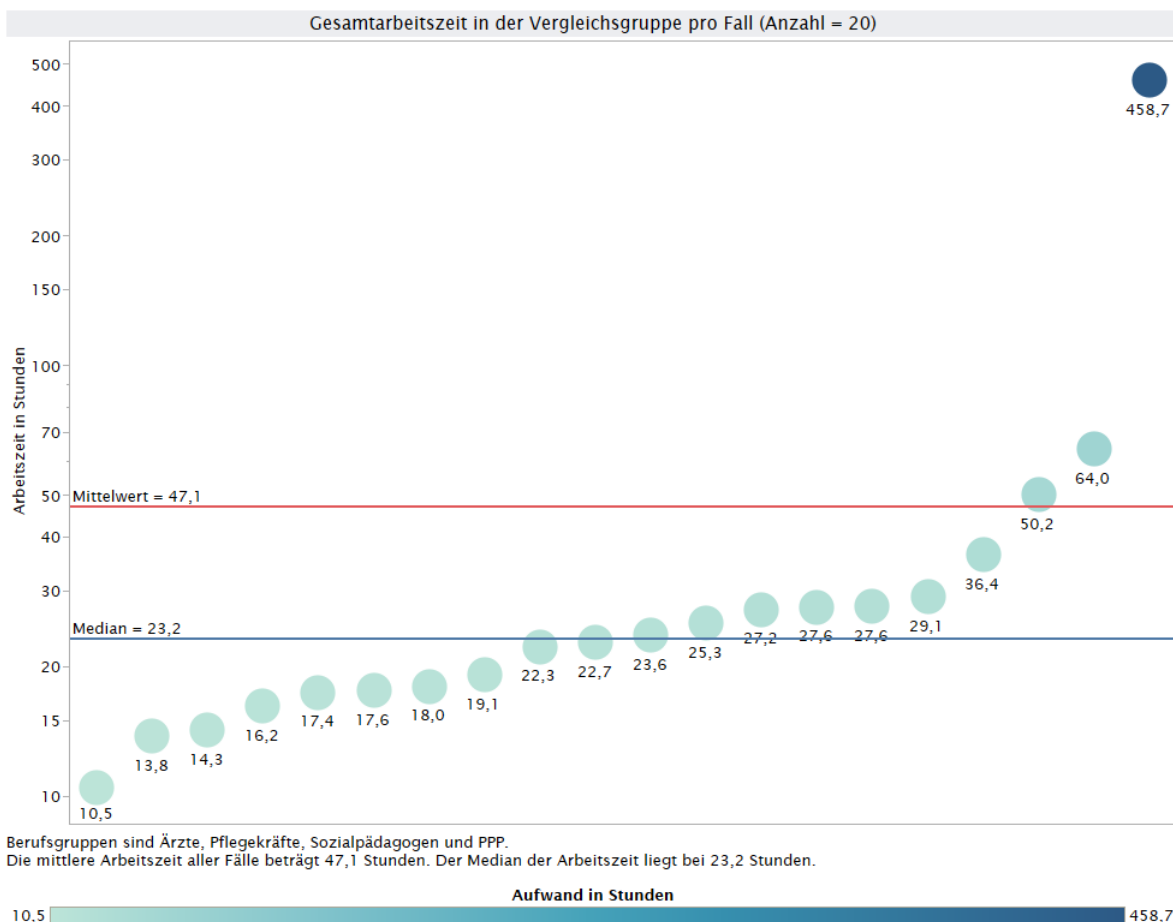
Methodisch war es nicht möglich, den Zeitaufwand für die Grundversorgung der Kinder von dem erfassten Zeitraum der Betreuung zu trennen. Eine Trennung der pflegerischen Tätigkeiten bei gleichzeitiger Interaktionsbeobachtung und Elternanleitung ist nicht möglich. Es wurde also immer der Gesamtzeitaufwand für die jeweilige Tätigkeit erfasst.

Eine Limitation war die Dokumentationstreue der verschiedenen Professionen. Pflege, Sozialpädagogen und auch PPP dokumentierten ihren Zeitaufwand zuverlässig. Sozialpädagogen und PPP waren eine kleine Personengruppe, die gut geschult werden konnte. Auch die Pflege, trotz beträchtlicher Gruppengröße, konnte die geschulte Zeiterfassungsdokumentation einwandfrei umsetzen. Die Gruppe des ärztlichen Dienstes zeigt eine große personelle Fluktuation. Durch Rotation an verschiedene Standpunkte im Haus zeigten sich trotz Schulungsmaßnahmen Probleme bei der Akzeptanz zusätzlicher Dokumentationen. Deshalb sind ärztliche Dokumentationszeiten hier eher unterrepräsentiert.

Im Folgenden wird die Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen unter zeitlichen sowie finanziellen Gesichtspunkten betrachtet.

- 4 Berufsgruppen: Ärzte, Pflegekräfte, Sozialpädagogen, PPP
- Alle 109 Fälle (Gesamtgruppe)
- Die 109 Fälle aufgeteilt nach Abrechnungskriterien: nur DRG (DRG Gruppe) und DRG + OPS (Zusatzentgelt Gruppe)
- primäre Kinderschutzfälle: alle Patienten, die unter dem Verdacht auf eine KWG stationär aufgenommen wurden (65 Patienten, primäre KWG Gruppe)
- 20 Patienten mit unterschiedlichen pädiatrischen und kinderchirurgischen Krankheitsbildern ohne Hinweise auf eine Gefährdung (siehe Methodenteil), (Vergleichsgruppe)

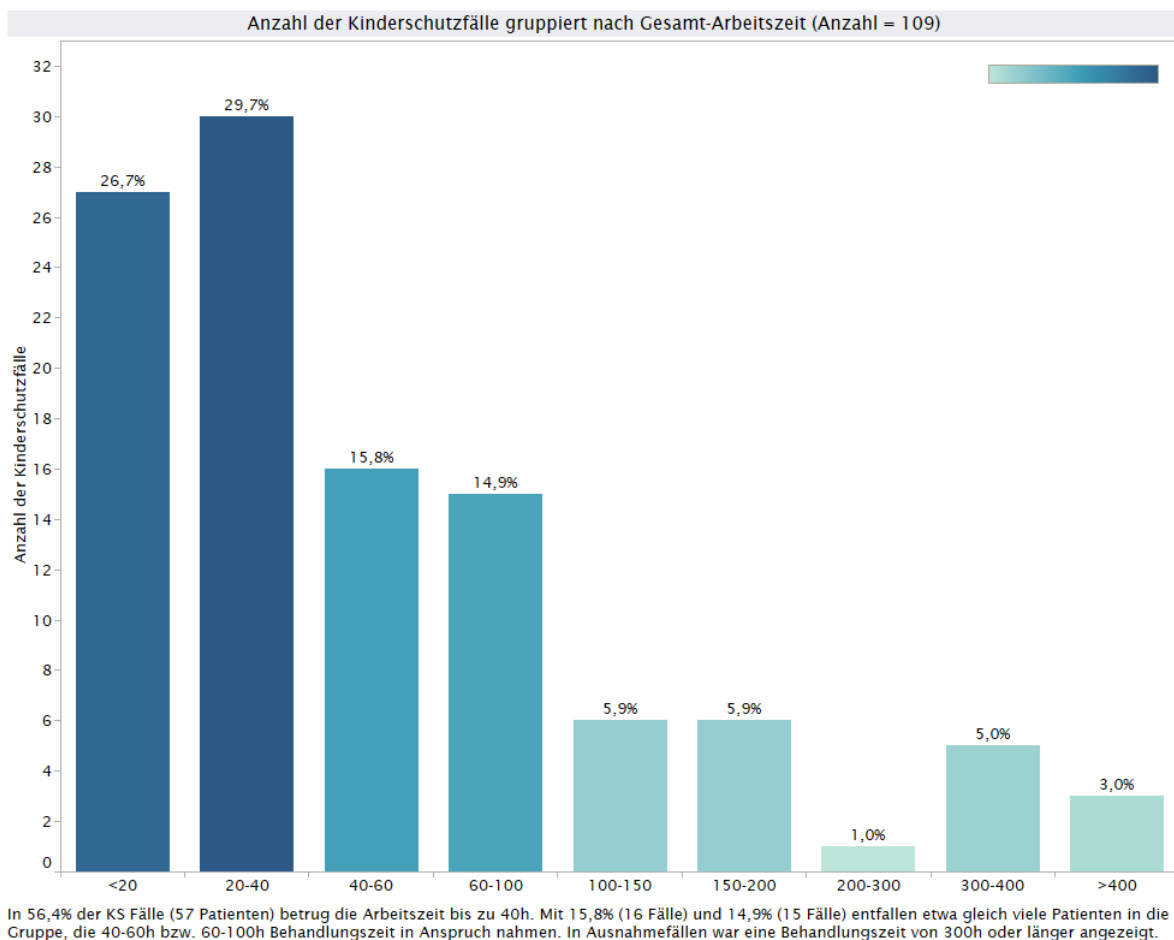
Grafik 27: Gesamtarbeitszeit in der Vergleichsgruppe



In der Gruppe der Vergleichspatienten liegt der Mittelwert bei 47,1 Stunden, der Median bei 23,2 Stunden.

Der Median der Patienten ohne Gefährdungsabklärung ist somit um 14,3 Stunden geringer als derjenigen Patienten mit Abklärung. Diese Gruppe ist klein und zufällig zusammengesetzt. Der Hintergrund der Erfassung war es einen ungefähren Eindruck der zeitlichen Differenzen zu bekommen. Allerdings handelt es sich um eine kleine und nicht repräsentative Stichprobe, weshalb die Zeiten nur eingeschränkt zu bewerten sind. Dennoch ist ein deutlicher Mehraufwand bei Verdacht auf eine KWG ersichtlich.

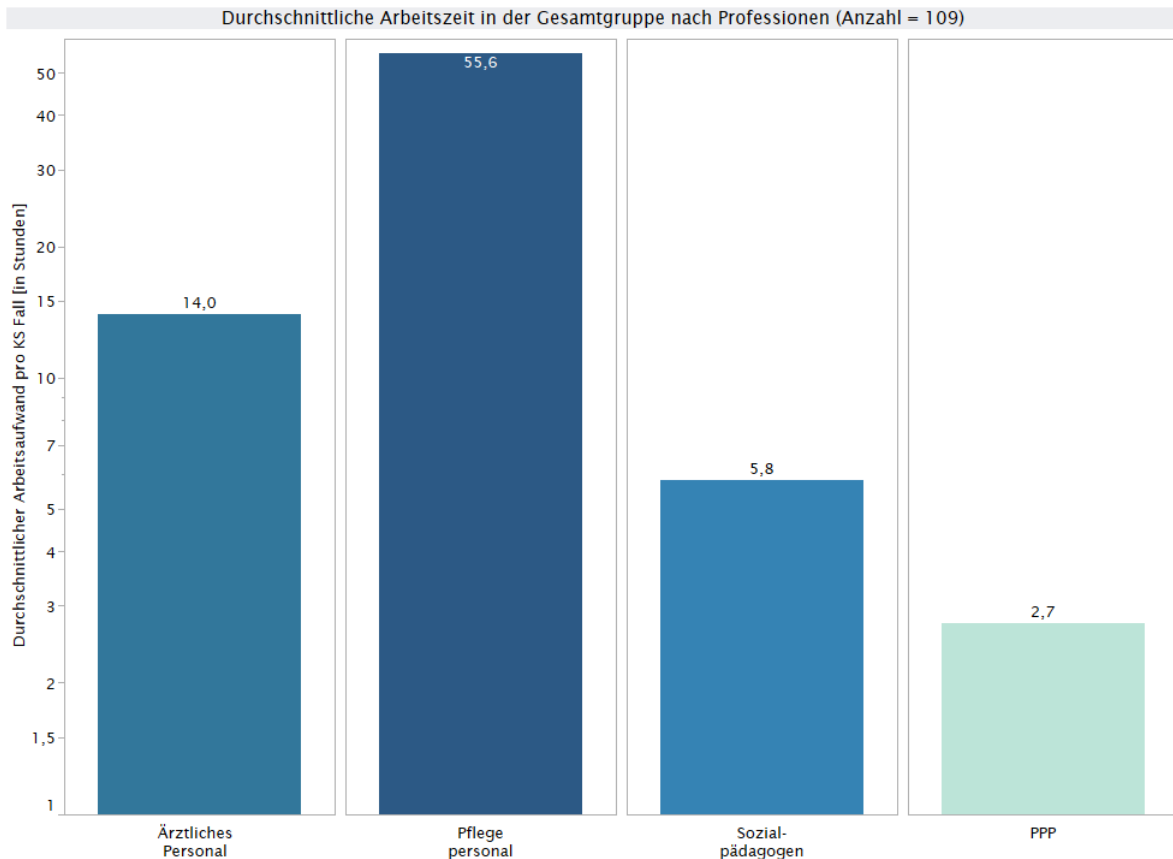
Grafik 28: Anzahl der Kinderschutzfälle nach Arbeitszeit



Über 56 % aller Fälle wurden im Zeitrahmen bis 40 Stunden bearbeitet, gut 30 % zwischen 40 und 100 Stunden, gut 20 % liegen teilweise deutlich über 100 Stunden.

Dies bedeutet, dass die Hälfte der Fälle mit einem Aufwand bis zu 40 Stunden versorgt werden konnte, die übrigen Patienten einen deutlich höheren Versorgungsbedarf hatten. Dieser war teilweise bedingt durch die Grunderkrankung, bzw. Verletzung, teilweise durch schwierigere Konstellationen im Rahmen der Gefährdungsabklärung.

Grafik 29: Durchschnittliche Arbeitszeit nach Professionen - Gesamtgruppe

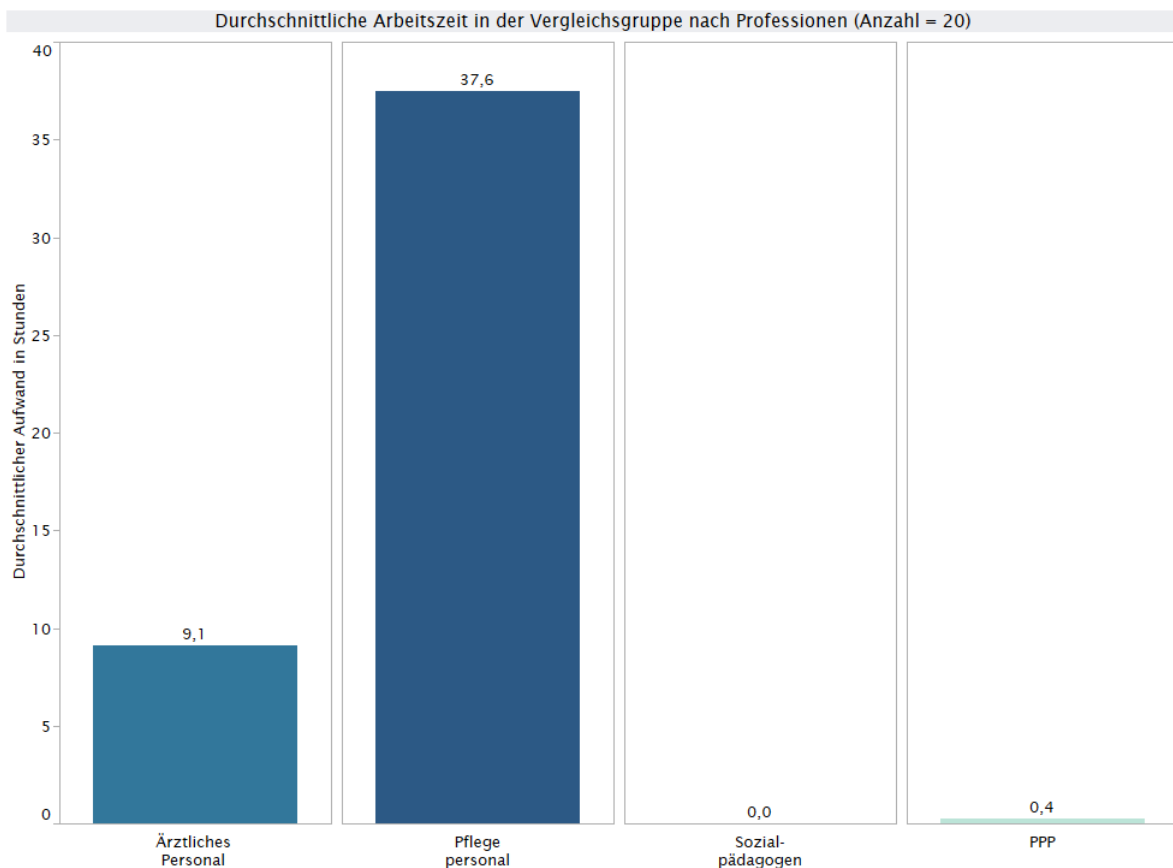


Ärzte wenden im Durchschnitt 14,0h, Pflegekräfte 55,6h, Sozialpädagogen 5,8h und PPP 2,7h Arbeitszeit pro Kinderschutzfall auf

Der Anteil der geleisteten Arbeit verteilt sich wie folgt auf die 4 verschiedenen Professionen (logarithmische Skala): mit 55,6 Stunden fällt der größte Zeitaufwand an die Pflege mit 71,2 Prozent (Bandbreite 2,93 bis 449 Stunden), der ärztliche Dienst ist mit 14 Stunden, entsprechend 17,9 % an zweiter Stelle (Bandbreite zwischen 2,78 bis 91,2 Stunden).

Sozialpädagogen sind mit 5,8 Stunden (7,4 %, Bandbreite 0 bis 114 Stunden) am Fall beteiligt, PPP mit 2,7 Stunden (3,5 %, Bandbreite 0 bis 69 Stunden). Der Zeitaufwand der PPP ist über alle Fälle mit einer OPS Verschlüsselung relativ konstant, während sie in den anderen Fällen oft nicht beteiligt sind. In der Summe sind die Zeiten für PPP in unserer Erhebung unterrepräsentiert. Hier ist eine Besonderheit in der Konstellation unserer KSG zu berücksichtigen: teilweise wurden aufgrund einer Doppelqualifikation die therapeutischen Zeiten dem ärztlichen Dienst zugeordnet. Ein weiterer Grund ist, dass PPP, obwohl aus unserer Sicht ein unverzichtbarer Bestandteil in der Abklärung einer KWG jeden Lebensalters aus organisatorischen Gründen nicht verfügbar waren.

Grafik 30: Durchschnittliche Arbeitszeit nach Professionen - Vergleichsgruppe



Ärzte wenden im Durchschnitt 9,1h, Pflegekräfte 37,6h, Sozialpädagogen 0h und PPP 0,4h Arbeitszeit pro Patient auf

Hier ist die durchschnittliche Arbeitszeit der nicht Kinderschutz Vergleichspatienten dargestellt. Sozialpädagogen waren nicht mit diesen Patienten befasst, PPP nur in sehr geringem Anteil. Sowohl die ärztliche Arbeitszeit (um 35 %) wie auch die pflegerischen Zeiten (um 32 %) waren deutlich geringer als in der Gesamtgruppe.

Betrachtung der Kosten (AG Personalkosten)

Unter Zugrundelegung der folgenden Kostensätze pro Stunde errechnen sich unter Verwendung der oben dargestellten Arbeitszeiten folgende Kostengrafiken (jeweils gerundet).

Oberarzt	57.- €
Assistenzarzt	36.- €
Ärzte: Mischkalkulation 1:1 aus beiden ärztlichen Professionen: 47.- €	
Pflegedienst	23.- €
Sozialpädagogik	29.- €
PPP	41.- €

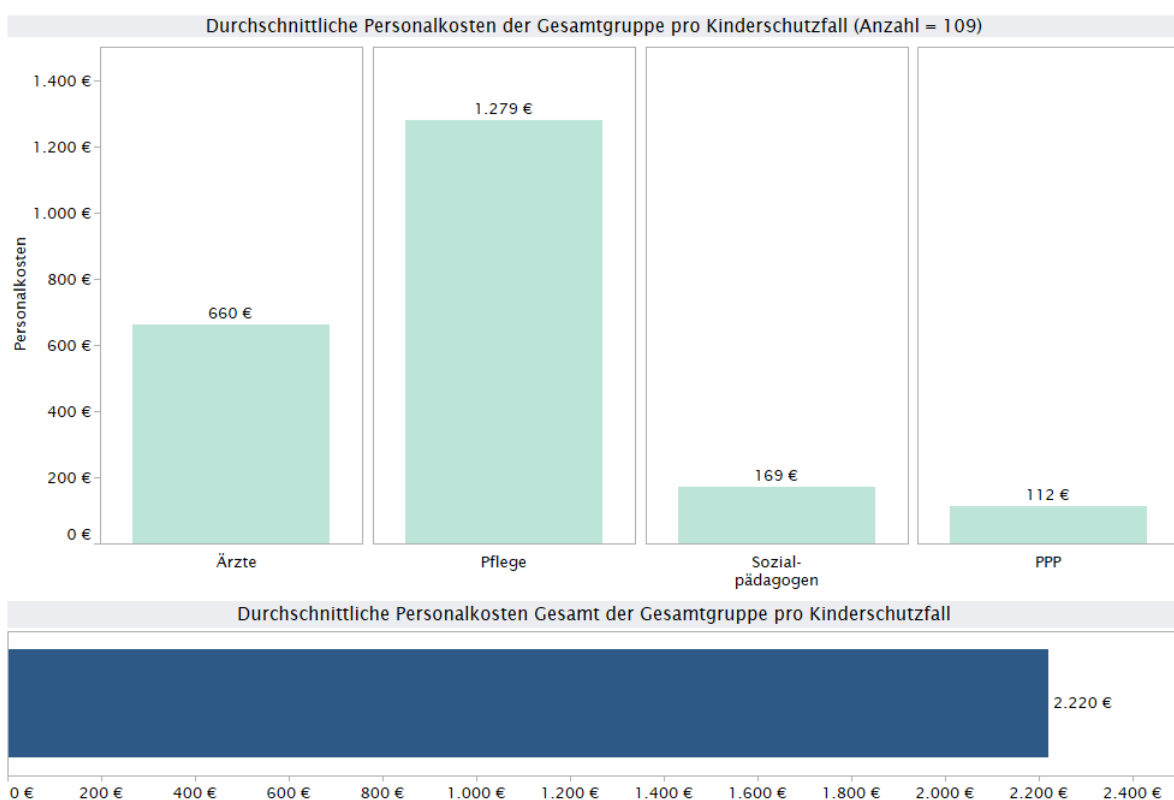
Die Arbeitszeitkosten wurden auf folgenden Grundlagen errechnet (Werte lt. AVR-Tabellen vom 01.01.2020):

- Oberarzt Entgeltgruppe III Anlage 30 AVR, Stufe 2 (mittlerer Wert von 3 Stufen): 44,30 € pro Stunde

- Assistenzarzt Entgeltgruppe I Anlage 30 AVR, Stufe 3 (mittlerer Wert von 6 Stufen): 27,77 € pro Stunde
- Pflegedienst Entgeltgruppe P 7 Anlage 31 AVR Anhang C der Anlage 31 für Bayern: 18,29 € pro Stunde
- Sozialpädagoge Entgeltgruppe S 12 Anlage 33 AVR für Bayern, Stufe 3 (mittlerer Wert von 6 Stufen): 22,33 € pro Stunde
- Psychologe Vergütungsgruppe 1 B Anlage 2 AVR, Vergütungstabellen in Anlage 3 der AVR, Stufe 5 (mittlerer Wert von 11 Stufen): 31,66 € pro Stunde

Die Berechnung erfolgte jeweils plus der durchschnittlichen Arbeitgeberkosten von 28 % ohne Urlaubs- oder Sonderentgelte.

Grafik 31: Durchschnittliche Personalkosten - Gesamtgruppe



Durchschnittspersonalkosten, die bei der Behandlung pro Kinderschutzfall angefallen sind. Im Schnitt entfielen pro Fall 660€ auf die ärztliche Behandlung, 1.279€ auf die Pflege, 169€ auf die Sozialpädagogen und 112€ auf PPP. Die durchschnittlichen gesamten Personalkosten der Gesamtgruppe pro Fall beliefen sich auf 2.200€.

Basierend auf obiger Zeit/Kosten-Grafik wurde die durchschnittlichen Arbeitszeitkosten aller 109 Patienten berechnet. Sie betrugen 2.220 €.

Davon entfielen 29,7 % (660.- €) auf Arztkosten, 57,6 % (1279.-€) auf die Pflege, 7,6 % (169.-€) auf die Sozialpädagogen und 5,1 % (112.- €) auf PPP.

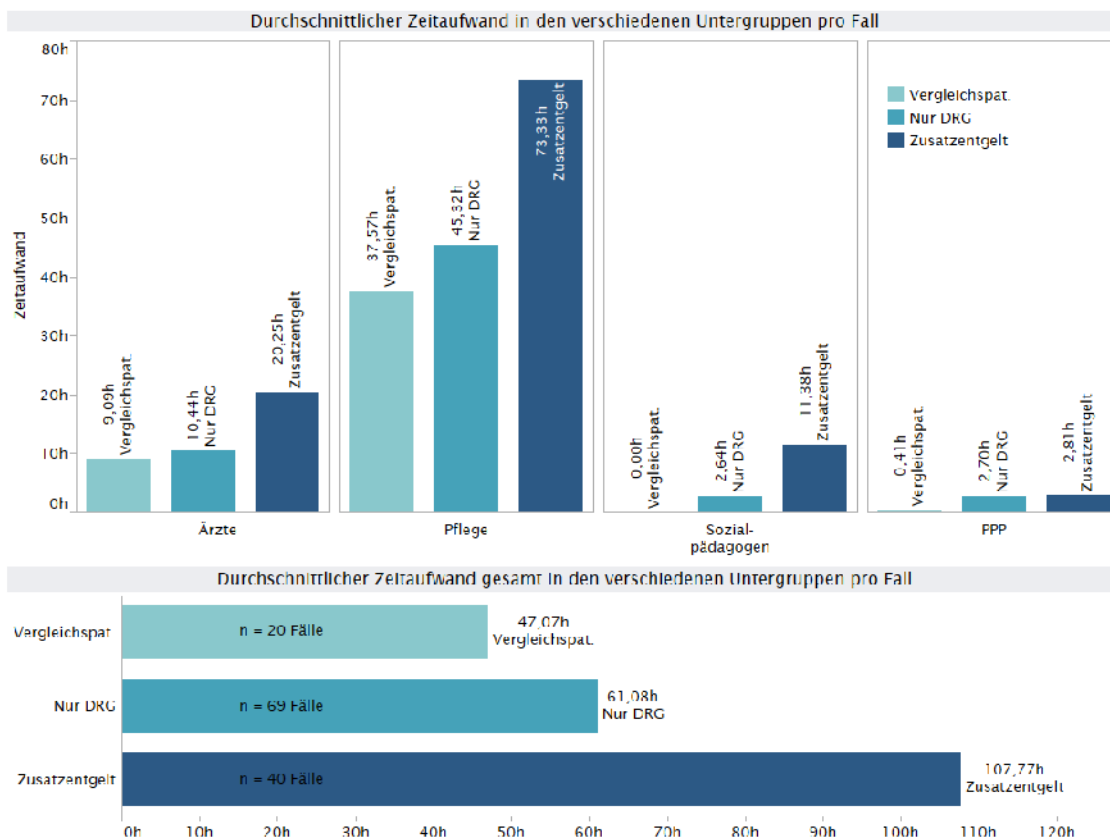
Die Pflege ist also trotz geringerer Gehälter aufgrund des hohen Arbeitszeitaufwandes die kostenintensivste Berufsgruppe.

Im Folgenden werden die Vergleichspatienten den Kinderschutzpatienten gegenübergestellt. Letztere wurde nochmals in 2 Gruppen unterteilt:

- Patienten, bei denen nur eine DRG generiert wurde
- Patienten, die sowohl DRG wie auch OPS generierten

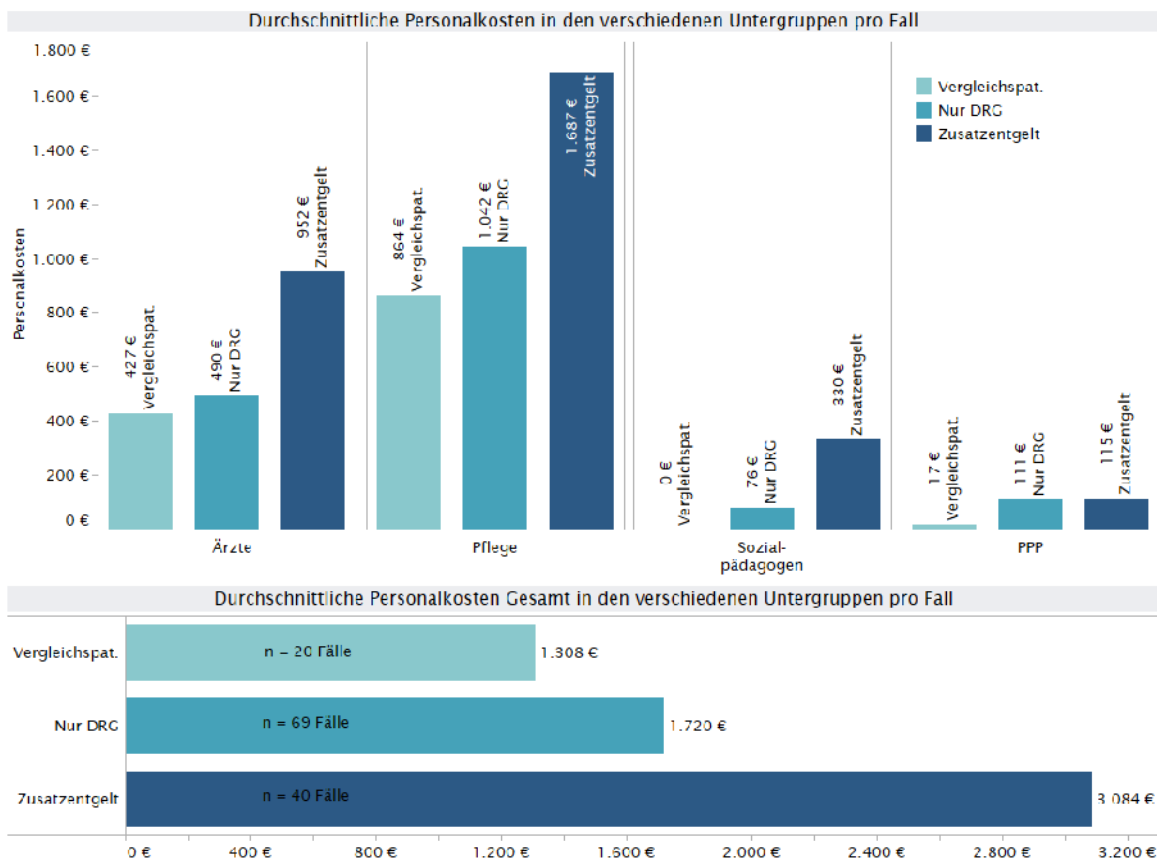
Zu beachten ist, dass auch in Fällen, bei denen (aus verschiedenen Gründen) keine OPS abgerechnet wurde, häufig eine KWG vorlag).

Grafik 32: Durchschnittlicher Zeitaufwand



Der Zeitaufwand variiert stark in den verschiedenen Untergruppen.

Grafik 33: Durchschnittliche Personalkosten



Die Kosten variieren stark zwischen den verschiedenen Untergruppen.

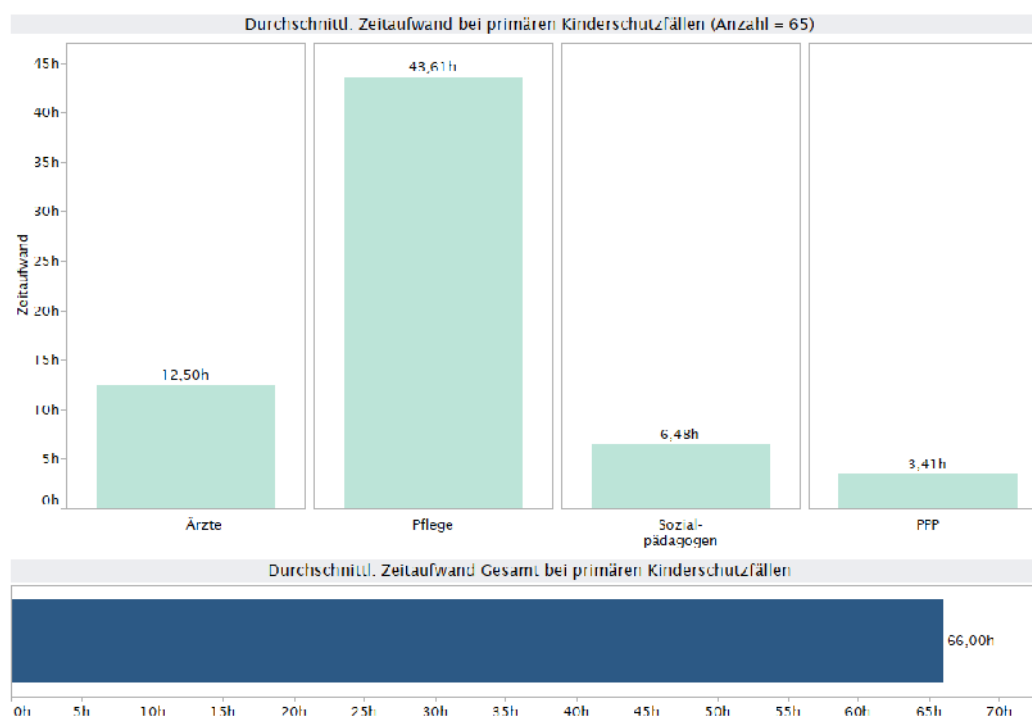
Aus den Grafiken geht hervor, dass der Zeitaufwand pro Fall in der Zusatzentgeltgruppe deutlich höher ist, als in der DRG Gruppe. Dies ist bedingt durch erweiterte diagnostischen Maßnahmen, zusätzliche Fallbesprechungen und wiederholte Kommunikation mit der Jugendhilfe zur Abklärung einer KWG sowie der deutlich aufwendigeren Elternarbeit. Für die Pflegenden ergibt sich hierbei ein deutlich erhöhter Zeitaufwand, bedingt durch einen größeren Pflegeaufwand, der Betreuung von Kindern ohne Begleitpersonen und intensive Interaktionsbeobachtung sowie häufigeren Gesprächen zum aktuellen Austausch und Absprachen. Sozialpädagogisch und ärztlich ergibt sich ein höherer Zeitaufwand bei OPS Fällen aufgrund der Komplexität der Abklärung.

Arbeitszeiten (und damit Kosten) aller Vergleichsfälle (ohne V. a. Kindeswohlgefährdung) sind deutlich geringer.

Die durchschnittlichen Arbeitszeiten steigen von „nur DRG“ Fällen zu DRG + OPS Fällen um 43 %.

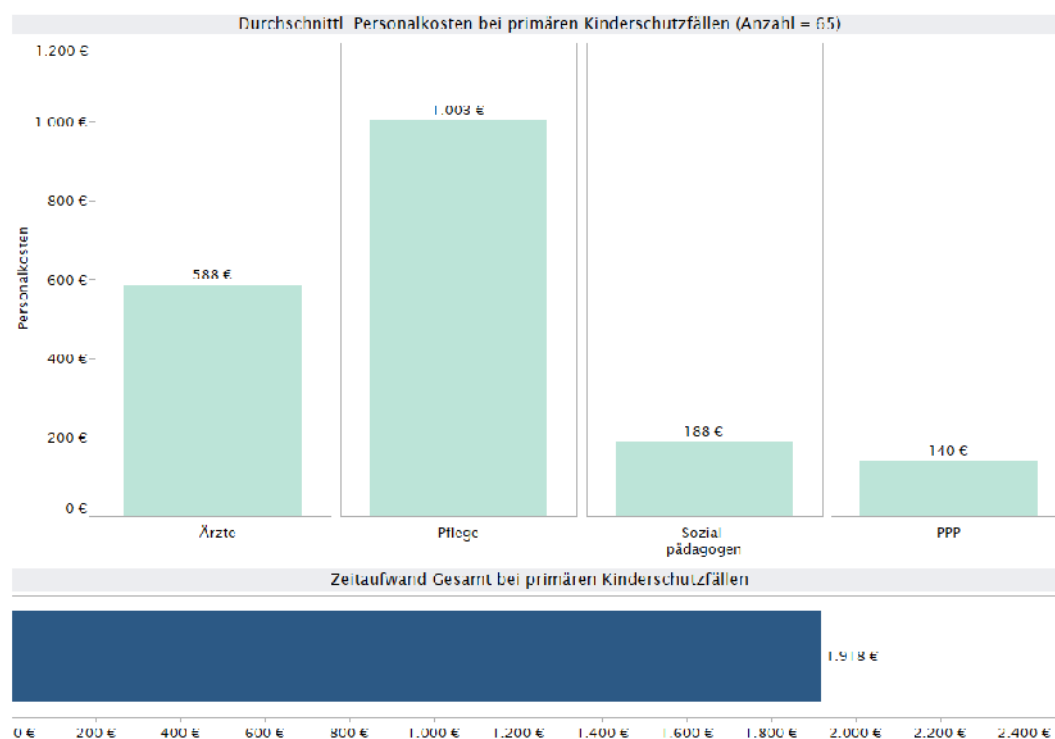
Nun wird die Subgruppe aller Patienten betrachtet, die nur wegen Verdacht auf eine KWG stationär aufgenommen wurden. Hier spielen Begleitmorbiditäten eine geringere Rolle. Nicht mit eingeschlossen sind hier Neugeborene und Patienten mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen, bei denen erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes der Verdacht auf eine KWG entstand.

Grafik 34: Durchschnittlicher Zeitaufwand – primäre Kinderschutzfälle



Durchschnittlicher Zeitaufwand, der bei der Behandlung der Patienten, die primär als Kinderschutzfälle eingestuft wurden, angefallen ist. Im Schnitt entfielen pro Fall 12,50h auf die ärztliche Behandlung, 43,61h auf die Pflege, 6,48h auf die Sozialpädagogen und 3,41h auf PPP. Der durchschnittliche gesamte Zeitaufwand pro Fall betrug 66,00h.

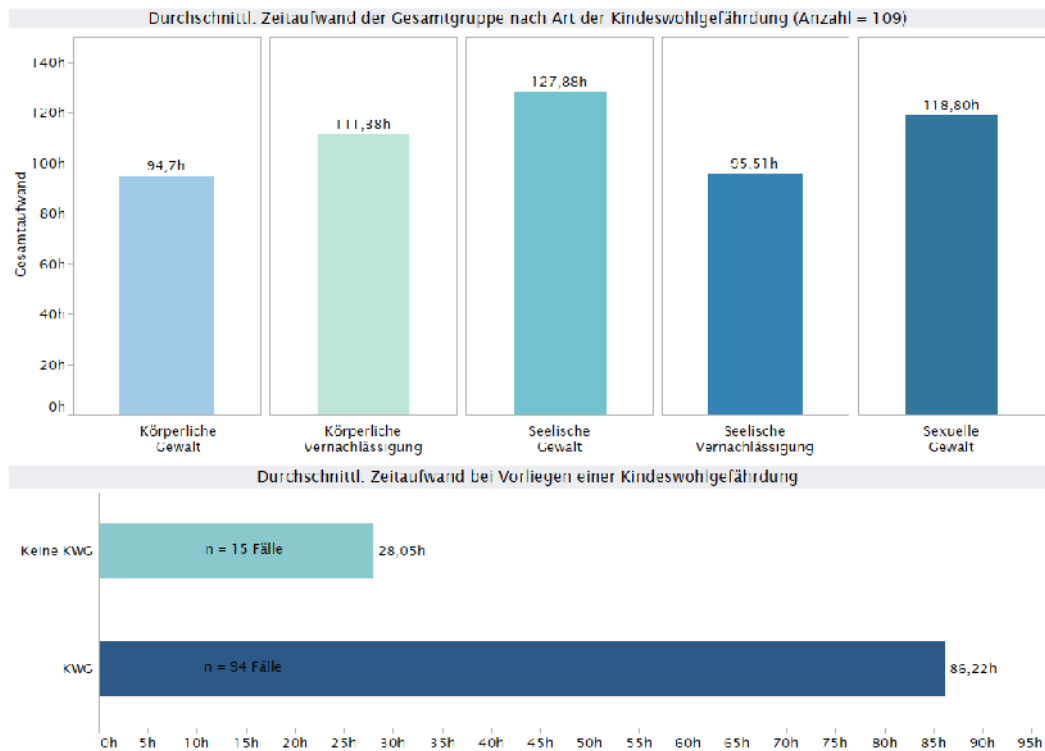
Grafik 35: Durchschnittliche Personalkosten – primäre Kinderschutzfälle



Durchschnittspersonalkosten, die bei der Behandlung der Patienten, die primär als Kinderschutzfälle eingestuft wurden, angefallen sind. Im Schnitt entfielen pro Fall 588€ auf die ärztliche Behandlung, 1.003€ auf die Pflege, 188€ auf die Sozialpädagogen und 140€ auf PPP. Die durchschnittlichen gesamten Personalkosten pro Fall beliefen sich auf 1.918€.

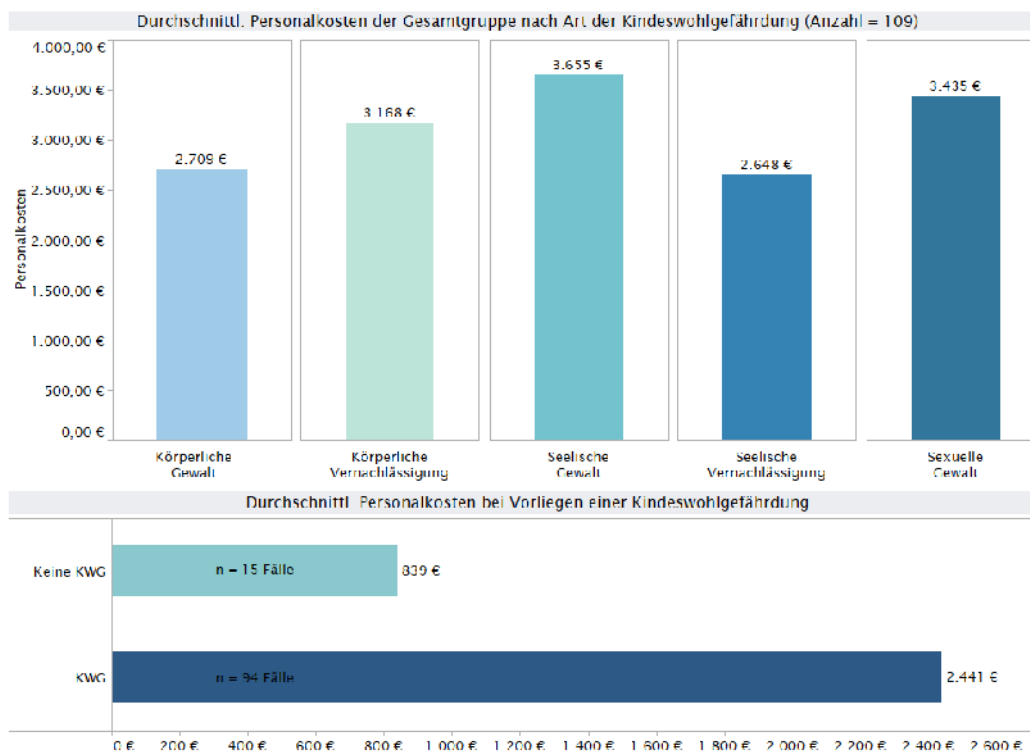
Der durchschnittliche Zeitaufwand betrug 66 Stunden, die Personalkosten lagen bei 1918 €. Damit sind beide Parameter nur knapp unter dem der gesamten Patientengruppe (78,1 Stunden, 2220 €).

Grafik 36: Durchschnittlicher Zeitaufwand nach Art der KWG - Gesamtgruppe



Auf Patienten, bei denen eine oder mehrere Formen von Kindeswohlgefährdung vorlagen, entfielen durchschnittlich immer höhere Arbeitszeiten als auf Patienten ohne Kindeswohlgefährdung.

Grafik 37: Durchschnittliche Personalkosten nach Art der KWG - Gesamtgruppe



Auf Patienten, bei denen eine oder mehrere Formen von Kindeswohlgefährdung vorlagen, entfielen durchschnittlich immer höhere Personalkosten als auf Patienten ohne Kindeswohlgefährdung.

Die durchschnittlichen Kosten bei Vorliegen einer KWG liegen bei 2441.-€ und sind wesentlich höher als in abgeklärten Fällen, bei denen sich eine Gefährdung nicht bestätigte (839.-€). Im Wesentlichen dürfte sich hier der Unterschied in zeitintensiven Fallkonferenzen und Austauschgesprächen mit dem Helfersystem ergeben. Die diagnostischen Maßnahmen sind i. d. Regel in nahezu gleichem Umfang nötig.

Zwischen den verschiedenen Gefährdungsformen finden sich deutliche Arbeitszeit- und Kostenunterschiede. Es wurde jeweils die dominierende Gewaltform als Grundlage der Zuordnung gewählt. Die Kosten einer Abklärung sind für körperliche Gewalt am niedrigsten, die meisten Kosten verursacht eine Abklärung bei v. a. seelische Gewalt. Ursache hierfür ist eine andere Art der Diagnostik, die aufgrund von fachlichen Aspekten (siehe dort) zeitintensiver ist. Aufgrund der wenig evidenzbasierten Datenlage in diesem Bereich (im Gegensatz zur Beurteilung klinisch - somatischer Befunde) braucht es ein spezialisiertes Wissen sowie einen mehrfachen und intensiven Austausch zwischen den Professionen, um zu einer verlässlichen Einschätzung zu kommen.

5.2.1 Auswertung Zeitaufwand einzelner Prozessabläufe

Die quantitative Zeiterfassung der Prozessabläufe orientiert sich an der beschriebenen Zeiterfassungstabelle. Die ausgeübten Aktivitäten werden innerhalb der Teilprozesse konkret beschrieben und in Kategorien zusammengefasst, die in der Tabelle unter dem Titel Zeitbedarf ersichtlich sind. Die hier genannten Daten wurden entweder direkt erhoben oder aus den erhobenen Daten mittels Erfahrungswerten extrahiert.

Teilprozess 1	Konsilstellung bei Verdacht auf KWG
Ziel/ Ergebnis	Überprüfung des Verdachtes auf KWG
Aktivitäten	Bewertung der Aufnahmediagnostik Pflegeeinschätzung und -beobachtung Stellung des Konsils durch MA bei Verdacht auf KWG Einholen von Informationen bei den Antragstellern des Konsils Dokumentation
Prozessbeteiligte	Fachkräfte auf Station oder Aufnahme aus Pflege und Ärzteschaft Fachkräfte im KSG Team aus Pflege, Ärzteschaft und Sozialpädagogik
Schnittstellen	KSG Mitglieder – alle Mitarbeiter
Zeitbedarf	Ca. 45 min
Instrumente/Dokumente	Konsil Maske im Medico Patientenkurve mit Aufnahmebogen

Teilprozess 2	Kinderschutzmedizinische Diagnostik				
Ziel/Ergebnis	Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung?				
Prozessbeteiligte	Leitender Facharzt Assistenzarzt Facharzt mit spezifische Expertise (z. B. Rechtsmedizin, Radiologie, Gynäkologie)				
Schnittstellen	KSG – Ärzte - Funktionsbereiche				
Instrumente/Dokumente	spezielle Untersuchungstechniken, Fotodokumentation, Bildgebende Verfahren, Labordiagnostik, spezifische Anamnese-, Befund- und Dokumentationsbögen S3 (+) Kinderschutzleitlinie				
Zeitbedarf	Im Rahmen des stationären Aufenthaltes so zügig wie möglich				
		Patientenkontakt	Besprechung intern	Besprechung extern	Arztbrief
	Zeitbedarf	4:35h	5:35h	1:07h	1:35h

Teilprozess 3	Sozialpädagogische Diagnostik
Ziel/ Ergebnis	Sozialanamnese, Erfragen des Familiensystems, Abklären von Ressourcen, Mustern, Netzwerken, Erziehungskompetenzen, Risikofaktoren für eine KWG, Wahrnehmen der kindlichen Bedürfnisse, Überprüfung der Bindungsfähigkeit, Umgang mit Konflikten, Kooperationsbereitschaft der Eltern, Lösungsansätze. Einholen anderer Sichtweisen auf das Familiensystem bzw. Überprüfen bereits bestehender Helferstrukturen. Kontaktaufnahme zum JA.
Aktivitäten	Kontaktaufnahme zu einem oder beiden Elternteilen oder anderen Erziehungsberechtigten Entbindung von der Schweigepflicht einholen

	Austausch mit dem vorhandenen Helfersystem Hinzuziehen des JAes bei einer KWG.			
Prozessbeteiligte	Erziehungsberechtigte, Patient, Helfersystem, Jugendamt			
Schnittstellen	Sozialpädagogin - Helfersystem - beteiligte Klinikmitarbeiter			
Instrumente/Dokumente	Sozialanamnese- und Risikoscreening Genogramm Ressourcenkarte Netzwerklandkarte Entbindung von der Schweigepflicht Dokumentation			
Zeitbedarf		Kontakt mit Patienten und Angehörigen inkl. Doku	Besprechung intern inkl. Doku	Besprechung extern Inkl. Doku
	Zeitbedarf	3:07 h	3:13 h	0:45 h
	Häufigkeit	2-3 x	5-10 x	2-6 x
Anmerkungen	Aus organisatorischen Gründen wurde die Sozialanamnese zum Teil von ärztlicher Seite mit übernommen, so dass der Stundenaufwand für die Sozialanamnese durch Sozialpädagogen im Regelfall durchaus höher ausfallen kann. Außerdem kam es auch immer wieder zu erweiterten bzw. organisatorischen Gesprächen mit den Jugendämtern durch die Ärzte, die die Darlegung der medizinischen Inhalte deutlich überschritten und somit in das Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogen hineinreichten.			

Teilprozess 4	Pflegebeobachtung				
Ziel/ Ergebnis	Bewertung der Eltern-Kind-Interaktion				
Aktivitäten	Anleitung und Unterstützung in der Grundpflege, Hilfestellung bei Umgangs-mitteln, Wahrnehmen und Beobachten der Eltern- Kind- Interaktion im K				
Prozessbeteiligte	Pflegefachkräfte - Kind - Eltern				
Schnittstellen	Pflegefachkräfte - KSG				
Instrumente/Dokumente	Interaktionsbeobachtung Spezifische Dokumentationsbögen Patientenkurve				
Zeitbedarf		Allgemeine Pflege inkl. Doku	Interaktionsbeobachtung inkl. Doku	Elternanleitung inkl. Doku	B
	Zeitbedarf	34:08 h	14:45 h	0:20 h	7
Anmerkungen	Die Pflege ist täglich in engem Kontakt mit den Patienten über den gesamten Aufenthalt hinweg.				

Teilprozess 5	Interaktionsbeobachtung
Ziel/Ergebnis	Ausgestaltung bzw. Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-

	Beziehung/ Interaktion
Prozessbeteiligte	Fachkräfte für Kinderkrankenpflege, Psychologe/in, Psychotherapeut/in, Fachkräfte für Sozialpädagogik, Ärzte/innen
Schnittstelle	KSG – PPP, Pflegefachkräfte
Instrumente/Dokumente	Gespräch, Beobachtung und Spiel; spezifische Anamnese-, Befund- und Dokumentationsbögen; Diagnostik anhand der Leitlinie der psychoanalytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie sowie die „Diagnostische Klassifikation der seelischen Gesundheit und entwicklungsbedingter Störungen der Säuglings- und Kleinkindzeit“ (ZTT-DC: 0-3)
Zeitbedarf	Anamnese und Interaktionsbeobachtung: 1– 2 Stunden Dokumentation sowie Fallbesprechung: 2 Stunden
Anmerkungen	Therapeutische Prozesse werden bei Feststellung eines erhöhten diagnostischen oder therapeutischen Bedarfes des Patienten eingeleitet.

<i>Teilprozess 6</i>	Psychiatrische/ Psychologische/Psychotherapeutische Diagnostik
Ziel/Ergebnis	Abklären psychiatrischer, bzw. psychischer Auffälligkeiten des Patienten
Aktivitäten	Psychiatrische bzw. psychologische Diagnostik mit dem Patienten unter Einbeziehung der Erziehungsberechtigten
Prozessbeteiligte	Psychiater/Psychologe/Psychotherapeut, Patient, Erziehungsberechtigte, KSG, zuständiger Stationsarzt, Pflegefachkraft
Schnittstellen	KSG – beteiligte Klinikmitarbeiter
Instrumente/Dokumente	Befunderhebungsdokumente der zuständigen Professionen
Zeitbedarf	Anamnese und Diagnostik: 1-2 Stunden bei kurzen Aufenthalten, bei längeren Aufenthalten bis zu 8 Stunden. Dokumentation und Fallbesprechung: 2 Stunden
Anmerkung	Therapeutische Prozesse werden bei Feststellung eines erhöhten diagnostischen oder therapeutischen Bedarfes des Patienten eingeleitet.

<i>Teilprozess 7</i>	Fallbesprechung
Ziel/ Ergebnis	Gemeinsame Einschätzung bzgl. des Vorliegens einer KWG oder eines Unterstützungsbedarfes der Familie, Formulieren der nächsten Handlungsschritte
Aktivitäten	Zusammentragen aller medizinischen, sozialpädagogischen, pflegerischen und psychologischen Befunde, Einschätzung der KWG und des Hilfebedarfs, Notwendigkeit der Meldung an das Jugendamt, Schweigepflichtsentbindung, Festlegen weiterer (diagnostischer) Schritte

Prozessbeteiligte	KSG, Stationsarzt, zuständige Pflegefachkraft, weitere an der Diagnostik beteiligte Personen
Schnittstellen	KSG – beteiligte Klinikmitarbeiter
Instrumente/Dokumente	Patientenakte Spezifischer Dokumentationsbogen zur Einschätzung einer KWG ggf. Meldebogen Gefährdungsmeldung nach § 8a SGB VIII, Schweigepflichtsentbindung
Zeitbedarf	1 - 3 x zwischen 30 und 60 min
Anmerkung	Für die Fallbesprechungen und die Fallkonferenz gibt es gemäß der DG KiM und der OPS- Abrechnung die Mindestanforderung von 30 Minuten pro teilnehmender Profession. Diese wurden in den meisten Fällen um ein Vielfaches überschritten.

<i>Teilprozess 8</i>	Meldung an das Jugendamt
Ziel/ Ergebnis	Sicherstellung des Schutzes des Kindes durch das Jugendamt
Aktivitäten	Information der Eltern, ggf. Schweigepflichtsentbindung Vorab meist telefonische Meldung Meldeformular ausfüllen und abschicken Informationsaustausch mit dem Jugendamt Festlegung der akut umzusetzenden Maßnahmen und Kommunikation derselben an die Beteiligten
Prozessbeteiligte	Sozialpädagogen, KSG Mitglieder, Oberärzte
Schnittstellen	KSG - Jugendamt
Zeitbedarf	Ca. 60 min
Instrumente/Dokumente	Meldebogen Gefährdungsmeldung nach §8a SGB VIII

<i>Teilprozess 9</i>	Fallkonferenz
Ziel/ Ergebnis	Herstellen eines gleichen Informationsstandes zwischen Eltern, KSG und Jugendamt Gemeinsame Wertung aller Befunde und Aussagen Erstellung eines Hilfeplans und ggf. eines Schutzkonzeptes durch das JA, Festlegung der kinderschutzmedizinischen Nachsorge
Aktivitäten	Darstellung der kindlichen Situation mit allen erhobenen Befunden und Kommunikation der Einschätzung der KSG aus der internen Fallbesprechung an das Jugendamt und die Eltern. Rückmeldungen und Diskussion der Sichtweisen der Eltern. Gesamteinschätzung nach Darlegung aller Informationen durch KSG, Eltern und Jugendamt. Festlegen der zum Schutz des Kindes nötigen Maßnahmen Klärung der Notwendigkeit einer Anzeige
Prozessbetei-	KSG, Stationsarzt, zuständige Pflegekraft, Jugendamt, Eltern, ggf.

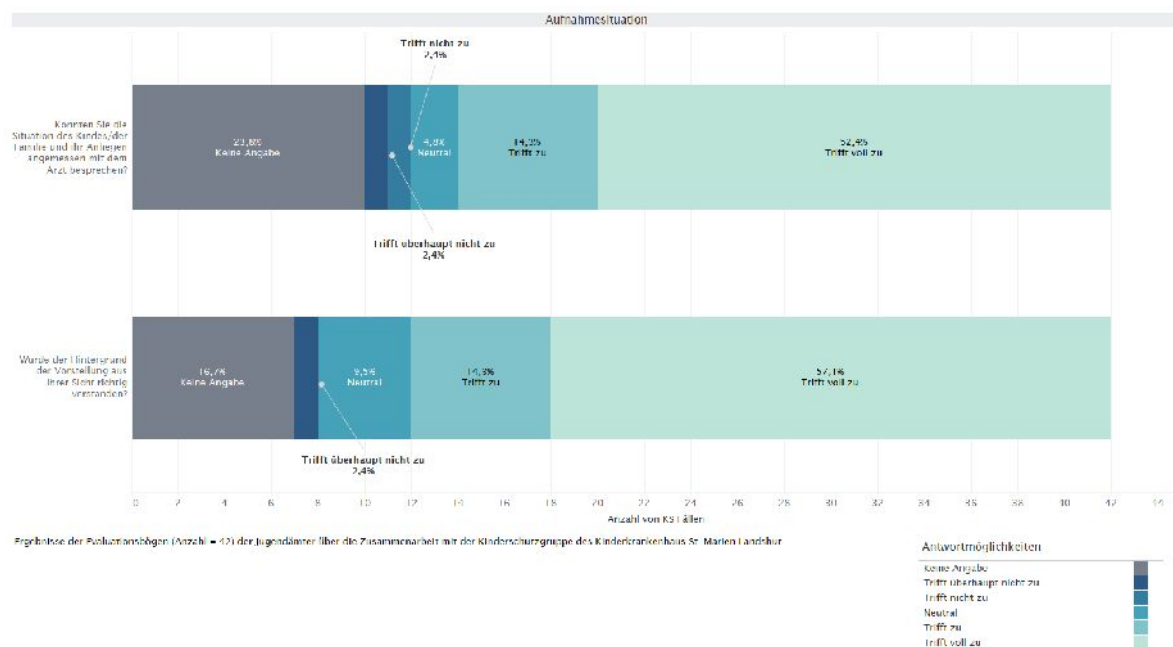
ligte	Kind
Schnittstellen	KSG – Eltern - Jugendhilfe
Zeitbedarf	1 - 2 x, 60 - 120 min
Instrumente/ Dokumente	Spezifischer Dokumentationsbogen zur Einschätzung einer KWG Dokumentationsbogen Fallkonferenz

Teilprozess 10	Arztbriefschreibung		
Ziel/Ergebnis	Information der weiterbehandelnden Ärzte und des Jugendamtes		
Aktivitäten	Information über die erhobenen Befunde und deren Ergebnisse Formulierung von Empfehlungen		
Prozessbeteiligte	Stationsarzt, KSG		
Schnittstellen	KSG – niedergelassene Ärzte - Jugendamt		
Instrumente/Dokumente	Spezielle Dokumentvorlagen		
Zeitbedarf + Frist		Arztbriefschreibung/Bericht	
	Zeitbedarf	1:35 h	
	Häufigkeit	1- 2 x	

5.2.2 Auswertung der Fragebögen

5.2.2.1 Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe

Grafik 38: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (1)



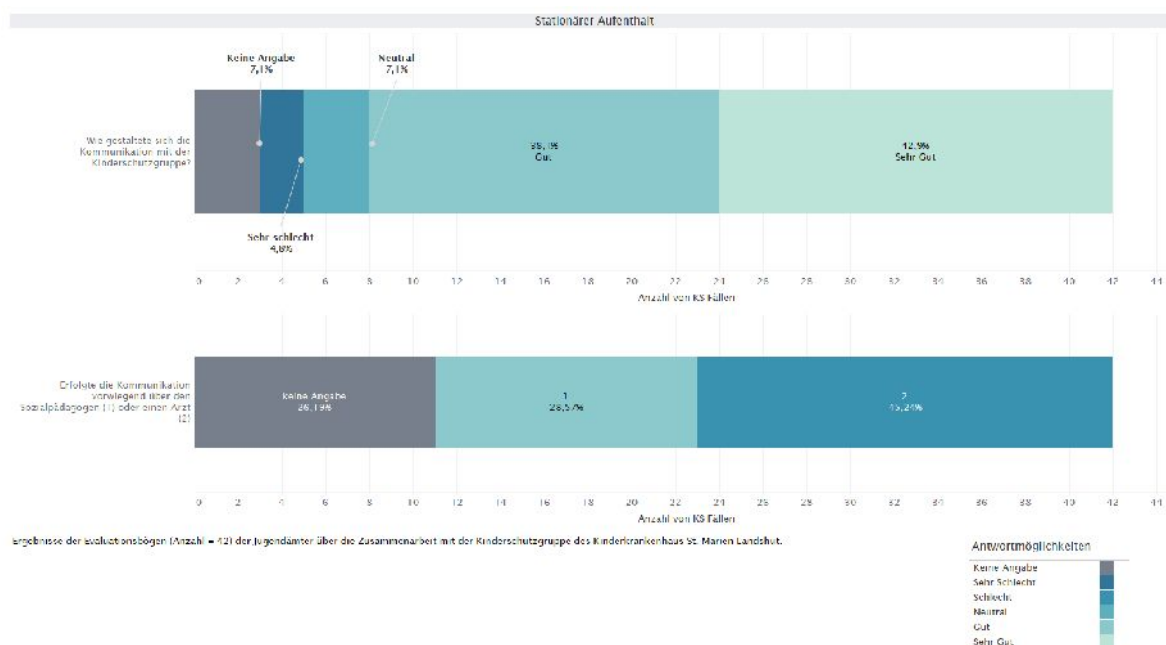
67% der Jugendamtsmitarbeiter empfanden die Möglichkeit ihr Anliegen angemessen mit dem Arzt zu besprechen, als ausreichend. Dies zeigt, dass trotz häufig drängender Zeit und komplexer Fragestellung die Kommunikationsmöglichkeiten ausreichen, um die Anliegen gegenseitig gut zu kommunizieren.

In etwa 5 % der Fälle konnten die Mitarbeiter ihr Anliegen nicht ausreichend mit dem Aufnahmearzt besprechen. Etwa 5 % gaben an, hier eine neutrale Einschätzung zu haben. Bedingt durch häufige Personalwechsel in der Notaufnahme treffen die Jugendamtsmitarbeiter immer wieder auf in Kinderschutzabläufen unterschiedlich vorgebildete ärztliche Kollegen (trotz regelmäßiger Schulungen sowohl des ärztlichen als auch des pflegerischen Personals). Dazu kommt oft ein sehr hoher Zeitdruck in der Notaufnahme. Ein Grund für mangelnde Kommunikation ist somit der Zeitdruck. Ein anderer kann das unterschiedliche Verständnis der Aufgaben, der Zuständigkeiten und des Vorgehens zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe sein.

Es ist für den aufnehmenden Arzt von besonderer Wichtigkeit neben der medizinischen Diagnosestellung auch die Gesamteinschätzung durch die Jugendhilfe zu kennen. Bei einer nicht auszuschließenden Gefährdung des Kindes empfehlen wir eine stationäre Aufnahme des Kindes, da eine weitergehende Klärung in der Notaufnahme personell und strukturell nicht möglich ist.

Der Unterpunkt der Fragestellung, ob der Hintergrund der Vorstellung richtig verstanden wurde, ist in einem Fall mit „trifft überhaupt nicht zu“ beantwortet worden, mit 10 % neutral. Das bedeutet, dass in gut 10% aller Fälle Unsicherheiten bestanden, ob das Anliegen der Jugendhilfe vom Gesundheitswesen richtig verstanden wurde. Dies kann sowohl dem Zeitdruck und/oder auch dem unterschiedlichen Wissen um die Gegebenheiten des jeweils anderen Systems geschuldet sein.

Grafik 39: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (2)



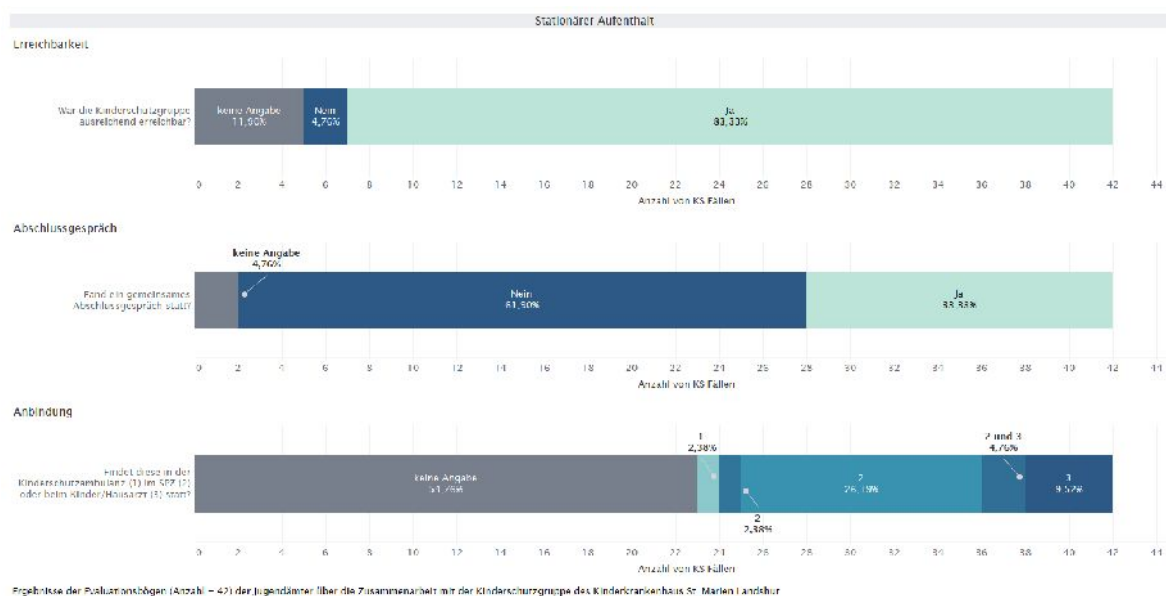
In 2 Fällen wurde die Kommunikation mit der Kinderschutzgruppe als sehr schlecht eingestuft, neutral waren hierzu 3 Fälle. Insgesamt also 5 von 42 Fällen, die mit schlechter Kommunikation eingestuft wurden.

Dagegen steht eine gute Kommunikation in über 80% der Fälle. In knapp der Hälfte der Fälle erfolgte die Kommunikation über einen Arzt. Es ist originäre und nicht de-

legierbare Aufgabe des Arztes, der die Familie betreut bzw. des Leiters der Kinderschutzgruppe aus dem ärztlichen Dienst, die medizinischen Befunde der Jugendhilfe zu kommunizieren und sicher zu stellen, dass sowohl der Befund als auch dessen Bedeutung für die medizinischen Laien der Jugendhilfe verstanden werden. Dies ist ein essentiell wichtiger Bestandteil der Zusammenarbeit, der auch z. B. in einer Kooperationsvereinbarung fixiert werden sollte.

Dennoch erfolgt ein Großteil der Kommunikation über die Sozialpädagogen oder die Pflege. Hier werden häufig der jeweilige Zwischenstand ausgetauscht, organisatorische Fragen geklärt und weitere Vereinbarungen bzw. deren Einhaltung besprochen und ggf. überprüft. Der häufige Wechsel der Pflegekräfte auf Station führt hier immer wieder zu Informationsverlusten oder Missverständnissen – nur eine strukturierte und effiziente Übergabe kann dem vorbeugen. Relevante Informationen sollten von der Jugendhilfe immer direkt einem Mitglied der KSG kommuniziert werden. Es empfiehlt sich hier eine gesonderte Dokumentation über die jeweiligen Absprachen anzufertigen, damit diese nicht in der allgemeineren Patientendokumentation schwer auffindbar sind.

Grafik 40: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (3)



Mit etwa 83% wird die Kinderschutzgruppe als ausreichend erreichbar eingestuft. Die teilweise kritisierte schlechte Erreichbarkeit beruht darauf, dass die Kinderschutzgruppe aufgrund ihrer beschränkten personellen Besetzung keinen 24-Dienst anbieten kann und so das Büro, auch während Elterngesprächen oder Fallkonferenzen, nicht besetzt ist.

Die Frage nach einem gemeinsamen Abschlussgespräch wurde in knapp 62 % der Fälle mit „Nein“ beantwortet. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Zum einen kann es

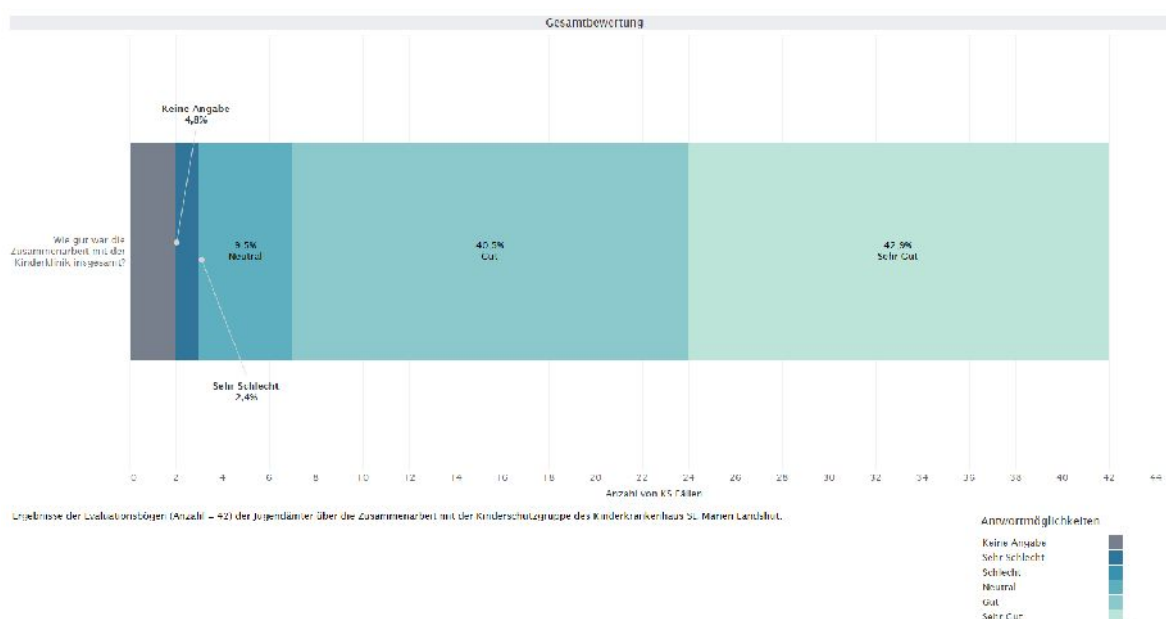
aufgrund einer eindeutigen Klärung und guter, auch telefonischer, Kommunikation und nicht vorhandener Gefährdung nicht nötig sein.

Zum anderen scheiterten jedoch auch aus unserer Sicht nötige Abschlussgespräche an Termenschwierigkeiten und dem Konflikt zwischen einer zügigen Entlassung aus der Klinik und den vorhandenen personellen Ressourcen der Jugendhilfe und des medizinischen Systems. Wobei festzustellen ist, dass bei 33% der mit „Ja“ beantworteten Fragen zum gemeinsamen Abschlussgespräch die Kinder vertreten sind, bei denen eine eindeutige und hohe Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung bestand. In allen Fällen einer § 8a-Meldung fand ein Abschlussgespräch (Fallkonferenz) statt. Aus unserer Einschätzung sollte eine gemeinsame Fallkonferenz zwingend in allen Fällen einer KWG stattfinden.

Die weitere medizinische Anbindung der Kinder nach Entlassung wird vom Jugendamt in seiner Bedeutung unterschiedlich gesehen. Hier gab es in über der Hälfte der Fälle keine Angaben, d. h. das Jugendamt ist nicht informiert darüber, in welchem medizinischen Kontext die Kinder weiter betreut werden. Hier zeigt sich hoher Bedarf an der Etablierung einer guten ambulanten Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und niedergelassenen Kinderärzten.

In der anderen Hälfte der Fälle war die medizinische Anbindung klar. Diese fand zu einem geringen Prozentsatz in der Kinderschutzambulanz statt, zu einem sehr hohen Prozentsatz im Sozialpädiatrischen Zentrum und in etwa 15% der Fälle beim Kinderarzt. Dieser scheint damit in der Wahrnehmung deutlich unterrepräsentiert. Eine mögliche Erklärung ist, dass der Kinderarzt als selbstverständlicher Kooperationspartner im Anschluss einer Entlassung wahrgenommen wird und nicht explizit aufgeführt wurde.

Grafik 41: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (4)



Hier ist die Bewertung der medizinischen Betreuung insgesamt dargestellt. Keine Angaben haben zwei Befragte dazu gemacht. Eine Bewertung ist sehr schlecht und knapp 10% sind neutral. In über 83% der Fälle wird die gesamte Zusammenarbeit mit „gut“ oder „sehr gut“ eingeschätzt.

Eine Grundvoraussetzung um diesen hohen Zufriedenheitsgrad zu erreichen sind aus unserer Sicht die klare Besetzung der Kinderschutzgruppe mit erfahrenen Mitarbeitern und klarer Benennung der Ansprechpartner, sowie der kontinuierlich und strukturiert durchgeführte Austausch mit den jeweilig zuständigen Jugendamtsmitarbeitern.

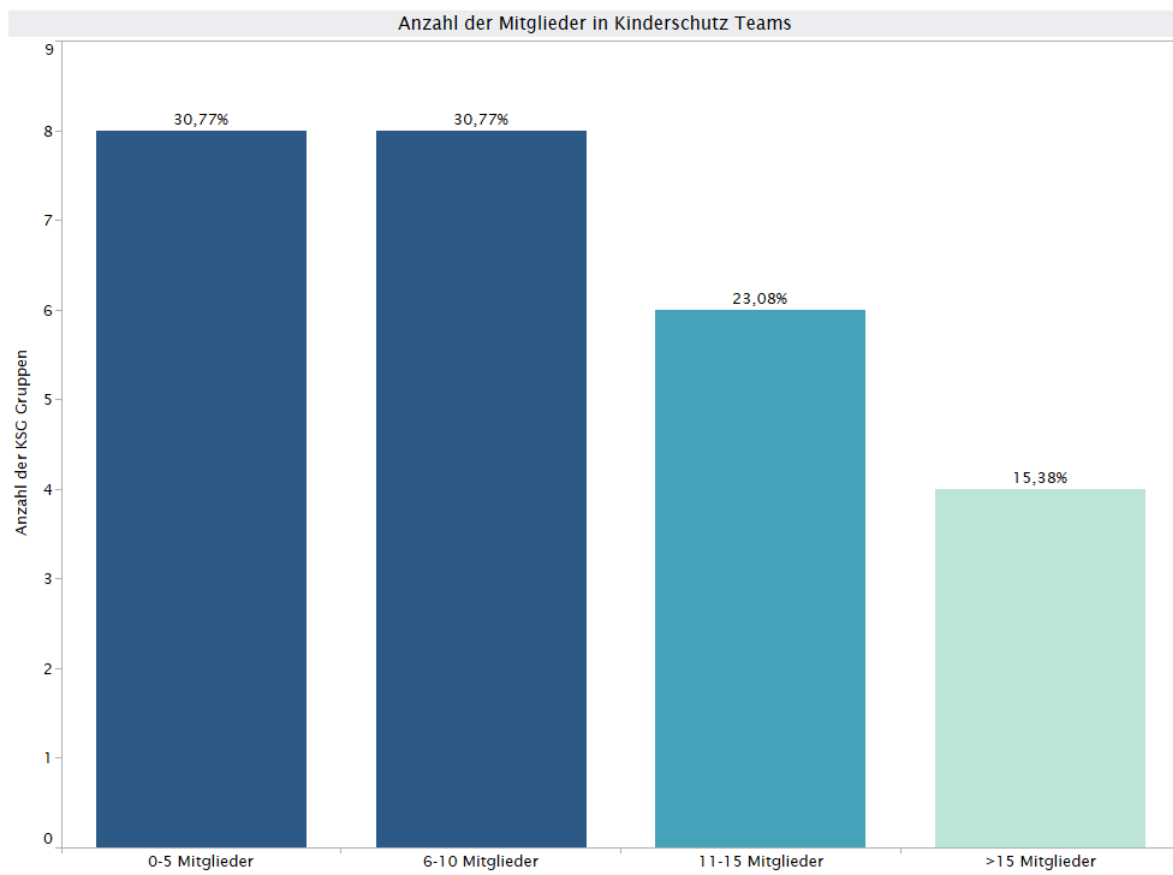
5.2.2.2 Ist Situation 2019 der bestehenden Kinderschutzgruppen in Bayern

Zur Förderung der Vernetzung der Kinderschutzgruppen an den bayerischen Kinderkliniken, bzw. Kliniken mit pädiatrischen Abteilungen – insgesamt 37 – fand im März 2019 ein Treffen im Kinderkrankenhaus St. Marien statt.

Es wurde eine Liste mit den jeweiligen Ansprechpartnern bzw. den derzeit aktiven Mitgliedern der einzelnen KSGs erstellt und den Kliniken zur Verfügung gestellt. Beim telefonischen Erfragen der Ansprechpartner fiel in einigen Kliniken auf, dass sowohl an der Zentrale wie auch in den pädiatrischen Sekretariaten der Begriff „Kinderschutzgruppe“ unbekannt war. Nach wiederholtem Kontaktieren der Kliniken konnten an 33 von 37 Kliniken Ansprechpartner erfragt werden.

Folgende Ergebnisse entstammen Daten, die durch einen Fragebogen, der an die eingeladenen Kinderkliniken verschickt wurde, erhoben wurden.

Grafik 42: Anzahl der Mitglieder in den verschiedenen KSGs



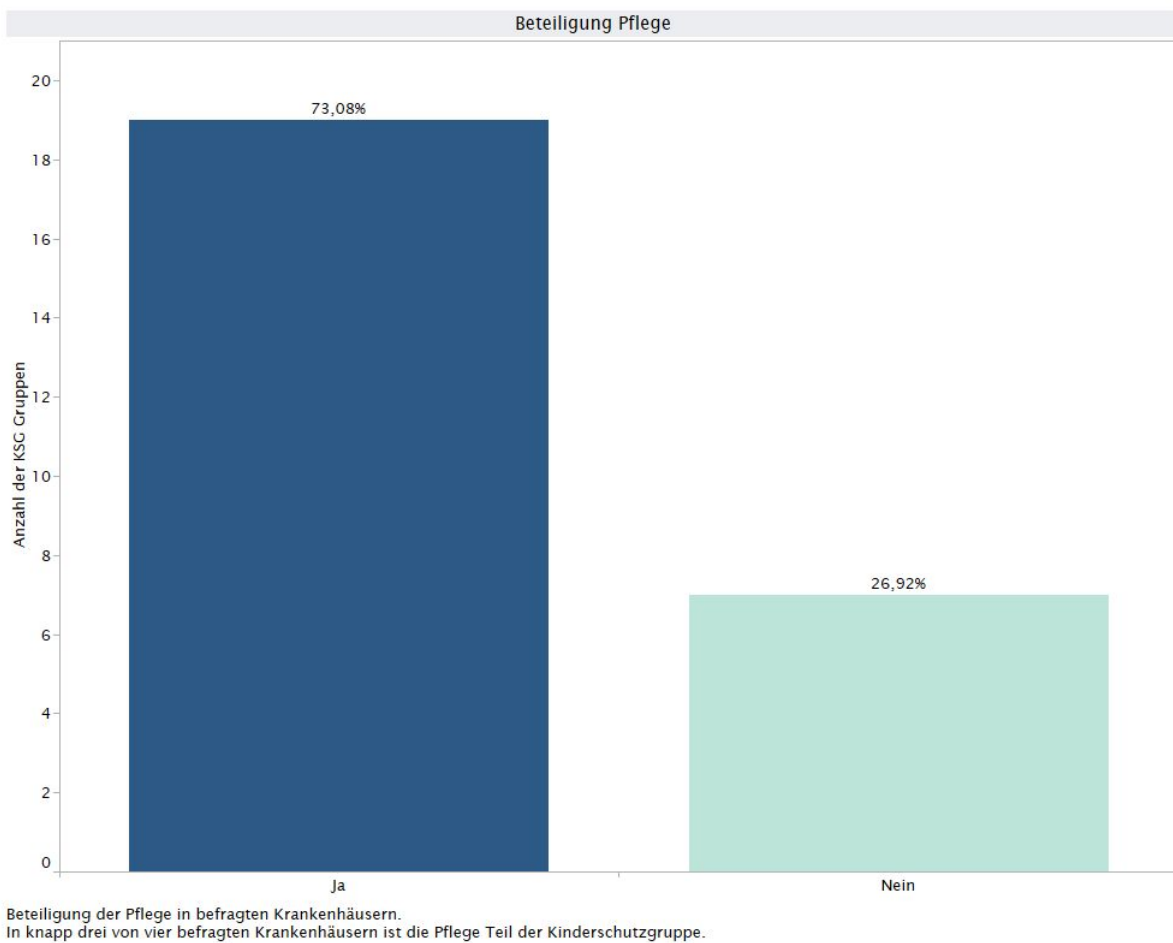
Größe der Kinderschutzteams in befragten Krankenhäusern. Ergebnisse einer Umfrage an 26 Kinderkliniken in Bayern. In knapp 2/3 der befragten Kliniken besteht das Kinderschutz Team aus 10 oder weniger Mitarbeitern.

Die Größe der Kinderschutzgruppen variierte von 2 (was jedoch keine Kinderschutzarbeit nach Standard möglich macht) bis max. 25 Gesamtmitglieder. Am häufigsten hatten KSGen 4 – 15 Mitglieder.

In manchen Kinderschutzgruppen besteht der Großteil der Mitglieder aus Ärzten, bei anderen aus Pflegekräften. In einigen KSGen sind auch Professionen wie eine Sekretärin, ein Jurist oder ein Seelsorger beteiligt.

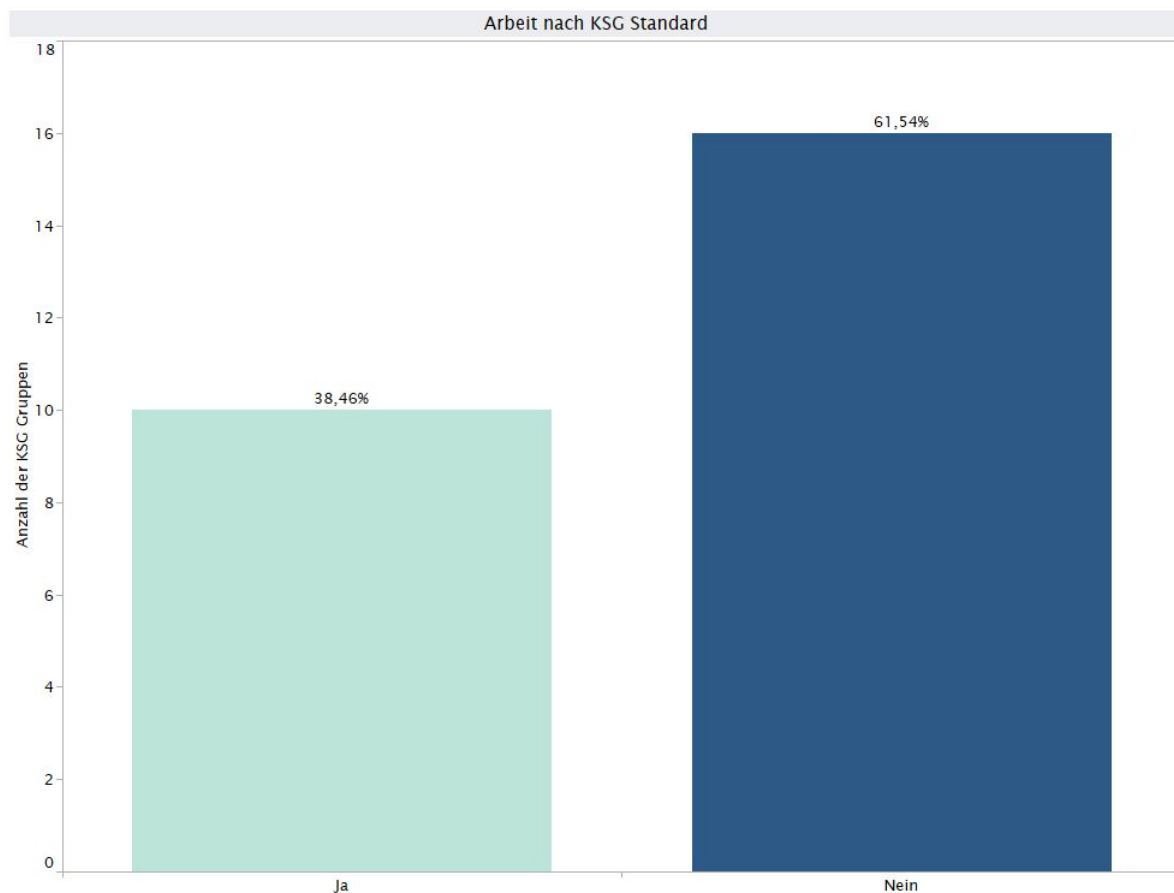
In 3 KSGen war kein Sozialdienst vertreten, in 2 Gruppen kein Psychologe/Psychiater/Therapeut.

Grafik 43: Beteiligung der Pflege an der KSG



Die sehr hohe Beteiligung der Pflegekräfte ist erfreulich, sie fehlen jedoch noch in 7 Gruppen. Betont wurde oft, dass eine Beteiligung der Pflegekräfte (z. B. an Fallbesprechungen) aufgrund des häufigen Wechsels im Schichtdienstes oder mangelnden Zeitfenstern in der Schicht scheitert.

Grafik 44: Arbeit nach KSG Standard



Anteil der Kinderschutz Teams, die nach KSG Standard arbeiten.
In knapp zwei Drittel der befragten Kinderkrankenhäusern wird nicht nach KSG Standard gearbeitet.

Die Frage, ob eine Arbeit nach DG KiM Standard möglich ist, wurde in 60 % der Fälle bejaht. Dies erscheint eine erfreulich hohe Zahl, allerdings wurden hier keine genaueren Kriterien erfragt (auch eine KSG mit 2 Mitgliedern gab an nach Standard zu arbeiten, was nicht möglich ist). Zudem ist die Zahl der Kinderschutzfälle (bezogen auf die verschlüsselten OPS) sehr gering.

Aus folgenden Gründen wurde die KSG Arbeit nicht nach Standard durchgeführt (Freitextangaben): Zeitmangel, Personalmangel/Überlastung, Schwierigkeiten in der Terminierung, sowie Strukturen in der Klinik. Zeitmangel war der von nahezu allen Gruppen genannte hinderlichste Faktor.

Zur Zusatzfrage „Welche Schwierigkeiten haben sie in der aktuellen Kinderschutzarbeit?“ wurden folgende Angaben gemacht:

- Hohe Arbeitsbelastung
- Zeitmangel
- Pflege zu wenig geschult
- Schwierige Integration der KSG Arbeit in Tagesabläufe, Schwierigkeiten gemeinsame Termine zu finden
- Motivationsproblem, Arbeit „on top“
- Keine zeitliche und finanzielle Unterstützung für notwendige Fortbildungen/Schulungen für Ärzte und Pflege

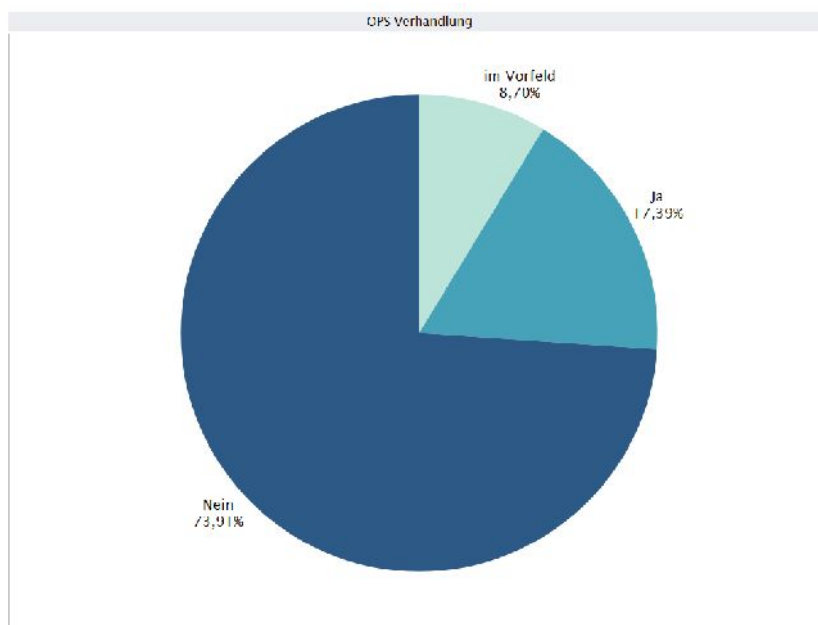
- Zu wenig Infrastruktur (z. B. Räume für Besprechungen, Interaktionsdiagnostik)
- Ärzte zu wenig interessiert, zu viel Entscheidungen bleiben am Sozialdienst hängen
- Finanzierungsdruck
- Schulung aller Mitarbeiter
- Akzeptanz der KSG Arbeit in der Klinik
- Eigene Belastungen ohne Möglichkeit der Supervision
- schlechte Erreichbarkeit der Rechtsmedizin
- Wenig Erfahrungen bzgl. Vorgehen und Wertung „weicher“ Gefährdungsbilder z. B. Gefährdung Kinder psychisch kranker Eltern

In dieser Aufzählung finden sich bekannte Faktoren, die eine Kinderschutzgruppenarbeit in den Kliniken erschweren oder es nahezu unmöglich machen sie entsprechend der fachlich und forensisch notwendigen Standards durchzuführen. Dies beinhaltet ein enorm hohes Risiko, Fehlentscheidungen mit allen daraus resultierenden Konsequenzen für die Familien und/oder die Klinik zu treffen.

Ein Organisationsverschulden ist hier in den meisten Fällen primäre Ursache oder zumindest ein mit verursachender Faktor.

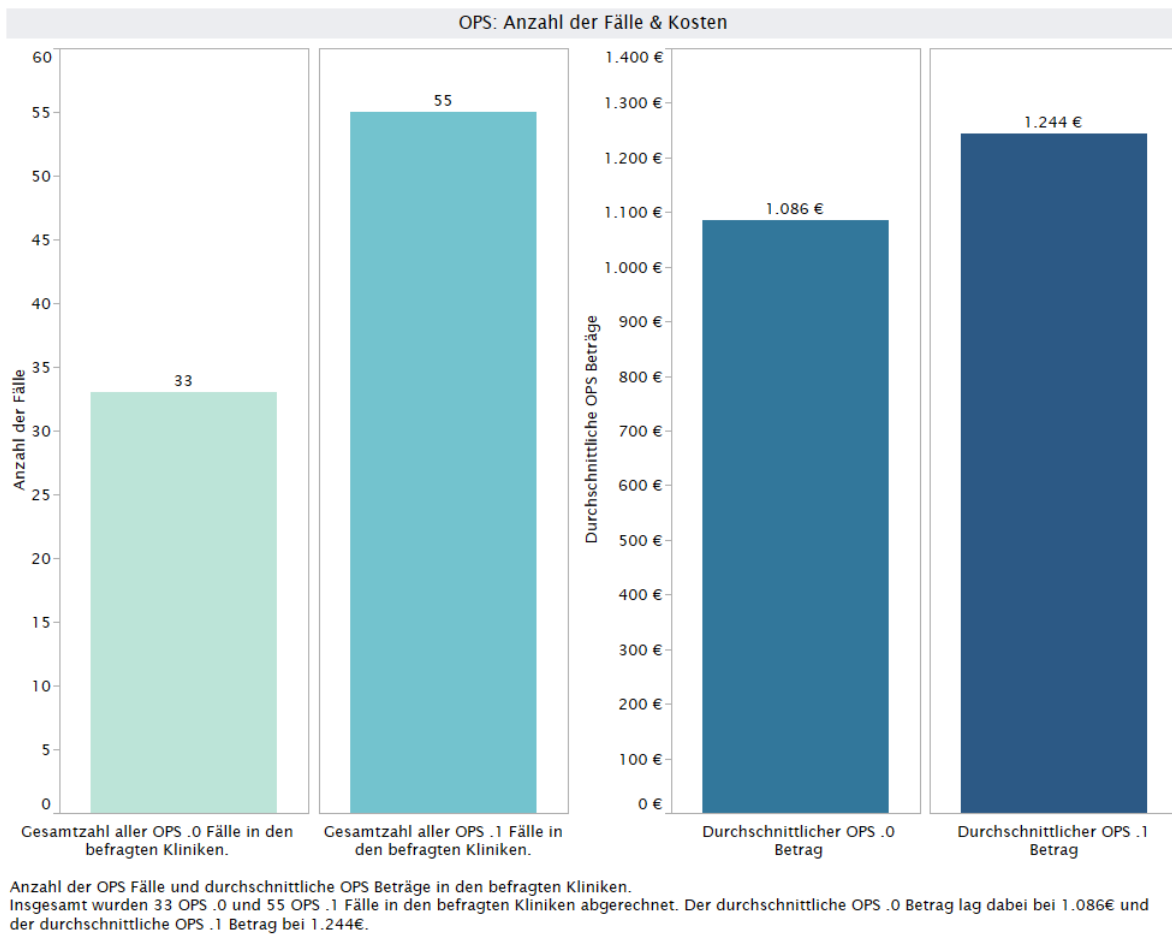
Bis zum Jahr 2018 konnte der kinderschutzmedizinische Mehraufwand in den Kliniken nicht abgerechnet werden. Seit dem Jahr 2018 kann ein individuell verhandeltes Zusatzentgelt abgerechnet werden. Folgende Grafik zeigt die durchschnittlich verhandelten Beträge für 7 Kinderkliniken in Bayern. Die anderen 19 Kliniken, die geantwortet haben, haben entweder noch keinen Betrag verhandelt oder die KSG Mitglieder wussten nichts darüber.

Grafik 45: Beteiligung an OPS Verhandlungen



Anzahl der Kliniken mit Beteiligung an OPS Verhandlung.
In knapp drei von vier Fällen wurde kein OPS Beitrag bei der Behandlung von Kinderschutzfällen ausgehandelt.

Grafik 46: OPS.0 vs OPS.1 – Anzahl der Fälle und durchschnittlicher Erlös (hier als Kosten bezeichnet)

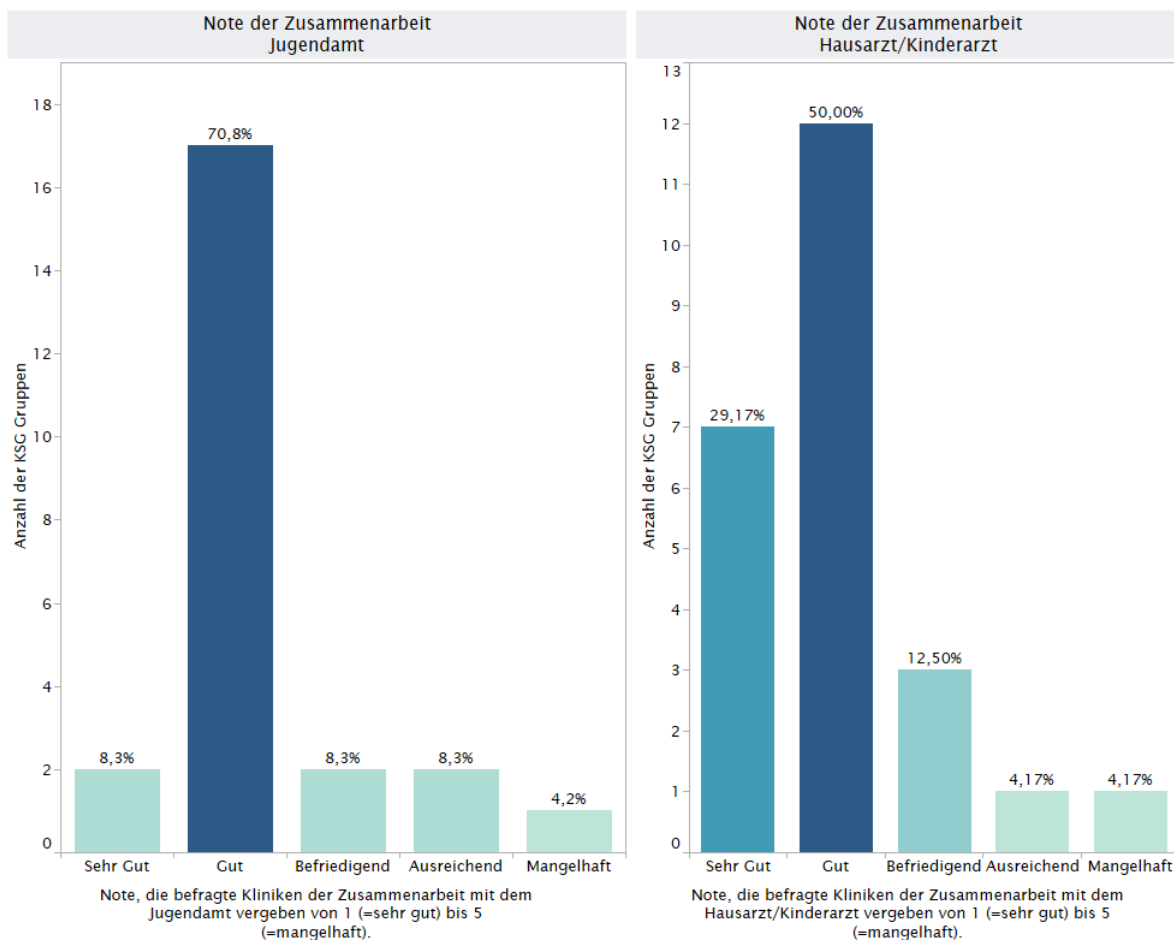


Nach dieser Befragung ist die Gesamtzahl der verschlüsselten OPS Ziffern im Jahr 2018 in ganz Bayern 88, davon stammen 27 von unserer Klinik. Die tatsächlichen Zahlen können höher liegen, vor allem, da einige KSG Mitglieder angaben, nichts über die Anzahl zu wissen.

Der Betrag für die OPS 1-945.0 variierte zwischen 915 € und 1400 €, der für die OPS 1-945.1 zwischen 1072 € und 1400 €.

Deutschlandweit gibt es hier Vereinbarungen zwischen 300 €– 1400 € (OPS .0) und 865 €– 1700 € (OPS .1) (siehe auch Vortrag Jahrestagung DG KiM 2019 in Lünen, Prof. Kieslich).

Grafik 47: Bewertung der Zusammenarbeit KSG mit JA und Hausarzt/Kinderarzt



Die Zusammenarbeit der KSGen mit den beiden wichtigsten Ansprechpartnern, dem Jugendamt und den Kinderärzten, wurde in 79 % der Fälle beim JA mit sehr gut und gut bewertet, bei den Kinderärzten zu 88 %.

In der Freitextauswertung fanden sich folgende Verbesserungsvorschläge, bzw. Kritikpunkte:

- Große Unterschiede in der Zusammenarbeit, Güte abhängig von den beteiligten Mitarbeitern, uneinheitliches Vorgehen verschiedener Jugendämter
- Überlastung der Mitarbeiter des Jugendamtes
- Sinnvolle Maßnahmen werden scheinbar aufgrund von Kostendruck nicht umgesetzt
- Mehr Transparenz in der Zusammenarbeit
- Gemeinsames Vorgehen erwünscht, nicht nur „Mitteilungen“
- Sehr viele verschiedene Ansprechpartner (großes Einzugsgebiet der Klinken)
- Kooperationsvereinbarung, persönlicher Austausch, Reevaluierungstreffen fehlen
- 24 Stunden Rufdienst, 1 zentrale Ansprechstelle fehlen
- Gegenseitige Fortbildungen für eine gemeinsame Sprache und gemeinsames Fallverständnis

- Verbesserungsvorschläge, bzw. Kritikpunkte zur Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen waren:
- Personenabhängig
- Zeitmangel der Niedergelassenen
- Kaum Kontakt zu Hausärzten
- Keine standardisierte Zusammenarbeit
- Kinderschutzmedizinisches Wissen bei niedergelassenen Kollegen teilweise kaum vorhanden

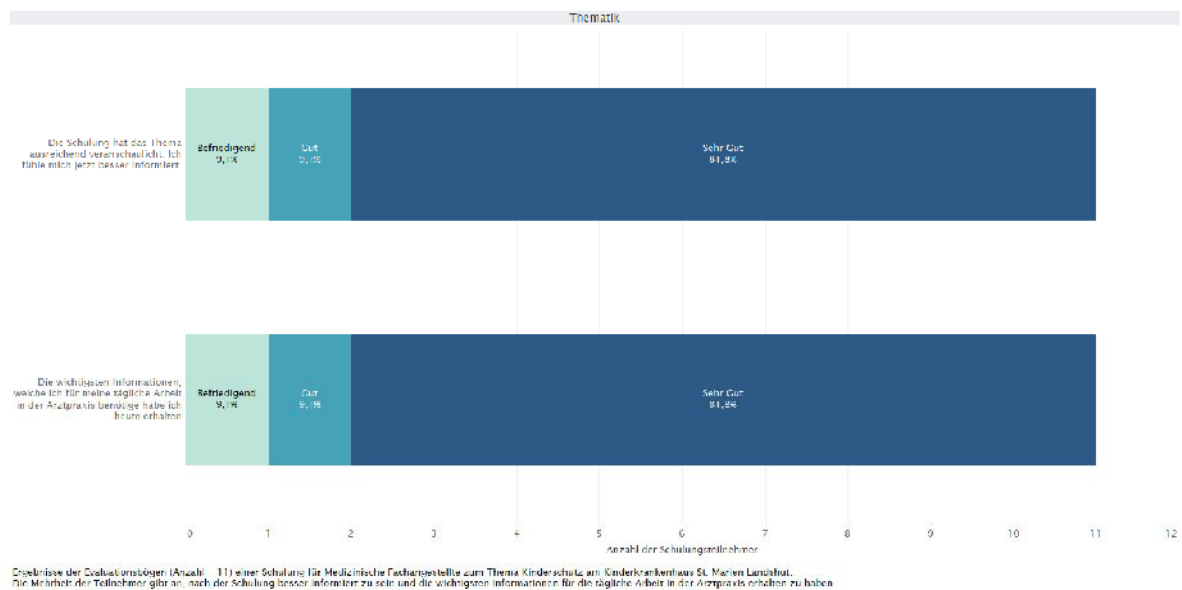
Im Wesentlichen sind diese Kritikpunkte bekannt, zahlreiche Verbesserungsvorschläge hierzu sind erarbeitet und auch zugänglich. Dennoch scheint dies in der Praxis (noch) nicht ausreichend angekommen zu sein. Die Gründe hierfür liegen aus unserer Sicht vor allem darin, dass ohne fest etablierte Kinderschutzgruppen mit definiertem Stellenplan und klaren Kooperationsvereinbarungen mit allen Jugendämtern der jeweiligen Regionen eine kontinuierliche, fachlich fundierte medizinische Kinderschutzarbeit sowie die nötige Vernetzung nicht ausreichend gut möglich ist.

Ärzte und Kliniken haben in Garantenstellung für die anvertrauten Kinder eine ethische Verantwortung, Schaden von ihnen abzuwenden. Dies kann nur mit leitlinienkonformer Kinderschutzmedizin und der strukturierten Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe gelingen. Der hohe Kostendruck, der auf den Kliniken lastet, erlaubt ohne Gegenfinanzierung nicht die Bereitstellung der nötigen Personalkapazitäten, um die Kinderschutzarbeit nach wissenschaftlichem Standard durchzuführen. Viele Kinderschutzgruppen in Bayern bekommen diesen Druck direkt zu spüren, indem ihnen keine zeitlichen Ressourcen gewährt werden – zahlreiche „Einzelkämpfer“ versuchen gute Kinderschutzarbeit zu machen, ein Vorgehen nach dem interdisziplinären Konzept ist so allerdings nicht möglich. Mit Blick auf die u. U. lebenslangen Folgen einer Fehleinschätzung – in beide Richtungen – sollte dieser Istzustand schnellstmöglich behoben werden.

5.2.2.3 Schulung MFA

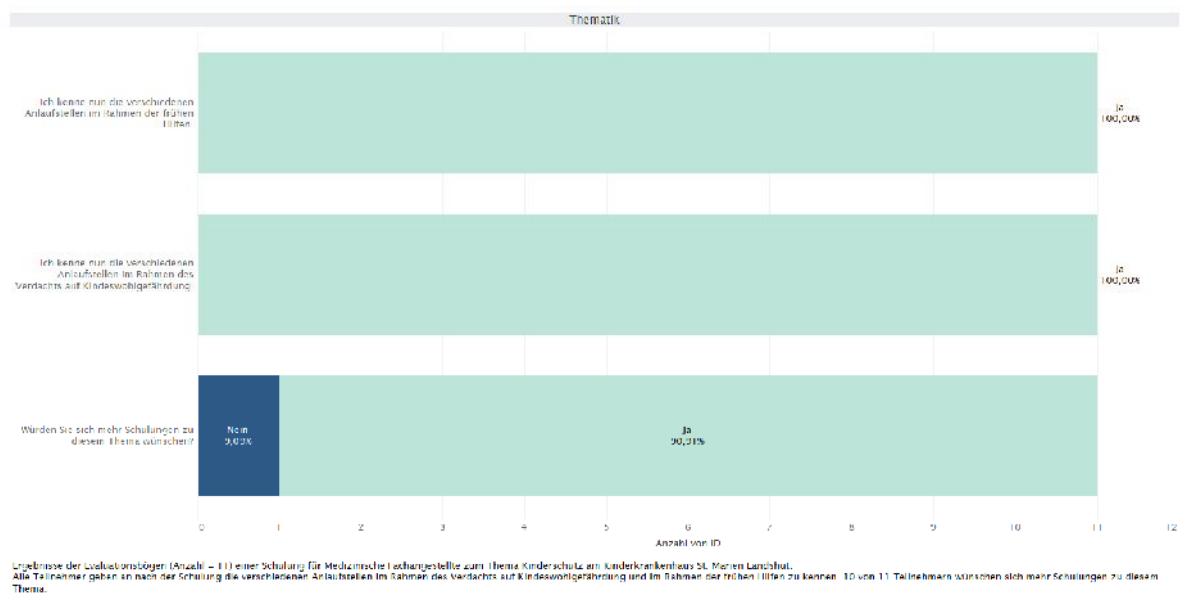
Es wurde eine Schulung für medizinische Fachangestellte durchgeführt mit dem Wissen, dass diese sehr wichtigen Ansprechpartner in den Praxen vor Ort häufig nur unzureichend über die Thematik informiert sind. Aufgrund ihres häufigen und engen Kontakts mit Patienten und deren Eltern sind sie prädestiniert Belastungsfaktoren zu erkennen und mit der entsprechenden Gesprächskompetenz bei den Eltern anzusprechen bzw. dem verantwortlichen Praxisinhaber mitzuteilen.

Grafik 48: Evaluation MFA Schulung (1)

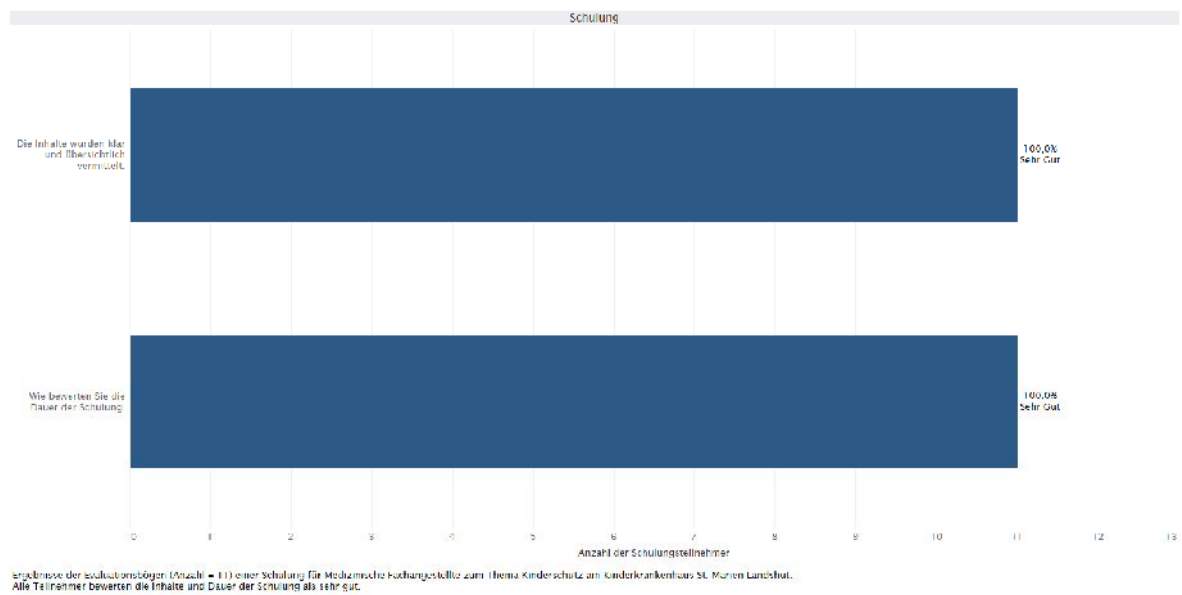


81% der Mitarbeiter fanden sich „sehr gut“ informiert und bewerteten die erhaltenen Informationen als wichtig für die tägliche Arbeit. Jeweils eine Mitarbeiterin hat diese zwei Punkte mit „gut“ bzw. mit „befriedigend“ bewertet.

Grafik 49: Evaluation MFA Schulung (2)



Grafik 50: Evaluation MFA Schulung (3)



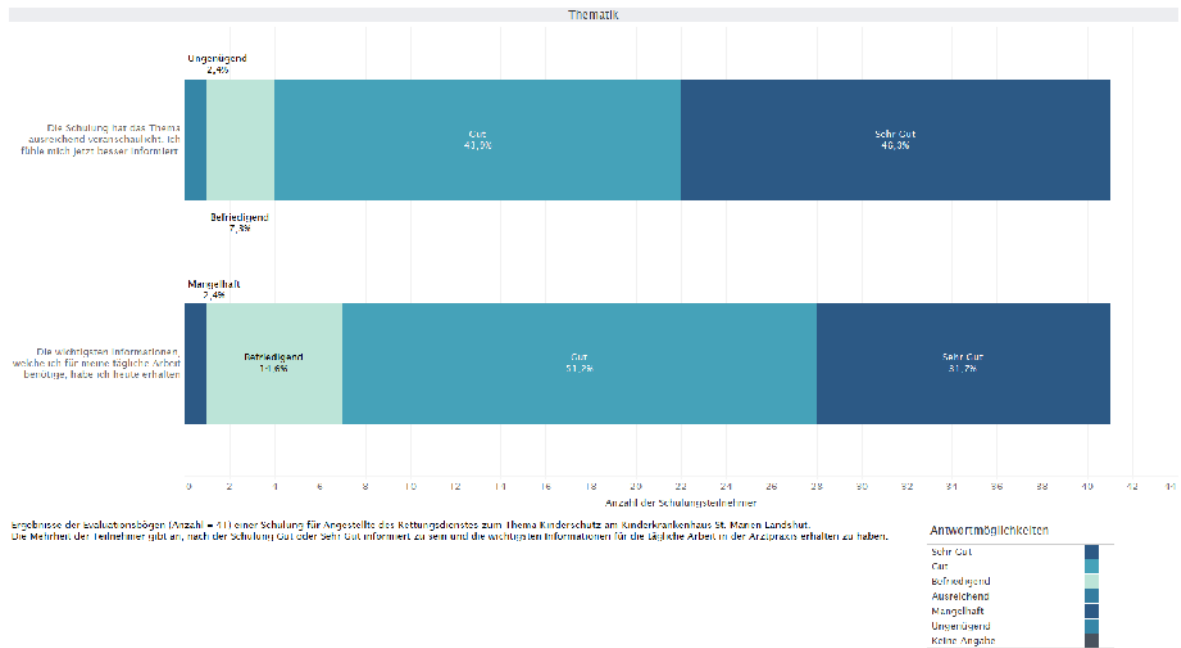
Insbesondere der Bereich der Wissensvermittlung wurde 100% positiv bewertet. Bis auf eine Mitarbeiterin wünschten sich auch alle Teilnehmenden weitere Schulungen zu diesem Thema.

Die Gruppe der Medizinischen Fachangestellten ist aus unserer Sicht eine noch „vernachlässigte“ professionelle Gruppe, die einen wertvollen Beitrag beim Erkennen und zum Einleiten von unterstützenden Maßnahmen für Familien mit Belastungsfaktoren durchführen kann. In dieser Aufgabenzuweisung könnten sie auch besonders gut dem jeweilig verantwortlichen Praxisarzt zuarbeiten und ihn auf diesem Aufgabenfeld gut unterstützen.

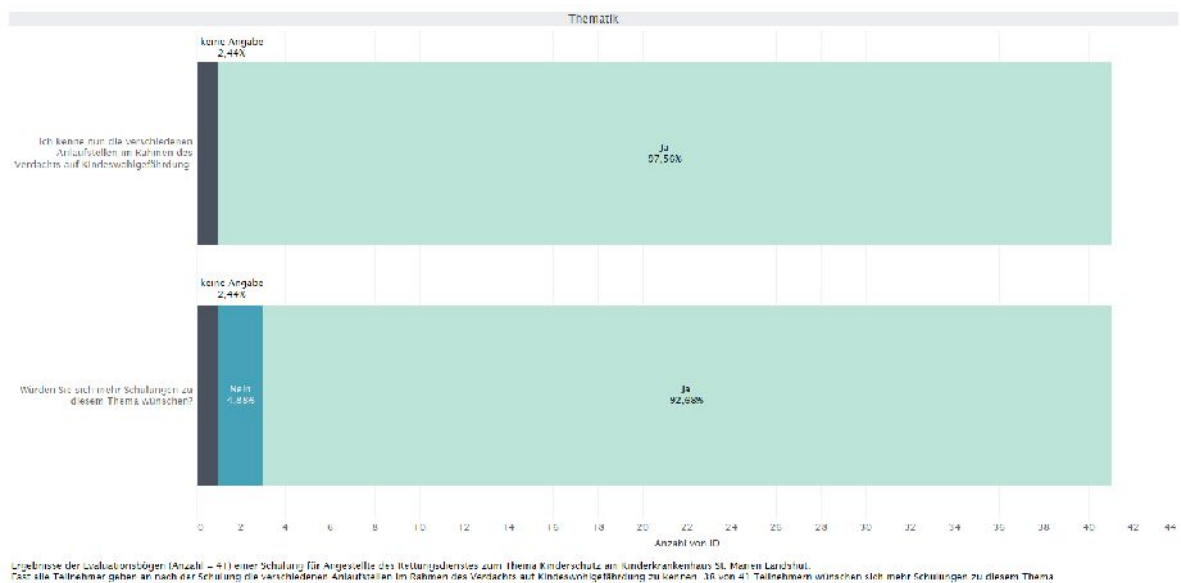
Aus unserer Sicht sind hier dringend weitere Schulungen flächendeckend nötig.

5.2.2.4 Schulung Rettungsdienst

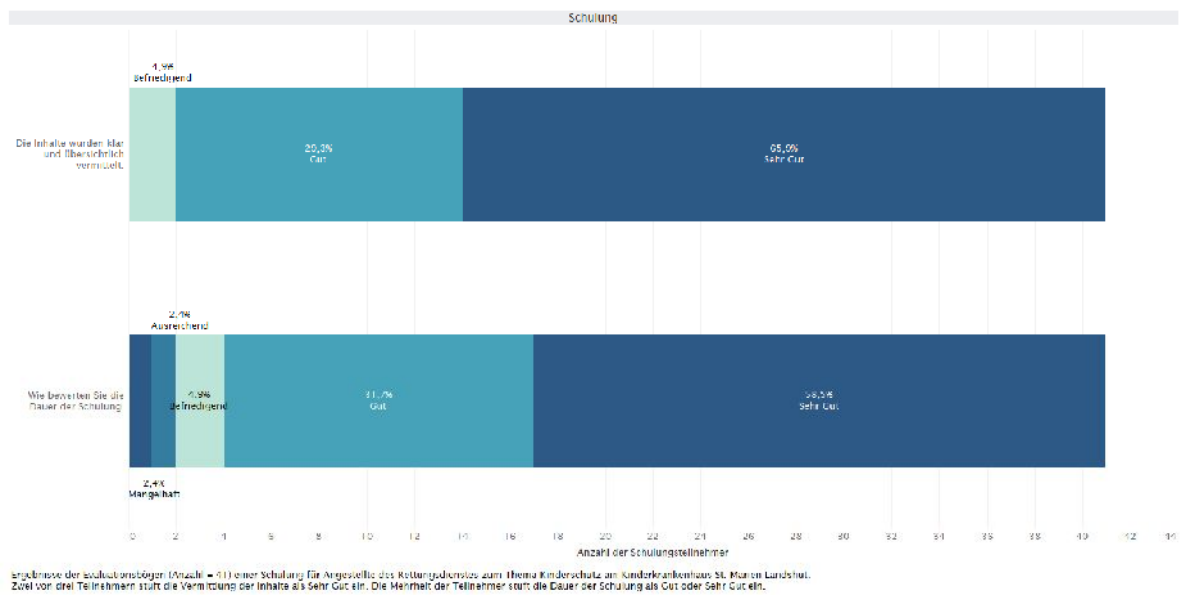
Grafik 51: Evaluation Rettungsdienst Schulung (1)



Grafik 52: Evaluation Rettungsdienst Schulung (2)



Grafik 53: Evaluation Rettungsdienst Schulung (3)



90,2 % aller Teilnehmer fühlten sich über das Thema medizinischer Kinderschutz anschaulich informiert 95,2 % fanden die Inhalte klar und übersichtlich vermittelt. Bei der Frage nach den wichtigsten Antworten auf berufstätige Fragen antworteten 17 % nur mit befriedigend oder mangelhaft. Dies ist nach den geführten Gesprächen während der Schulung am ehesten darauf zurückzuführen, dass große offene Fragen bzgl. der Schweigepflicht bestehen. Auf den Rettungsdienstmitarbeitern liegt während eines Einsatzes oft ein großer zeitlicher Druck. Dieser verhindert ein Nachfragen oder ein differenzierteres Vorgehen in der akuten Situation. Insbesondere war den Rettungsdienstmitarbeitern wichtig, dass sie bei einem Einsatz zwar häufig registrieren, dass Kinder in einem Haushalt sind und sich aufgrund der Situation in der Wohnung oder des Meldebildes Hinweise auf eine Gefährdung ergeben, sie aber aufgrund des Notfalles sich um diesen kümmern müssen. So bleibt Sorge um die Kinder – gefühlt ohne Handlungsspielraum für die Mitarbeiter.

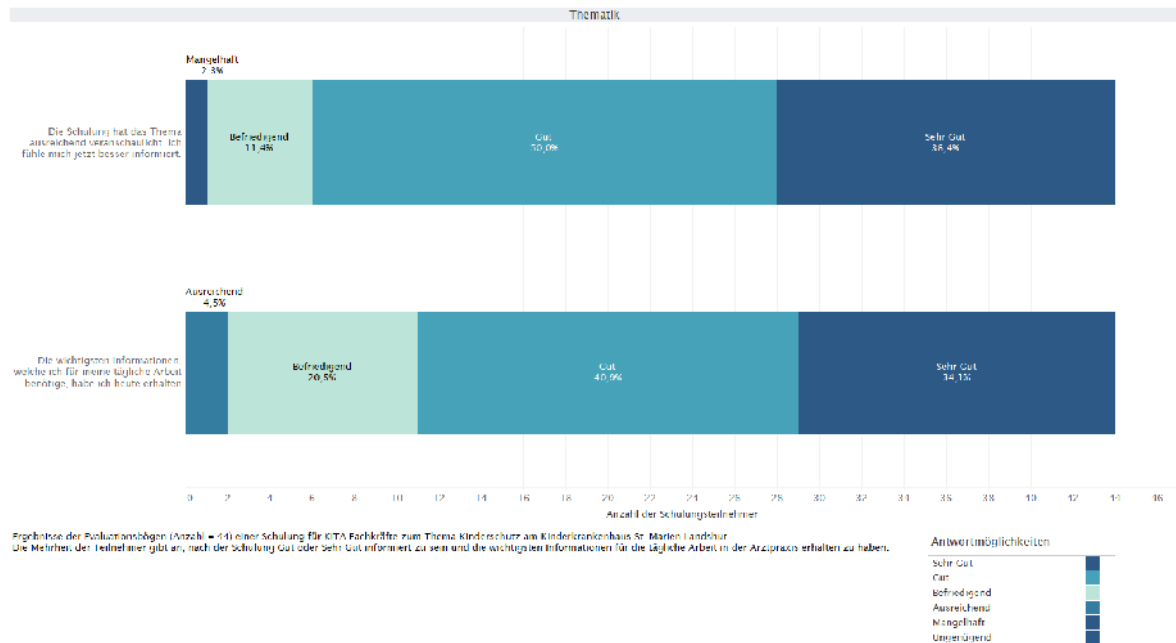
Die Anlaufstellen für Fragen bei KWG sind praktisch allen bekannt, 92 % wünschen sich aber noch mehr Schulungen zum Thema, insbesondere zum Vorgehen vor Ort. Hier wurden Vorschläge wie z. B. vor Schichtende einen Fragebogen zur eigenen Einschätzung von Gefährdung von Kindern bei den vorangegangenen Einsätzen auszufüllen. Und zwar gemeinsam mit den Kollegen, um dann eine gemeinsame Entscheidung bzgl. einer evtl. Meldung beim Jugendamt zu machen.

So könnte ein Instrument erarbeitet werden, in dem nach Evaluation der Beobachtungen durch die Mitarbeiter in einer „nicht mehr Notfallsituation“ mit entsprechender Handlungsanweisung zum Vorgehen (einschließlich der örtlich relevanten Telefonnummern) z. B. eine Meldung erfolgt. So können einmal die persönlichen Belastungen der MA reduziert werden, indem sie die Sorgen strukturiert besprechen und eine Handlungsoption haben. Zum andern können wahrgenommene Hinweise auf eine Gefährdung durch Meldung an das Jugendamt überprüft und ggf. Konsequen-

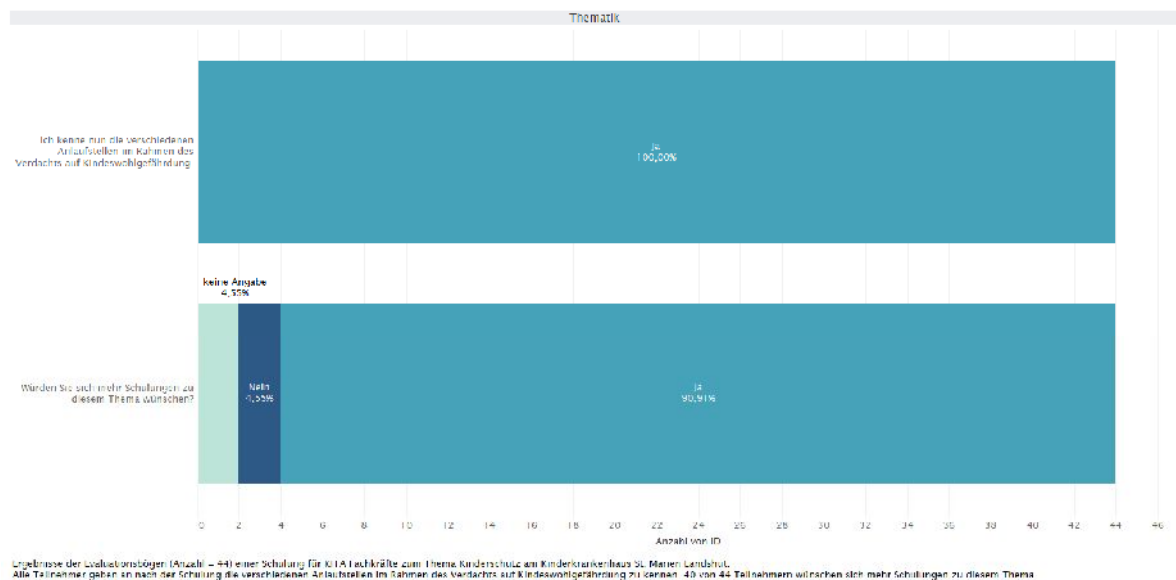
zen eingeleitet werden. Eine telefonische, anonyme Beratung durch eine ISEF oder die örtliche Kinderschutzgruppe wurde potentiell als hilfreich erachtet.

5.2.2.5 Kitas

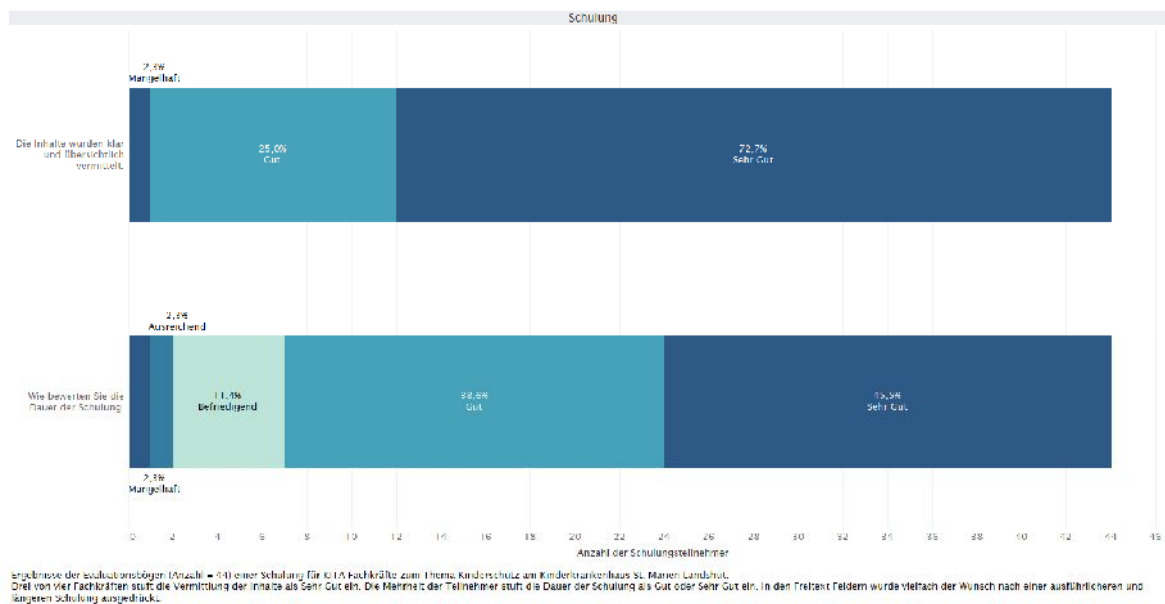
Grafik 54: Evaluation KITA Fachkräfte Schulung (1)



Grafik 55: Evaluation KITA Fachkräfte Schulung (2)



Grafik 56: Evaluation KITA Fachkräfte Schulung (3)



Die Jugendämter sind für Kitas erste Ansprechpartner bei Sorgen um das Kindeswohl. Zur Sicherstellung des Schutzauftrages haben die Jugendämter Vereinbarungen nach § 8a SGB VIII mit den Kitas und stellen die nötige Qualifizierung mit Fortbildungen sicher. Ein medizinisches Grundwissen ist jedoch auch für Kitafachkräfte wichtig, damit überhaupt ein Verdacht bei körperlichen Auffälligkeiten entstehen kann. Keinesfalls sollen Kitakräfte jedoch zu eigener medizinischer Diagnostik aufgefordert oder befähigt werden. Aber nur wenn eine Fachkraft um die Auffälligkeit in Bezug auf eine mögliche Misshandlung bei einem kleinen Hämatom im Gesicht eines Säuglings weiß, kann sie das Jugendamt informieren.

Die Fachkräfte der Kindertagesstätten bewerten die medizinische Schulung zum größten Teil gut und sehr gut. 100 % der Fachkräfte sind die relevanten Akteure rund um das Thema Kinderschutz, auch über ihre primäre Anlaufstelle im Jugendamt hinaus, bekannt. Über 90 % wünschen sich mehr Schulungen zum Thema Kinderschutzmedizin.

Wir empfehlen Fortbildungsveranstaltungen in Kombination des Gesundheitswesens mit einem Mitarbeiter des ASDs oder der KoKi regelmäßig und für alle Fachkräfte der Kindertagesbetreuung (nicht nur in Leitungsfunktion) durchzuführen. Die Organisation sollte das Jugendamt innehaben und sich die medizinische Expertise z. B. von örtlichen Kinderschutzgruppen dazu holen.

5.3 Darstellung interner und externer Vernetzungs- und Qualifizierungsarbeit

5.3.1 Netzwerkarbeit intern

Neben der Kooperation mit externen Partnern kommt der klinikinternen Vernetzung und Kooperation eine substantielle Bedeutung zu. Während die externen Kooperationspartner zu großen Teilen nach der Entlassung des Kindes aktiv werden, liegt der Fokus der klinikinternen Kooperation auf der Zusammenarbeit im Abklärungspro-

zess. Dazu sind Kommunikationsstrukturen erforderlich, die am klinischen Alltag und den jeweiligen Gegebenheiten auf den unterschiedlichen Stationen ausgerichtet sind. Ziel ist es, Reibungsverluste in der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Disziplinen zu vermeiden – sowohl auf der strukturellen als auch auf der persönlichen Ebene sowie bei der Optimierung der Prozesse im Kinderkrankenhaus. Diese interne Vernetzungsarbeit gelingt besonders gut, wenn der Wille, die Motivation, die Fähigkeit und die Qualifizierung für den Kinderschutz in der Medizin nicht nur bei den Mitarbeitern, sondern auch in der Führungsebene spürbar ist. Ein reiner Top-Down-Prozess, das heißt ein Veränderungsprozess, der nur über die Führungsebene entwickelt wird und dann von den Mitarbeitern umgesetzt werden soll, wird Widerstände hervorrufen. Im bottom - up Prozeß sehen die Mitarbeiter die Notwendigkeit umstrukturierender Maßnahmen, allerdings birgt diese Art des Changemanagements die Gefahr, dass das Potential nicht voll ausgeschöpft wird, die Ziele eher zu niedrig gesteckt werden und es viele konkrete Umsetzungshürden durch mangelnde Steuerung und Unterstützung der Führungsebene gibt.

In unserem Fall wäre eine Kombination aus beidem für eine langfristige und qualitativ hochwertige Implementierung des Kinderschutzes in der Medizin eine erfolgversprechende Mischung. Ein solcher Veränderungsprozess wird deutlich einfacher akzeptiert und mit weniger Reibungsverlusten umgesetzt, wenn er durch externe Prozessbegleitung unterstützt wird.

Es ist Aufgabe der Kinderschutzgruppe mit Unterstützung und Auftrag durch die Klinikleitung, in einem interdisziplinären klinischen Kontext den Kinderschutz zu professionalisieren und komplementär mit den verschiedenen Fachkräften und Fachdisziplinen zusammenzuwirken.

Folgende Kooperationen fanden im Berichtszeitraum auf folgenden Ebenen statt.

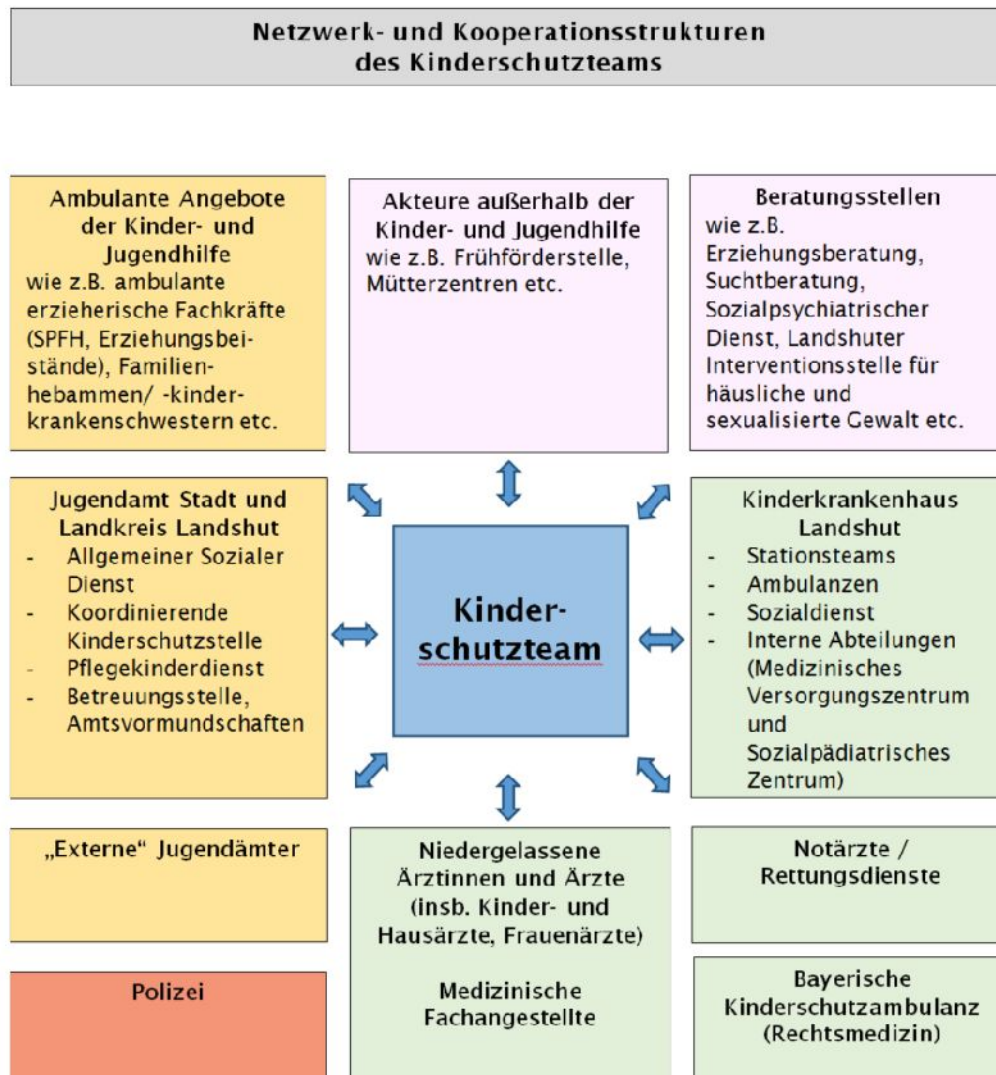
- Teilnahme der KSG an den wöchentlichen Stations- und Sozialvisiten
- Kooperation mit den psychosozialen und therapeutischen Fachkräften der verschiedenen Abteilungen des Kinderkrankenhauses wie z. B. Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Psychosomatik (PS).
- Vorstellung der Arbeit des Kinderschutzteams bei den Stationsleitungen, den Ärzten, Assistenzärzten und auf den Stationen.
- Einweisung und Schulung der Pflegefachkräfte auf den Stationen durch eine Pflegefachkraft aus der Kinderschutzgruppe hinsichtlich der Beobachtung einer KWG und der notwendigen Dokumentation.
- Wiederholte inhaltliche Schulungen zum Thema Kinderschutz in der Medizin für alle Berufsgruppen.
- In regelmäßigen Emails mit dem Titel "Kinderschutz im Blick" werden die Mitarbeiter über einzelne Aspekte der Kinderschutzmedizin und Begriffen aus SGB V und SGB VIII in kleinen Häppchen informiert.
- Nachbesprechungen gemeinsamer Kinderschutzfälle mit allen am Fall beteiligten werden angeboten.

- Die zwischen Tür und Angel Gespräche zwischen dem KSG Team und der Geschäftsführung, sowie Ärzten und Pflegefachkräften im täglichen Miteinander sensibilisieren noch einmal nachhaltiger für das Thema Kindeswohl.

5.3.2 Netzwerkarbeit extern

Die Grafik gibt einen Überblick über die Netzwerk- und Kooperationsstrukturen des Kinderschutzteams:

Grafik 57: Netzwerk- und Kooperationsstrukturen des Kinderschutzteams



Im Rahmen der externen Vernetzungsarbeit fand zu Beginn des Projekts eine Auftaktveranstaltung mit allen relevanten regionalen Netzwerkpartnern aus Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und Beratungsstellen statt.

Im weiteren Verlauf stellte sich die Kinderschutzgruppe ausführlich bei den Netzwerkpartnern vor (insbesondere regionale Jugendämter, Träger der freien Jugendhilfe [SPFH, Jugendsozialarbeiter] Betreuungseinrichtungen, wie z. B. Kindertagesstätten, Kindergärten sowie in Schulen in Stadt und Landkreis Landshut).

Neben der Darstellung der Arbeitsweise der Kinderschutzgruppe und der Erarbeitung gewinnbringender Kooperationsstrukturen anhand von Fallbeispielen, dienten die Veranstaltungen und Treffen dazu, sich persönlich kennenzulernen und etwaige Hemmschwellen zwischen den Systemen der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe sowie sonstigen Einrichtungen weiter abzubauen.

Mit dem Ziel einer verbindlichen und klar beschriebenen Zusammenarbeit zwischen den Jugendämtern und dem Kinderschutzteam wurden schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Jugendämtern von Stadt und Landkreis Landshut und den Jugendämtern aus den umliegenden Landkreisen (Erding, Dingolfing-Landau, Straubing, Straubing-Bogen, Kelheim) geschlossen, die auch von den regionalen politischen Vertretern unterzeichnet wurden.

In diesen gemeinsamen Vereinbarungen sind die jeweiligen Aufgaben sowie verbindliche Kooperationsstrukturen und Verfahrensabläufe an den Schnittstellen beschrieben bzw. festgelegt wie z. B. jährlicher Austausch zur Evaluierung und gemeinsamen Weiterentwicklung der Kooperationsstrukturen.

Es wurden kinderschutzmedizinische Schulungen bzgl. der Beurteilung von Verdachtsfällen, der Zusammenarbeit mit den örtlichen KSG/Kinderschutzambulanzen und der Bayerischen Kinderschutzambulanz sowie das Erlangen rechtlicher Handlungssicherheit durch das Kennenlernen der entsprechenden Vorschriften sowie Tipps zum Aufbau von Kooperationen im örtlichen Netzwerk durchgeführt. Zielgruppe waren sowohl Medizinische Fachangestellte in den kinder- und hausärztlichen Praxen, Mitarbeiter der Rettungsdienste sowie den Fachkräften in den Kindertageseinrichtungen in der Region Landshut.

In den Treffen verschiedener ärztlicher Qualitätszirkel wurde eine komprimierte Basisbildung zu den Themen Bewertung medizinischer Befunde, Fallführung und Gesprächsführung mit den Eltern angeboten.

Ebenso wurde ein Handlungsleitfaden (siehe Anhang) zum „Vorgehen bei Sorge um Kindeswohlgefährdung“ bzw. mit Informationen über gegenseitige Erreichbarkeiten, Zuständigkeiten und Verfahrenswege erstellt und im Rahmen der verschiedenen Veranstaltungen an die externen Netzwerkpartner weitergegeben.

Weitere Aktivitäten im Rahmen der Vernetzungsarbeit:

- **Rundbrief**

Mittels eines per Email verschickten Rundbriefes wurden die externen Netzwerkpartner regelmäßig über kinderschutzrelevante Themen sowie über aktuelle Entwicklungen im Netzwerk informiert.

- **Teilnahme an Fachzirkeln und Arbeitskreisen**

Im Rahmen der regionalen Vernetzung nahmen Mitglieder der Kinderschutzgruppe regelmäßig an kinderschutzrelevanten Fachzirkeln und Arbeitskreisen teil:

⇒ AG Kindeswohl

Die Arbeitsgemeinschaft (AG) Kindeswohl wurde im Mai 2007 im Kinderkrankenhaus St. Marien gegründet. Rund 30 regionale Organisationen aus Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Beratungsstellen und Justiz, die sich dem Wohl und dem Schutz von Kindern verschrieben haben, treffen sich halbjährlich zum fachlichen Austausch.

Im Rahmen der externen Vernetzungsarbeit wurden die Treffen seit Projektbeginn von einer Mitarbeiterin des Kinderschutzteams organisiert und durchgeführt.

21.03.2018, 07.11.2019, 20.03.2019, 13.11.2019

⇒ AK Kinder hochstrittiger Eltern

Teilnehmer aus verschiedenen Institutionen und Arbeitsfeldern (Jugendämter, Beratungsstellen, Familiengericht, Frauenhäuser, Psychotherapeuten, Gutachter etc.) trafen sich auf Initiative der Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle Landshut seit September 2016 in einem Arbeitskreis.

Anlass war eine allgemeine Unzufriedenheit in der Arbeit mit „Hochkonflikt-Familien“ im Zusammenhang von Trennung/Scheidung. In diesen sich oft über Jahre hinziehenden und festgefahrenen Problemlagen der getrennten Eltern geraten die betroffenen Kinder oft völlig aus dem Blick.

Diese Probleme und die damit berührten Fragen des Kindeswohls wurden in Fallbesprechungen transparent gemacht. In diesen Falldarstellungen wurden auch die Auswirkungen psychischer oder emotionaler Gewalt auf die kindliche Entwicklung untersucht. Auch auf der Ebene der familiengerichtlichen Verfahren war die Fragestellung, was in einer solchen Situation Kindeswohl bedeutet, von zentraler Bedeutung.

Ergebnis der Gespräche der verschiedenen beteiligten Professionen und deren unterschiedlichen Aufträgen (Jugendamt, Therapeuten, Familiengericht, Verfahrensbeistände etc.) war, dass ein gemeinsames Fallverstehen und der Fokus auf die Bedürfnisse des Kindes eine wichtige Voraussetzung für eine fachlich fundierte Einschätzung ist. Diese mehrperspektivische Orientierung eines Expertengremiums ist eine gute Vorbedingung, um in einem familiengerichtlichen Verfahren gute Lösungen für die betroffenen Kinder zu finden

14.03.2018, 06.06.2018, 12.09.2018, 12.12.2018, 20.02.2019, 14.05.2019, 17.07.2019, 07.08.2019, 11.09.2019, 18.11.2019

⇒ Landshuter Offensive gegen häusliche Gewalt (LOG)

Die Landshuter Offensive gegen häusliche Gewalt – LOG ist ein Zusammenschluss von Fachgremien, die Betroffene von häuslicher Gewalt unterstützen und begleiten. Eine strukturierte Vernetzung von Intervention, Hilfe und Prävention sind ein wesentlicher Bestandteil der Bekämpfung von häuslicher Gewalt, von der Kinder und Jugendliche in erheblicher Weise betroffen mit entsprechenden Folgen für ihre Entwicklung betroffen sind.

08.02.2018, 21.06.2018, 18.10.2018, 28.02.2019, 06.06.2019, 26.09.2018

⇒ AK Prävention im Kinderschutz

Der AK ist eine neugegründete Arbeitsgruppe innerhalb der DG KiM, die sich der Aufgabe widmet, einen Handlungsleitfadens „Kinder suchtkranker Eltern“ für Fachkräfte in der Medizin zu entwickeln.

03./04.08.2018, 09.3.2019

- **Treffen der Kinderschutzgruppen im Kinderkrankenhaus St. Marien in Landshut**

Am 27.03.2019 wurden alle Mitglieder der Kinderschutzgruppen aus den bayerischen Kinderkliniken zu einem Treffen eingeladen. Neben dem persönlichen und fachlichen Austausch war es Ziel, die aktuelle Arbeitssituation der KSG anhand verschiedener Fragestellungen zu analysieren.

Um die zukünftige Vernetzungsarbeit zwischen den Kinderschutzgruppen an den bayerischen Kinderkliniken weiter voranzubringen, wurde eine Liste mit allen Kontaktdaten der Ansprechpartner der Kinderschutzgruppen erstellt und an die Kliniken sowie an das Ministerium verschickt.

- **Beratung beim Aufbau einer Kinderschutzgruppe**

Konkret wurde 2018 eine Kinderschutzgruppe vom Projektteam beim organisatorischen und logistischen Aufbau beraten.

- **Fortbildungen für niedergelassene Kinder- und Hausärzte**

Niedergelassenen Kinder- und Hausärzten wurden in verschiedenem Rahmen Fortbildungen zum Thema Kinderschutzmedizin angeboten. In relevanter Anzahl nahmen hier Kinder- und Hausärzte nur an ihren eigenen Qualitätszirkeln teil. Diese wurde sowohl in kleineren Runden in den meist monatlich stattfindenden Qualitätszirkeln wie auch in größerer Form bei einer Veranstaltung der Klinik, zu dem mehrere Qualitätszirkel eingeladen wurden (bei dem i. d. Regel auch andere Themen zu besprechen waren) gut angenommen.

Das Interesse galt vornehmlich der Vermittlung von medizinischem Wissen. Interesse wurde mehrfach auch an online Fortbildungen bekundet. Alle von uns angebotenen Fortbildungen wurden zusammen mit einem Vertreter eines örtlichen Jugendamtes abgehalten. Nach dem Wissensblock wurde intensiv mögliche Vorgehensweisen bei einem Verdacht in der Praxis diskutiert.

Mag die Übergabe einzelner Fälle an das Jugendamt noch relativ problemlos erfolgen, zeigten sich bei einer gemeinsamen Begleitung der Familien – unabdingbar für guten Kinderschutz – große Hürden waren: der zeitliche Aufwand, die zeitliche Koordination, der befürchtete Vertrauensverlust als Hausarzt für die Familien usw.

Einige niedergelassene Pädiater kommunizierten auch, dass sie gerne an Fallkonferenzen teilnehmen würden – dies gelang trotz mehrfacher Nachfragen kein einziges Mal. Umso wichtiger ist eine gute, in der Regel zusätzlich zum Arztbrief auch mündlich erfolgende Übergabe wichtiger Informationen zum Patienten.

Eine Weiterqualifizierung der KÄ/HÄ sollte nach unseren Daten und unserer Erfahrung auf folgenden Gebieten erfolgen:

- Vermittlung kinderschutzmedizinischen Wissens (günstig sind Schulungen vor Ort, die gleichzeitig zur Netzwerkarbeit genutzt werden können)
- Vermittlung und Kontaktaufnahme zu den örtlichen Jugendämtern mit Erklärungen der Funktionsweise des jeweils anderen Systems und Austausch über die jeweiligen Möglichkeiten.
- Handouts zu direkten Erreichbarkeiten JA und Klinik
- Gesprächsführung, auch schwierigen Inhalts, ist täglich Arbeit der niedergelassenen Kollegen, jedoch wurde mehrfach auf Unsicherheiten in der Kommunikation bzgl. vermuteter Misshandlungen hingewiesen. Nachvollziehbar ist, dass ein solcher Vorwurf immer an das Vertrauensverhältnis greift, Sorge um eine Fehleinschätzung und die „Ungeheuerlichkeit einer gedachten Misshandlung“ oft nicht in Einklang mit dem Helfergefühl gegenüber zum Teil länger bekannter Familien passt.

Unserer Einschätzung nach ist für die Kollegen weniger eine Schulung in Gesprächsführung nötig, hilfreicher sind Maßnahmen, die die Diagnosesicherheit für die Kollegen erhöhen. Dazu dient z. B. der Austausch mit in Kinderschutzarbeit erfahrenen Kollegen z. B. aus einer KSG, einem Kompetenzzentrum Kinderschutzmedizin oder einer ISEF. Ferner erniedrigt auch rechtliche Sicherheit die Hemmschwelle das Jugendamt hinzuzuziehen

5.4 Stolpersteine und Herausforderungen

Als durchaus herausfordernd stellte sich die **Implementierung der hauptamtlichen Kinderschutzgruppe** in die bereits bestehenden Strukturen und der damit verbundenen organisationalen Veränderung am Kinderkrankenhaus dar, obwohl hierzu bereits Strukturen der Zusammenarbeit über Jahre geschaffen worden sind. Selbst nach Festlegung klarer Zugangswege und auch Arbeitsabläufe der Kinderschutzgruppenarbeit taten sich immer wieder Hürden auf, die es zu bewältigen galt. Während der Aufbauphase einer KSG ist es äußerst wichtig, ausreichend Wissen um Organisationsmanagement und Implementierung neuer Strukturen zu berücksichtigen.

Eine weitere, kontinuierliche Herausforderung ist die **Zusammenarbeit** mit einem klinikextern verorteten System, hier insbesondere der **Jugendhilfe**. Es ergeben sich in der täglichen Arbeit Klärungsbedarfe der Zuständigkeiten, da ein In Obhut genommenes Kind bspw. nicht wie sonst gewohnt vom Arzt einfach entlassen werden darf. Eine gute Entscheidung im Sinne des Kindes erfordert ein abgestimmtes Vorgehen – was aber, wenn die jeweiligen organisatorischen Gegebenheiten nicht kompatibel sind? Das Jugendamt hat noch häuslichen sozialpädagogischen Klärungsbedarf – die Klinikbetten sind übervoll, die medizinische Diagnostik ist abgeschlossen und der Gesundheitszustand des Kindes ist gut – das Kind könnte aus Sicht des Gesundheitssystems entlassen werden – aus Jugendamtssicht jedoch nicht, weder Pflegefamilie noch Einrichtung stehen akut zur Verfügung – wer ist für was verantwortlich – und übernimmt die Kosten?

Diese und ähnliche zu klärende Situationen treten häufig auf. Das Gesundheitswesen und seine darin agierenden Akteure sind es gewohnt, eigenständige Entscheidungen zu treffen. Mit der Meldung einer Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt

tritt eine gemeinsame Verantwortungssituation auf, in der im Gesundheitssystem gewohnte Handlungsabläufe nicht mehr durchgeführt werden können. Zudem kann aufgrund mangelnder Kenntnis des jeweils anderen Bereichs das Verständnis für Handlungsabläufe fehlen, was u. U. zu Verärgerung und Fehlentscheidungen führt. Hilfreich kann hier die Erstellung einer Kooperationsvereinbarung sein. Nur ist es damit alleine nicht getan. Die tatsächliche Umsetzung der hier niedergelegten Handlungsschritte erfordert immer wieder ein neues Aushandeln und Erklären und um Verständnis werben in den jeweiligen situativen Gegebenheiten.

Eine weitere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass KSGen eine Einschätzung darüber abgeben müssen, ob das, was dem Team an Erkenntnissen und Befunden vorliegt, gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind. **Gewichtige Anhaltspunkte** für eine Kindeswohlgefährdung sind Auslöser für die Information des Jugendamtes, ggf. auch gegen den Willen der Eltern.

Eine Befragung zu umschriebenen Fallvignetten am 8.11.2019 bei dem deutschlandweiten Treffen der Kinderschutzgruppen in Gelsenkirchen, die von 38 im medizinischen Kinderschutz arbeitenden Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen beantwortet wurde, zeigte sich eine enorme Diskrepanz in der Einschätzung, ob in einem Fall gewichtige Anhaltspunkte vorliegen oder nicht und ob in der jeweiligen Konstellation das Jugendamt zu informieren ist oder nicht.

Grafik 58: Fallvignetten



Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin

Fallvignetten

1	5 Wochen, 2 x 2 cm hellbläuliches unscharf begrenztes Hämatom Gesäß, Eltern möchten nach schwieriger BE in andere Klinik
2	Eltern haben selber präpartal Kontakt zu Frühen Hilfen aufgenommen, psychische Erkrankung, Nbg. wegen Anpassungsstörung stationär, Monitorversorgung
3	16 jährige Diabetikerin, Hba1c zwischen 10 und zuletzt 12 in letzten 9 Monaten, dokumentierte BZ - Werte stimmen nicht zu Hba1c
4	2 Jahre, prox. Tibiawulstfraktur, war mit 1 Jahr älterer Schwester auf Trampolin
5	4 jährige als Besucherkind auf Station bei Zwillingfrühgeborenen, Mutter alleinerziehend, Umgang mit Säuglingen gut, wiederholt sehr abwertendes Verhalten gegenüber der 4 jährigen
6	8 Monate, distale Femurwulstfraktur, 5 jährige Schwester mit Baby auf dem Arm hingefallen, Sprachbarriere, keine sonstigen Auffälligkeiten
7	7 Monate, rez. obstruktive Bronchitis, O2 Bedarf, ungepflegt, Eltern starke Raucher, „das lassen wir uns nicht nehmen“
8	9 Jahre, wird von Mutter bei einer Rangelei (will nicht ins Auto) gegen die Bordstein-kante geschubst, hat Mutter und jüngere Schwester schon 3 mal mit Messer bedroht
9	12 Jahre Anorexie, Perikarderguß, Mutter bagatellisiert
10	Neugeborenes, Anpassungsstörung, Eltern selten und kurz anwesend „wegen Krankenhausphobie“, Geburt: bitte Kind erst wenn gewaschen und sauber, niedrigdosierte Neuroleptika, selbst beendet, sehr vorwurfsvoll und abwehrend

Grafik 59: Auswertung Fallvignetten

		Gewichtige Anhaltspunkte		Information JA		Diskrepanz
		ja	nein	ja	nein	
1	5 Wochen, 2 x 2 cm hellbläuliches unscharf begrenztes Hämatom Gesäß, Eltern möchten nach schwieriger BE in andere Klinik	19	19	14	26	11
2	Eltern haben selber präpartal Kontakt zu Frühen Hilfen aufgenommen, psychische Erkrankung, Ngb. wegen Anpassungsstörung stationär, Monitorversorgung	21	19	12	28	13
3	16 jährige Diabetikerin, Hba1c zwischen 10 und zuletzt 12 in letzten 9 Monaten, dokumentierte BZ - Werte stimmen nicht zu Hba1c	32	8	9	31	21

Grafik 60: Auswertung Fallvignetten

		Gewichtige Anhaltspunkte		Information JA		Diskrepanz
		ja	nein	ja	nein	
4	2 Jahre, prox. Tibiawulstfraktur, war mit 1 Jahr älterer Schwester auf Trampolin	7	31	3	35	8
5	4 jährige als Besucherkind auf Station bei Zwillingenfrühgeborenen, Mutter alleinerziehend, Umgang mit Säuglingen gut, wiederholt sehr abwertendes Verhalten gegenüber der 4 jährigen	28	12	12	26	14
6	8 Monate, distale Femurwulstfraktur, 5 jährige Schwester mit Baby auf dem Arm hingefallen, Sprachbarriere, keine sonstigen Auffälligkeiten	26	10	16	20	8
7	7 Monate, rez. obstruktive Bronchitis, O2 Bedarf, ungepflegt, Eltern starke Raucher, „das lassen wir uns nicht nehmen“	33	5	22	16	11

Grafik 61: Auswertung Fallvignetten

 Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin		Gewichtige Anhaltspunkte		Information JA		Diskrepanz
		ja	nein	ja	nein	
8	9 Jahre, wird von Mutter bei einer Rangelei (will nicht ins Auto) gegen die Bordstein-kante geschubst, hat Mutter und jüngere Schwester schon 3 mal mit Messer bedroht	35	4	35	4	5
9	12 Jahre Anorexie, Perikarderguß, Mutter bagatellisiert	40	0	33	6	8
10	Neugeborenes, Anpassungsstörung, Eltern selten und kurz anwesend „wegen Krankenhausphobie“, Geburt: bitte Kind erst wenn gewaschen und sauber, niedrigdosierte Neuroleptika, selbst beendet, sehr vorwurfsvoll und abwehrend	39	1	39	5	4

Sehr deutlich wird hier, dass auch für Kinderschutzgruppen die **ärztliche Schweigepflicht** eine hohe Hürde bezüglich einer Information des Jugendamtes ggf. auch gegen den Willen der Eltern darstellt. Ferner bestand eine große Diskrepanz zwischen erkannten gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung und einer trotzdem nicht als nötig eingeschätzten Meldung an das Jugendamt. Dieser Punkt ist z.B. im Leitfaden "Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Erkennen und Handeln" des StMAS sowie im [Ablaufschema zur Gefährdungseinschätzung für Ärztinnen und Ärzte](#)

(https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/kinderschutz/handlungsablauf_kinderschutz.pdf) klar beschrieben und auch gesetzlich geregelt (z.B. Art. 14 Abs. 6 GDVG sowie im KKG). Damit keine Form der Gewaltanwendung an Kindern unentdeckt bleibt und Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Handlungssicherheit erlangen, bietet das StMAS zudem seit 2019 ein umfassendes und von der Bayerischen Landesärztekammer zertifiziertes **E-Learning-Angebot zum Kinderschutz** für Ärztinnen und Ärzte an. Die Online-Fortbildung wurde auf der Grundlage des oben genannten Ärzteleitfadens des StMAS gemeinsam mit der Bayerischen Kinderschutzambulanz sowie weiteren Experten aus dem medizinischen Bereich erstellt und wird von der „FortbildungsAkademie im Netz“ umgesetzt (<https://www.fortbildungsakademie-im-netz.de/fortbildungen/kinderschutz>).

Stolpersteine aus PPP Sicht

Nicht nur Misshandlungen oder systematische Vernachlässigung, sondern auch dann, wenn verlässliche, stabile Beziehungen fehlen, kann es zu einer ungesunden Entwicklung beim Kind kommen. Die Bedeutung einer sicheren Bindung kann deshalb nicht unterschätzt werden. Neueste Forschungsergebnisse der entwicklungsorientierten Psychologie und affektiven Neurowissenschaften liefern wichtige Beiträge für das Verständnis, wie frühe Bindungserfahrungen unvermeidbar und unaus-

löslich den gesamten Lebenslauf prägen (Rass, 2011). Deshalb ist es auch erforderlich, dass die Medizin den Zusammenhang zwischen der frühkindlichen Entwicklung und den gesundheitlichen Folgen im Erwachsenenalter erkennt und im Blick hat.

Die Kenntnis der individuellen Geschichte eines Kindes ist eine wesentliche Voraussetzung, um ihm angemessen helfen zu können. Eine „beziehungsintensive“ Auseinandersetzung mit dem Kind und seinen Bezugspersonen ist wichtig. Ein empathisches Gesprächsklima erleichtert dann den Aufbau von Vertrauen, den Informationsaustausch und die Kooperationsbereitschaft im Team, aber auch zwischen Team, Kind, Jugendlichen und Fürsorgepersonen. Schließlich soll der künftige therapeutische Weg gemeinsam geplant und umgesetzt werden. Und gute Beziehungserfahrungen - auch mit Ärzten, Therapeuten, Pflegekräfte - stärken den Menschen.

In diesem Zusammenhang spielt auch die Reflexion im Team und die Selbsterfahrung im Rahmen von Intervention und Supervision eine zentrale Rolle.

Um präventiv und/ oder beratend-therapeutisch intervenierend den Patienten und seine Eltern dort abzuholen, wo eine Stagnation oder Fehlentwicklung besteht, ist nicht nur Fachwissen erforderlich. Für die im Kinderschutz arbeitenden Fachkräfte ist ein verinnerlichtes Wissen zu affektregulatorischen und bindungsausgerichteten Prozessen hilfreich (Studium, Weiterbildung, Selbsterfahrung). Dann können kränkende und frustrierende Erfahrungen vermieden werden. Kinder, Jugendliche und deren Eltern können korrigierende Bindungserfahrungen machen und dadurch einen Weg finden, der ihnen in der Gesellschaft ein sinnvolles Weitergehen eröffnet (Schore, 2012, S. 166).

Sonstiges

Innerhalb der klinischen interdisziplinären Zusammenarbeit spielt nicht selten das Thema Dominanz in der Zusammenarbeit (Streit um Federführung unterschiedlicher Berufsgruppen) eine Rolle. Das Ziel sollte unbedingt das Arbeiten, Einschätzen und Diskutieren auf Augenhöhe sein. Beim Finden einer gemeinschaftlichen Einschätzung des KWG Risikos werden alle Meinungen gleichermaßen gehört und in den Findungsprozess einbezogen. Die letztendliche Verantwortung liegt beim fachärztlichen Leiter der KSG.

- Jedes Puzzleteil, das zur besseren Einschätzung dient, ist wertvoll.
- Verschiedene Sichtweisen bereichern und ermöglichen eine deutlichere Darstellung der Gesamtsituation einer Familie

Eine Emotionalisierung der Debatte um Kinderschutzfälle macht ein professionell - unvoreingenommenes Herangehen und die hausinterne Zusammenarbeit schwieriger. Hier ist es notwendig, ein standardisiertes, wissenschaftlich begründbares Vorgehen zugrunde zu legen.

Eigene Kindheitserfahrungen, Traumatisierungen und Beziehungserfahrungen, die durch eine Konfrontation mit einem z. B. von seinen Eltern misshandelten Kind die professionelle Bewertung der kindlichen Situation beeinflussen und zu einer psychi-

schen Belastung oder gar zu einem persönlichen Zusammenbruch führen können, müssen eigenreflexiv bekannt, beachtet und ggf. supervisorisch bearbeitet werden.

Die destruktive Dynamik (Psychodynamik, Familiendynamik) bei einer Kindeswohlgefährdung kann sich leicht auf das Team übertragen und sich ungünstig auf die Zusammenarbeit auswirken. Dies muss den Akteuren bekannt sein und bei Bedarf in einer Supervision bearbeitet werden.

Pflegestolpersteine

Nicht selten fühlen sich die Pflegekräfte in Bezug auf ihre Rolle und Wertigkeit in der Kinderschutzarbeit nur unzureichend wahrgenommen. Durch den engen Kontakt zu den Familien haben Pflegekräfte einen direkteren und tiefergehenden Einblick in das Verhalten und werten aus ihrer Sicht die Versorgung des Kindes oft deutlich kritischer als z. B. die Stationsärzte. Es ist wichtig, dass diese Berufsgruppe ausreichend Gehör zu kinderschutzmedizinischen Belangen findet. So ist die Teilnahme der im Bereich zuständigen Pflegekraft an den Fallbesprechungen Pflicht, was sicherstellt, dass die Beobachtungen der Pflege auch richtig weitergegeben werden. Hilfreich sind hier hausinterne Schulungen zur Interaktionsbeobachtung aus pflegerischer Sicht. Darüber hinaus besteht u. U. die Möglichkeit der Weiterbildung zur GFB = Gesundheitsorientierte Familienbegleitung, welche über die KoKi vermittelt werden kann.

6 EMPFEHLUNGEN FÜR MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZARBEIT

6.1 Beantwortung der Fragestellungen

1. Wie gestaltet sich die multiprofessionelle Kinderschutzarbeit der KSG?

Die 4 für die klinische Kinderschutzarbeit grundsätzlich nötigen Professionen Arzt, Pflege, Sozialpädagogik und Psychologie (Psychiater/Psychotherapeut) erheben die Befunde aus ihrem Fachgebiet, ggf. unter Einbeziehung weiterer Experten.

Essentiell ist es schon im Diagnoseprozess die gefundenen Erkenntnisse untereinander auszutauschen, um so ggf. weitere, bzw. gezieltere Diagnostik durchführen zu können.

Nach Abschluss der Diagnostik werden die Ergebnisse gemeinsam besprochen und, sehr wichtig, im Zusammenhang bewertet (Fallbesprechung).

Werden während des Aufenthaltes gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung festgestellt, erfolgt eine Meldung an das Jugendamt.

Daran anschließend erfolgt in der Regel eine Fallkonferenz, an der Vertreter der KSG, des Jugendamtes und die Eltern teilnehmen. In dieser gemeinsamen Besprechung aller Beteiligten werden alle Befunde dargestellt und deren medizinische Bedeutung erklärt. Die Eltern erklären ihre Ansichten und Einschätzungen, die direkt mit der medizinischen Einschätzung, ergänzt durch ggf. bereits vorliegende Informationen des Jugendamtes, abgeglichen werden können. Die Mitarbeiter des Jugendamtes erstellen unter Mitwirkung der Eltern und der KSG ein erstes Schutzkonzept, das in der Regel direkt vor Ort mit den Eltern besprochen und meist auch vor Ort von ihnen unterschrieben wird.

Muss ein Kind zur Sicherstellung des Kindeswohls in Obhut genommen werden, wird dies, sowie die nächsten geplanten Schritte, den Eltern hier mitgeteilt.

So sind nach Ende der Fallkonferenz alle Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand und die nötige Handlungssicherheit ist auch für eingreifende Maßnahme so gut wie möglich hergestellt.

2. Wie kann der Prozess der Risikoeinschätzung in einer Fallbesprechung standardisiert werden?

Jede Profession bringt in gleichwertiger Bedeutung ihre Befunde in die Fallbesprechung mit ein. Wichtig sind hier keine, bzw. flache Hierarchien. Beobachtungen der Pflegekräfte können entscheidender zu einer fundierten Einschätzung beitragen wie z. B. der Befund einer Fraktur, deren Entstehung nicht geklärt werden konnte.

Zur Standardisierung nötig ist ein einheitliches, strukturiertes Vorgehen (siehe Anhang Formular Fallbesprechung), in dem sowohl inhaltliche wie auch die Bewertung der einzelnen Aspekte aufgeführt werden und Punkt für Punkt abgearbeitet wird.

Der Versuch hier anhand einer numerischen Skala eine standardisierte Bewertung zu erzielen, war schwierig. Hier gibt es dringend weiteren Forschungs- und Prozess-evaluierungsbedarf, um in Zukunft standardisierte und validere Ergebnisse zu ermöglichen.

Es wurden dennoch in allen Fällen nachvollziehbare und tragfähige Ergebnisse durch den Prozess der interpersonellen, durchaus auch kontroversen, Diskussion erreicht.

3. Wie zeitaufwendig ist klinische medizinische Kinderschutzarbeit?

Der Mittelwert der Gesamtarbeitszeit (siehe Grafik 26 und 29) aller Berufsgruppen pro Fall beträgt 78,7 Stunden.

Dieser Wert verteilt sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

- Ärztliches Personal: 14 h
- Pflegepersonal: 55,6 h
- Sozialpädagogen: 5,8 h
- PPP: 2,7 h

4. Wie hoch sind hierfür die Personalkosten?

Wie aus Grafik 31 ersichtlich belaufen sich die Personalkosten hierfür, berechnet auf die durchschnittlichen Arbeitszeitkosten (AG Personalkosten als Mittelwerte) aller 109 Patienten, auf 2.220 € pro Fall.

Davon entfielen

- 29,7 % auf Arztkosten (660.- €)
- 57,6 % auf die Pflege (1279.-€)
- 7,6 % auf die Sozialpädagogen (169.-€)
- 5,1 % auf PPP (112.- €).

5. Welche konkreten Tätigkeiten der unterschiedlichen Teammitglieder erfordern welche Zeitkontingente?

Die angegebenen Zeiten beziehen sich auf den Durchschnitt aller Fälle. Nicht alle Teilschritte wurden bei jedem Patienten durchgeführt.

Kinderschutzmedizinische Diagnostik durch Ärzte:

	Patientenkontakt	Besprechung intern	Besprechung extern	Arztbrief
Zeitbedarf	4:35 h	5:35 h	1:07 h	1:35 h

Sozialpädagogische Diagnostik durch Sozialpädagogen:

	Kontakt mit Patienten und Angehörigen inkl. Doku	Besprechung intern inkl. Doku	Besprechung extern Inkl. Doku
Zeitbedarf	3:07 h	3:13 h	0:45 h
Häufigkeit	2—3 x	5-10 x	2-6 x

Pflegebeobachtung:

	Allgemeine Pflege inkl. Doku	Interaktionsbeobachtung inkl. Doku	Elternanleitung inkl. Doku	Besprechungen inkl. Doku
Zeitbedarf	34:08 h	14:45 h	0:20 h	7:41 h

Interaktionsbeobachtung durch Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten:

Zeitbedarf	Im Rahmen des stationären Aufenthaltes, mindestens 3 Stunden für die Beobachtung der Interaktion und für Befunderhebung/ Dokumentation sowie Fallbesprechung
------------	--

Psychiatrische/ Psychologische/ Psychotherapeutische Abklärung:

Zeitbedarf	Anamnese und Diagnostik: 1-2 Stunden bei kurzen Aufenthalten, bei längeren Aufenthalten bis zu 8 Stunden. Dokumentation und Fallbesprechung: 2 Stunden
------------	---

6. Wie muss sich die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern gestalten, um KWG in gemeinsamer Verantwortung abwenden zu können?

Als strukturelle Grundlage ist eine Kooperationsvereinbarung eine hilfreiche Voraussetzung für eine funktionierende Zusammenarbeit.

Wissen und Verständnis um die jeweils anderen rechtlichen und institutionellen Voraussetzungen (Möglichkeiten und Grenzen) sind die Basis, um im Alltag einer fordernden und auch emotional belastenden Situation eine wertschätzende, respektvolle und auf das Kindeswohl gerichtete Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Persönliches Kennen zumindest einzelner Teammitglieder erleichtert die Zusammenarbeit und den informellen Austausch zu allgemeinen Themen.

Jugendamt und Gesundheitswesen haben je einen eigenen Verantwortungsbereich, die zu einem, je Fall unterschiedlichen, Teil eine Schnittmenge bilden.

Es müssen Entscheidungen getroffen werden, die, bis zu einer sicheren Abwendung einer KWG, beide Bereiche betreffen. Dies kann nur in einem kontinuierlichen Austauschprozess erfolgreich sein.

7. Welche Maßnahmen stellen eine ausreichende Qualifizierung der Netzwerkpartner sicher?

Regelmäßiger Austausch in Form von Netzwerktreffen mit Fallbesprechungen, Teilnahme an Qualitätszirkeln, online Schulungen, Gestaltung von Fachtagen und themenbezogenen Weiterbildungen für verschiedene Berufsgruppen innerhalb des Netzwerkes ermöglichen eine gute gemeinsame Wissensbasis und die Schaffung einer guten Struktur für einen im Sinne des Kindeswohls effizienten Austausch.

8. Auf welchen Wegen können Netzwerkpartner zur Qualifizierung gut erreicht werden?

Diese Frage wird explizit in Punkt 6.3 Kooperation und Netzwerkstrukturen und Punkt 6.4 Qualifizierung erörtert. Grundsätzlich können niedergelassene Ärzte sehr gut über die regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel erreicht werden.

Andere Berufsgruppen wie MFAs, Jugendsozialarbeiter, MA der Rettungsdienste oder KiTa Mitarbeiter können unter der Federführung der Jugendämter mit Beteiligung der KSG (Tandem Fortbildung) durch Fortbildungen vor Ort geschult werden.

9. Welche Wege können zur Etablierung der Finanzierung erfolgversprechend sein?

Die aktuell bestehende Erlössituation der klinisch medizinischen Kinderschutzarbeit (DRG und OPS) deckt die tatsächlichen Kosten nicht ab. Im Durchschnitt betragen nur die Personalkosten zur Abklärung eines Kinderschutzfalles nach unseren Daten 2220.- je Fall. Personalkosten machen deutschlandweit in Kinderkliniken/-abteilungen ca. 80 % der Gesamtkosten aus.

Die Möglichkeit einer Finanzierung des Aufwandes über ein Zusatzentgelt (OPS 1-945.x) besteht erst seit dem Jahr 2018. Der Aufwand für die hierfür zu erbringenden Leistungen ist hoch, was zur Folge hat, dass oft, trotz erfolgter Abklärung einer KWG, keine Abrechenbarkeit besteht.

Daraus folgt:

1. Die Kliniken müssen im Aufbau und der Vorhaltung des zur Kinderschutzabklärung nötigen Personals unterstützt werden (Anschubfinanzierung). Erst nach erfolgreichem Aufbau einer KSG, deren Mitglieder ein ausreichendes Zeitkontingent für die Kinderschutzarbeit haben, kann die Abklärung so gestaltet werden, dass auch das Zusatzentgelt abgerechnet werden kann.
2. Die Höhe der Erlöse aus dem Zusatzentgelt variieren je nach Klinik, da sie in Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen ausgehandelt werden (Beträge in Bayern zwischen 600.- und 1400.- €). Hier muss eine einheitliche, klinikunabhängige Finanzierung analog anderer Zusatzentgelte erfolgen. Die Höhe sollte sich an den in unserem Projekt ermittelten Personalkosten (bzw. dem zugrundeliegenden Zeitaufwand) plus Sachmittelkosten orientieren.
3. Insbesondere Sozialpädiatrische Fachkräfte in der Kinderschutzgruppe leisten wertvolle Vorarbeit für die anschließende Betreuung durch das Jugendamt. Hier ist eine Finanzierung durch die Gemeinden/Städte denkbar. In Landshut erfolgt seit Ende 2020 eine Finanzierung einer halben Sozialpädagogikstelle über 5 Jugendämter jeweils anteilig nach der Anzahl der jährlich betreuten Kinder.

6.2 Etablierung von Kinderschutzgruppen

Kinderschutz gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern zu tun haben. In Kinder- und Jugendkliniken soll er integrierter Teil des Leistungsauftrages aller dort tätigen Disziplinen sein.

Jedoch nur mit der Investition in eine strukturell und personell adäquat ausgestattete Kinderschutzgruppe kann eine Klinik sowohl die forensisch nötigen Qualifikationen und Arbeitsbedingungen schaffen wie auch die Basis für eine Abrechenbarkeit der kinderschutzmedizinischen Leistungen erbringen.

Im Kinderkrankenhaus St. Marien stieg die Inanspruchnahme der KSG nach Bereitstellung von definierten zeitlichen Ressourcen in kurzer Zeit um mehr als das Doppelte. Auch die Anzahl der nach OPS Definition abrechenbaren stationären Behandlungen stieg stark an. Die Gründe hierfür sind vielfältig und wirken aufeinander synergistisch. Einmal stieg die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit bzgl. Gefährdungskonstellationen der Klinikmitarbeiter an durch höhere Präsenz der KSG Mit-

gliedert auf Station, bessere Ansprechbarkeit und klarere Zugangswege. Ferner trug dazu bei, dass bei vorhandenen Zeitkontingenten der KSG - Mitarbeiter Fallbesprechungen und Fallkonferenzen auch mit dem erforderlichen Personenkreis durchgeführt werden konnten (ermöglicht u. a. Abrechenbarkeit der OPS Ziffer). Die bessere und personifizierte Ansprechbarkeit für Jugendamtsmitarbeiter und vor allem die Wahrnehmung einer hilfreichen Zusammenarbeit erhöhte die Zahl der vorgestellten Kinder weiter. Ferner trugen die von der KSG durchgeführten aushäusigen Schulungen mit kinderschutzmedizinischen Inhalten zur erhöhten Wahrnehmung der niedergelassenen Kinderärzte und anderer Netzwerkpartner zur Fallzahlerhöhung bei.

Aus den Erfahrungen im Projektzeitraum ergeben sich für die Etablierung von KSGen folgende Empfehlungen:

- Jede Kinder- und Jugendklinik muss eine qualifizierte (DG KiM) KSG vorhalten (strukturelles Qualitätsmerkmal).
- Die multiprofessionelle Zusammensetzung einer KSG orientiert sich an den Vorgaben der DG KiM sowie den DIMDI Bedingungen für die Abrechenbarkeit des Zusatzentgeltes ZE-2018-152.
- Die KSG muss mindestens aus einem Arzt mit Weiterqualifizierung in Kinderschutzmedizin, aus einer Fachkraft der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Sozialen Arbeit und einem Vertreter aus der Gruppe der PPP bestehen.
- Ein sog. „Kinderschutzmanager“ wäre zudem eine Ressource für das gesamte Team, das dadurch von der Koordination, Überwachung und Kontrolle der Durchführung organisatorischer Aufgaben entlastet wäre.
- Es muss die Möglichkeit für, zumindest konsiliarische, Mitbetreuung der Patienten aus kinderschutzrelevanten Fachrichtungen wie Neurologie, Rechtsmedizin, Gynäkologie und anderen bestehen.
- Die KSG muss in der Gesamtklinik als eigenständige Gruppe von einem verantwortlichen, weisungsbefugten Facharzt geführt werden.
- Die Einschätzungen der Professionen sind gleichwertig, die Leitung und finale Verantwortlichkeit liegt beim Facharzt, der die KSG leitet.
- Die Rollen- und Zuständigkeitsbereiche sowie die Kompetenzen (z. B. bzgl. der Entlassung eines Kindes) müssen klar benannt und respektiert werden.
- Die Kommunikation der medizinischen Befunde (z. B. mit der Jugendhilfe oder dem Familiengericht) sollte nur über die Leitung der KSG oder einem von der Leitung beauftragten Arzt erfolgen. Der Arzt ist verantwortlich, dass der nicht medizinisch geschulte Kooperationspartner die Bedeutung der vermittelten Inhalte versteht.
- Sicherstellung eines gemeinsamen Fallverständnisses (sprach- und systembedingte Hürden).
- enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen.
- Um fachlich qualifizierte KSA leisten zu können, müssen sowohl intern wie extern strukturelle Grundlagen (z.B. Dienstanweisungen, Formulare, Kooperationsvereinbarungen u. a.) geschaffen werden.
- Um die nötigen „Vorarbeiten“ leisten zu können, ist für jede KSG eine Anschubfinanzierung nötig.

- Jeder KSG sollte während einer 3-jährigen Etablierungsphase finanzielle (rechtskreisübergreifende) und fachliche (Propädeutik und Organisationsmanagement) Unterstützung zur Verfügung stehen.

Weitere Voraussetzungen für gelingende Kinderschutzarbeit:

- Reflexion und Supervision der Fälle in regelmäßigen Sitzungen
- Beratung und Unterstützung für alle Mitarbeiter in der Klinik in Fragen und in Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung
- Aus- und Fortbildung aller Berufsgruppen im eigenen Wirkungsbereich

6.3 Kooperation und Netzwerkstrukturen

Gelingende Kinderschutzarbeit erfordert eine gut funktionierende Kooperation und verbindliche Regelungen zwischen den Systemen der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe (rechtliche und fachliche Voraussetzungen siehe § 4 KKG, Art. 14 GDVG, Leitfaden "Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Erkennen und Handeln" des StMAS, E-Learning Angebot zum Kinderschutz bei der Fortbildungsakademie im Netz etc).

Die Jugendhilfe ist kommunal aufgestellt, die medizinische Versorgungsräume insbesondere seitens der Kinder- und Jugendkliniken gehen über Stadt- und Kreisgrenzen hinaus. Kooperationen müssen unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen und entlang der lokalen Akteurskonstellationen im Kinderschutz aufgebaut werden.

Kooperation und Vernetzung sollte auf folgenden 3 Ebenen stattfinden:

Ebene der Fallarbeit

Schriftliche Vereinbarungen zur Kooperation zwischen Klinik und Jugendamt mit klar beschriebenen Verfahrenswegen und Aufgaben der Kooperationspartner sowie Wissen um gegenseitige Erreichbarkeiten.

Ebene der interorganisationalen Zusammenarbeit

Zur Sicherung eines individuellen Hilfe- und Schutzkonzeptes ist ein umfangreiches Wissen und eine gute Vernetzung mit den pädagogischen Systemen (Schule, KiTa etc.) sowie mit den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe (Kinderklinik, SPZ, niedergelassene Haus- und Kinderärzte etc.) unabdingbar. Das Wissen um Leistungsangebote der Netzwerkpartner ermöglicht dem Kinderschutzteam, in einer großen Spannbreite niedrigschwellige und intensive Hilfen zu initiieren und anzubahnen. So kann sichergestellt werden, dass bei Entlassung des Kindes oder Jugendlichen alle notwendigen Hilfen auch beginnen können.

Ebene des Zusammenwirkens im kommunalen Netzwerk

Des Weiteren ist es empfehlenswert, sich in lokalen/regionalen interdisziplinären Zirkeln zum Kinderschutz zu vernetzen.

Zusammenfassend lässt sich der Nutzen der externen Netzwerkarbeit folgendermaßen beschreiben:

- Erhöhung der Sensibilität bei Netzwerkpartnern durch Schulungen zum Thema medizinischer Kinderschutz

- Senkung der Hemmschwelle bei den Netzwerkpartnern bei der Zuweisung von Kindern zur Abklärung von Kindeswohlgefährdungen
- Rasches und abgestimmtes, multimodales Handeln zum Wohle der Kinder, auch wenn zwar keine Kindeswohlgefährdung vorliegt, aber für die Familie Unterstützungsbedarf besteht
- Höhere Qualität und Effektivität bei der Versorgung der betroffenen Kinder und deren Familien durch die Expertise aus den jeweiligen Bereichen
- Rasche Aktivierung von Unterstützungsmaßnahmen

6.4 Qualifizierung

Jedes Mitglied einer **KSG** braucht besondere Qualifikationen für diese Arbeit, zum einen aus dem eigenen Fachbereich, zum anderen methodisch sowie sehr gute Teamfähigkeit. Im Einzelnen ist besonderer Wert auf folgende Punkte zu legen:

- KSG Arbeit allgemein: Akkreditierung, DG KiM Empfehlungen zu Kinderschutzgruppenarbeit, Jahrestagungen, regionale und deutschlandweite KSG Treffen
- Ärzte: fachliches Wissen aus der Subdisziplin Kinderschutzmedizin, Zertifizierung, Fortbildungen zum Thema
- Psychologen/Psychiater/Psychotherapeuten: spezielle Interaktionsdiagnostik sowie gezielte Diagnostik unter Kinderschutzaspekten, Erfahrung zu Traumatherapie, Elternarbeit
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: Weiterbildung zu Familienkinderkrankenschwester, Schulung zu Interaktionsbeobachtungen, Kompetenzen in Elternanleitung
- Sozialpädagogen: Mehrjährige Berufserfahrung, therapeutische Zusatzausbildung in systemischer Familientherapie, Gesprächsführungskompetenz, Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, Wissen über dessen Strukturen und dessen Arbeitsweise.

Qualifizierung **niedergelassener Ärzte**:

- Vermittlung Propädeutik, günstig sind Schulungen vor Ort, die gleichzeitig zur Netzwerkarbeit genutzt werden können
- Vermittlung und Kontaktaufnahme zu den örtlichen Jugendämtern mit Erklärungen der Funktionsweise des jeweils anderen Systems und Austausch über die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen.
- Handouts zu direkten Erreichbarkeiten JA und Klinik
- Einbindung in regionale Netzwerke mittels Mediatoren (z. B. Vertreter aus den jeweiligen Qualitätszirkeln)
- Gesprächsführung in einer häufig ambivalenten Gefühlslage.
- Wichtig ist es, die Kinderärzte dahingehend zu entlasten, dass klargestellt wird, dass Gewalt in der Familie nicht von einer Person behandelt werden kann und soll. Dies ist nur zusammen mit einem professionellen Netzwerk möglich.
- Hilfe zur Selbstfürsorge, „wie gehe ich als niedergelassener Kinder- oder Hausarzt mit der eigenen Betroffenheit um“, z. B. in Super- oder Interventionen.

7 EMPFEHLUNGEN ZUR FINANZIERUNG

7.1 Ausgangssituation 2017 und weitere Entwicklung

Bis zum Jahr 2018 bestand keine Möglichkeit einer Vergütung des kinderschutzmedizinischen Mehraufwands bei der stationären Abklärung einer KWG. Lediglich eine Abrechnung des Aufenthaltes über eine DRG war möglich, sofern der MDK diese Vergütung nicht wegen „nicht stationärer Indikation“ wieder strich. Die aufgrund der Kodiervorgaben zu verschlüsselnden DRGs (z. B. bei einem Hämatom) erzielten nur geringe Erlöse.

Die erst seit 2018 bestehende Möglichkeit ein individuell von jeder Klinik zu verhandelndes Zusatzentgelt für stationäre Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit zu erlösen, ist an klare personelle und strukturelle Vorgaben geknüpft (DIMDI OPS Version 2019). Die Höhe des Zusatzentgeltes ist nicht festgelegt. Das bedeutet jede Klinik muss diesen Betrag in Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen aushandeln.

Kontinuierliche Befragungen von Kinderschutzgruppen durch die DG KiM zeigen, dass einige Kliniken wegen „zu geringer Fallzahlen“ keinerlei Verhandlungen hierzu führten, andere Kliniken sich in den Gesamtkalkulationen im DRG Verhandlungssystem mit geringen Beträgen zufriedengaben.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Vorgaben des DIMDI gab es weder eine Zertifizierung des Arztes zum Kinderschutzmediziner noch eine Akkreditierung der Kinderschutzgruppen durch die DG KiM. Beides wird mittlerweile als Standard für die Erbringung qualitativ guter klinischer Kinderschutzmedizin erachtet. Ein weiterer Standard wurde mit der Fertigstellung der S3 (+) Kinderschutzleitlinie erstellt. Die hierin empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und psychosozialen Maßnahmen bedingen nochmals einen größeren Aufwand bei der klinischen Betreuung dieser Familien.

Zusammengefasst stellt sich die aktuelle Situation wie folgt dar:

- Es gibt Kliniken ohne jegliche Abrechnungsmöglichkeiten, da kein Zusatzentgelt verhandelt wurde.
- Der Erlös für die Kliniken ist sehr unterschiedlich, trotz – bei Einhaltung der Qualitätsvorgaben – ähnlichem Aufwand in der KSG Diagnostik. Die Erlöse liegen (Stand 2019) quer durch Deutschland zwischen 300 und 1700 Euro.
- Daneben gibt es eine gewisse Zahl an Patienten, die den Gesamtaufwand zur Erfüllung der OPS Ziffer nicht erreichen. Bei einem Verdacht auf eine Gefährdung wird hier dennoch zeit- und kostenaufwendige Diagnostik durchgeführt.
- Gleiches gilt für den gesamten präventiven Bereich. Erkannter Unterstützungsbedarf ermöglicht die Weitervermittlung an die Jugendhilfe. Diese große Gruppe benötigt nach unseren Daten einen etwas geringeren Zeitaufwand. Für diese Patientengruppe gibt es im bestehenden System keine Möglichkeit einer Vergütung.

7.2 Empfehlung für Finanzierung der medizinischen Kinderschutzarbeit

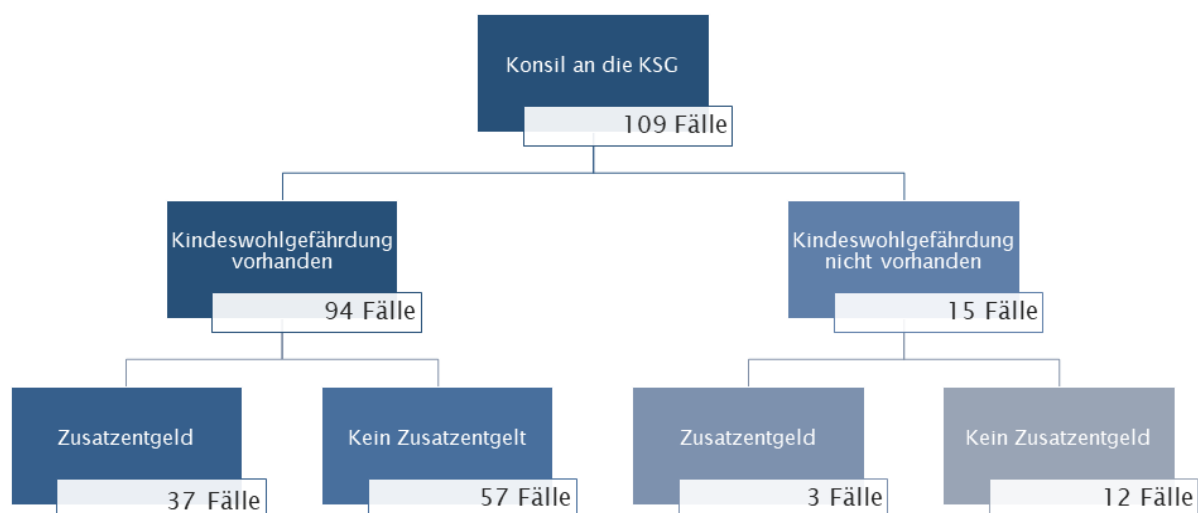
7.2.1 Zusatzentgelt

Klinische Kinderschutzarbeit ist unter folgenden Bedingungen abrechenbar:

- KSG ist lt. den Qualitätsvorgaben besetzt und arbeitet nach Standard
- Strukturen zu klinikinternen und externen Arbeitsweise (z. B. Kooperationsvereinbarungen) sind etabliert
- Interdisziplinäre Komplexdiagnostik ist nach den DIMDI Vorgaben erfolgt

Das Zusatzentgelt soll sich in der Höhe an im Projekt ermittelten Zeitaufwand plus der sonstigen (Sach-)Kosten entsprechend der Kostenkalkulation im klinischen DRG System orientieren.

Grafik 62: Verteilung der Fälle in Bezug zum Zusatzentgelt



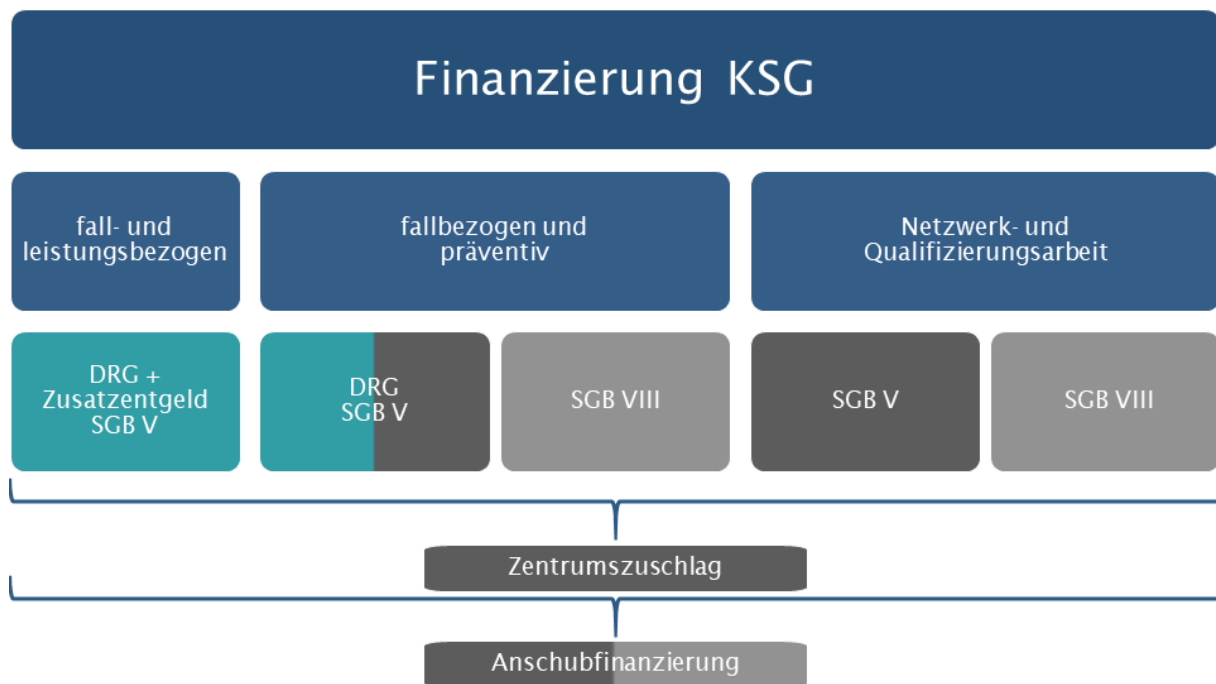
Auf Grundlage der ermittelten Daten für die 40 Fälle, in denen das Zusatzentgelt abgerechnet wurde, betragen Zeit- und Personalkostenaufwand:

Zeit für alle Berufsgruppen: 107,7 Std.
entsprechende Personalkosten: 3084.- €

7.2.2 Finanzierung der Patienten ohne Zusatzentgelt

Es wird immer nur ein Teil der Patienten den hohen Aufwand für eine OPS brauchen. Die Summe der anderen abzuklärenden Patienten beansprucht einen beträchtlichen Teil der Arbeitszeit, es muss auch für diese Kinder eine Finanzierung gefunden werden.

Grafik 63: Rechtskreisübergreifende Finanzierung



Die blau hinterlegten Flächen existieren, die grau hinterlegten müssen noch umgesetzt werden.

Die Finanzierung dieser Fälle könnte gemeinschaftlich über das SGB V und SGB VIII erfolgen.

Bezugnehmend zu obiger Grafik ist es denkbar, dass die Kommunen einen anteiligen Betrag (z. B. orientiert an der Anzahl der wohnhaften Kinder im Gebiet) zur Finanzierung der medizinischen Kinderschutzarbeit zahlen.

Ferner sollte geprüft werden, ob nach den aktuellen Verhandlungen zum Zentrumszuschlag dieser auch für medizinische Kinderschutzarbeit erhoben werden kann.

8 ZUSAMMENFASSUNG

- Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von körperlicher, sexualisierter oder seelischer Gewalt sowie Vernachlässigung gefährdet sind, ist Aufgabe des Gesundheitswesens.
Die effektive Sicherstellung des Kindeswohls ist nur in enger Zusammenarbeit mit dem Jugendamt möglich. Voraussetzungen hierfür sind das Erkennen einer Gefährdung (beide Bereiche), Diagnostik (unterschiedliche Schwerpunkte in beiden Bereichen) und anschließende Schutz-, Kontroll- und Unterstützungsmaßnahmen (beide Bereiche).
- Medizinischer Kinderschutz ist eine zu etablierende Regelversorgung in allen Kliniken mit pädiatrischen Abteilungen.
- KSG müssen nach einem vorgegebenen Qualitätsstandard (orientiert an Akkreditierung, Qualifizierung durch die DG KiM) zusammengesetzt sein und dementsprechend arbeiten (siehe Kapitel 2 und Kapitel 6).
- Ein hauptamtliches Team und entsprechende klinikinterne und externe Strukturen müssen aufgebaut werden, um die Versorgung der betroffenen Kinder auf qualifiziertem Niveau sowie die Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen zu gewährleisten.
- Klinischer Kinderschutz ist aktuell nur teilfinanziert und das je nach Klinik in unterschiedlicher Höhe.
- **Kinderschutz kann durch Kombination aus DRG und Zusatzentgelt sowie anteilig einer Finanzierung durch die Kommunen in entsprechender Höhe in allen Kliniken finanziert werden.** Dies ist eine Voraussetzung, damit die unter hohem Kostendruck stehenden Kliniken eine KSG etablieren können.
- Die durchschnittlichen Personalkosten für eine stationäre Abklärung einer KWG beträgt in unserer Studie (n=109) 2220.- €.
- Die Personalkosten in der Untergruppe der Kinder, für die ein Zusatzentgelt abgerechnet werden konnte (n=40), beträgt 3084.- €.
- Die Personalkosten der Untergruppe der Kinder, bei denen eine KWG festgestellt wurde (n=94), beträgt 2441.-€.
- Das zu verhandelnde Zusatzentgelt muss mindestens die durchschnittlichen Personalkosten plus 20 % Sachmittelkosten beinhalten.
- Die Finanzierung soll fallbezogen über DRG und Zusatzentgelt sowie ggf. rechtskreisübergreifend durch die örtlichen Gemeinden und Städte erfolgen.
- Alle Kliniken brauchen nach unserer Erfahrung eine zusätzliche Anschubfinanzierung über 3 Jahre, um diese Strukturen zu etablieren.
- Alle Kliniken brauchen ein für sie zuständiges Kompetenzzentrum (z. B. Bayerische Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München, analoge Zentren in anderen Bundesländern), das in fachlichen Fragen konsiliarisch hinzugezogen werden kann, in Organisationsmanagement unterstützt und eine kontinuierliche Begleitung in Form von Beratung und Supervision der KSG vermittelt, bzw. selber anbietet.
- Die Vernetzungsarbeit ist essentieller Bestandteil der Aufgaben einer KSG und muss in die Aufwandsplanung mit einbezogen sein.

- Die Qualifizierung der regionalen Netzwerkpartner in Kooperation mit den örtlichen Jugendämtern durch kontinuierliche Schulungsangebote, ist im Hinblick auf eine gewinnbringende Zusammenarbeit auf der operativen Ebene zwingend erforderlich und dient gleichzeitig als ein Instrument zur Vernetzung.

9 AUSBLICK

Erstmals wurden im Rahmen konkreter Kinderschutzarbeit Daten in dieser Form erhoben. Hiermit haben wir die Basis gelegt, auf die zur Etablierung, Vernetzung und Erarbeitung einer Finanzierung von KSG zurückgegriffen werden kann.

Die aktuellen Voraussetzungen für eine flächendeckende Einführung von Kinderschutzgruppen, Etablierung medizinischer Kinderschutzarbeit auch im ambulanten Bereich und deren Finanzierung sind günstig. Es braucht dazu weiter das kontinuierliche Engagement vieler Berufsgruppen und verantwortlicher Entscheidungsträger in Politik und im Gesundheitsbereich, damit dieses Ziel erreicht werden kann.

Erst wenn alle Kinder behandelnden Berufsgruppen die fachlichen Kompetenzen und die adäquate Vergütung ihrer komplexen Leistungen erhalten sowie ein enges Netz mit der Jugendhilfe strukturiert gestaltet wird, werden unsere Kinder so gut wie möglich geschützt. Weitere Datenerhebungen und eine Evaluation unserer Tätigkeit, die auch den ambulanten medizinischen Kinderschutz und hier insbesondere die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte einbezieht, sind hierfür dringend notwendig. Eine Evaluation zum Erfolg der getroffenen Maßnahmen ist ebenso erforderlich. Hier ist ein kombiniertes Projekt aus Sozial- und Gesundheitswissenschaft gut vorstellbar.

Kinderschutzmedizin als junge, fachübergreifende Subdisziplin in allen Kinder behandelnden medizinischen Abteilungen beginnt sich seit einigen Jahren flächendeckend zu etablieren. Um einen gleichen Qualitätsstandard und klare und effektive Strukturen in der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe zu etablieren sowie deren Finanzierung sicher zu stellen sind weiter kontinuierliche Anstrengungen und Abstimmungen der Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitswesen notwendig.

10 ANHANG

10.1 Formulare

10.1.1 Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit

Ihr Kind - unser Auftrag



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Kontakt

zum Kinderschutz-Team:

Das Kinderschutz-Team ist für eine stationäre Abklärung und Nachsorge erreichbar unter

Telefon: 0871/ 852-1070
E-Mail: kinderschutzambulanz@st-marien-lm.de

zur Kinderschutz-Ambulanz:

Die Kinderschutz-Ambulanz ist für eine ambulante Abklärung und Nachsorge erreichbar unter

Telefon: 0871/ 852-1287
E-Mail: kinderschutzambulanz@st-marien-lm.de

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstr. 3, 84036 Landshut
www.kinderkrankenhaus-landshut.de

**Elterninformation
Kinderschutz**



**Informationen zum Team für
Kinderschutz in der Medizin
im Kinderkrankenhaus St. Marien**

Iris Pöhl
Pädagogin (M.A.),
Familientherapeutin

Kathrin Wimmer
(Familien-) Gesundheits-
und Kinderkrankenpflegerin

Pia Manjgo
Oberärztin, Ärztl. Ltg.
des Kinderschutz-Teams

Anna Eberl
Sozialpädagogin (M.A.)

Dr. phil. Andrea Neubauer
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin

Christoph Bauer
Assistenzarzt

Ihr Kind - unser Auftrag

Unser Angebot umfasst:

- Beratung zu Pflege und Versorgung des Kindes
- Beratung zur Eltern-Kind-Beziehung
- Beratung zu weiteren Unterstützungsangeboten, z.B. Schulsozialarbeiter, KOKI, Erziehungsberatungsstelle
- Vermittlung geeigneter Therapieangebote
- Koordination der Nachsorge
- Bei Bedarf Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Jugendamt zur weiteren Beratung und für Hilfeangebote

Im Fall einer möglichen Kindeswohlgefährdung Ihres Kindes schätzen wir gemeinsam mit Ihnen die Situation ein und versuchen im Team eine gute Lösung zu finden. Ziel unseres Gesprächs soll es sein, eine bestehende Gefährdung ausschließen zu können bzw. eine zukünftige Kindeswohlgefährdung zu vermeiden.

Sollte eine mögliche Kindeswohlgefährdung für Ihr Kind während des Krankenhaus-aufenthaltes nicht zufriedenstellend gelöst werden, treffen wir mit Ihnen und dem zuständigen Jugendamt gemeinsam eine Vereinbarung, wie zukünftig der Schutz Ihres Kindes gewährleistet werden kann.

Wir arbeiten präventiv, kooperativ, ressourcen- und lösungsorientiert.

Im Kinderschutzteam arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen. Hierzu zählen:

- Kinderschutzmedizin
- Kinderkrankenpflege
- Psychotherapie / Psychiatrie
- Sozialpädagogik

Um zu einer guten Einschätzung der Gesamtsituation zu kommen, ist es sehr wichtig, alle Perspektiven einzubeziehen. Hierzu finden regelmäßige Gespräche mit Ihnen und teamintern statt.

Zusätzlich sind auf allen Stationen speziell geschulte Mitarbeiter für Sie ansprechbar.

Liebe Eltern, liebe Patienten,

das Kinderschutz-Team im Kinderkrankenhaus St. Marien ist eine Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Kindeswohl.

Bei der Wahrnehmung einer belastenden Situation im häuslichen oder sozialen Umfeld des Kindes stehen wir zur Verfügung, um gemeinsam mit Ihnen passende Unterstützungsmöglichkeiten zu finden.

Sollten bereits körperliche oder psychische Auffälligkeiten bei Ihrem Kind vorliegen, ist eine umfangreiche medizinische und psychologische Diagnostik erforderlich. Im Anschluss daran werden geeignete Maßnahmen erarbeitet.

Während des stationären Aufenthaltes gehört eine enge Begleitung durch das Kinderschutz-Team zum Standard des Kinderkrankenhaus St. Marien.

Flyer „Elterninformation Kinderschutz“

Schutz von Kindern und Jugendlichen												
Kinderschutzteam KISMed	Kinderschutzambulanz	Notaufnahme/ Notfallambulanz										
Kernteam: - Case Management: Sozialpädagoginnen Iris Pöhl, Maria Hörndl → 0871/852 1070 - Familien- und Kinderkrankenschwester Stefanie Frank → 0871/852 1072 - Kinderschutzmedizinerin Marie Ryckmanns → 0871/852 1071 - Ärztliche Leitung Pia Manjgo → 0871/852 1428 E-Mail: kinderschutzprojekt@st-marien-la.de Erreichbarkeit zu den Kernzeiten <table><tr><td>Montag</td><td>9.00 – 14.00 Uhr</td></tr><tr><td>Dienstag</td><td>9.00 – 14.00 Uhr</td></tr><tr><td>Mittwoch</td><td>9.00 – 14.00 Uhr</td></tr><tr><td>Donnerstag</td><td>9.00 – 14.00 Uhr</td></tr><tr><td>Freitag</td><td>9.00 – 13.00 Uhr</td></tr></table> ↓ ↓ Stationäre multiprofessionelle Diagnostik bei Verdacht auf KWG	Montag	9.00 – 14.00 Uhr	Dienstag	9.00 – 14.00 Uhr	Mittwoch	9.00 – 14.00 Uhr	Donnerstag	9.00 – 14.00 Uhr	Freitag	9.00 – 13.00 Uhr	Terminvereinbarungen vorab per E-Mail: kinderschutzambulanz@st-marien-la.de Erstversorgungen und Nachsorge - Medizinische Beurteilung oder Einschätzung der Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Missbrauchs - Beurteilung psychosozialer Belastungen - Schriftlicher Befund mit Diagnose und kinderschutzmedizinischer Interpretation, sowie Empfehlungen - Nachsorge nach stationärem Aufenthalt Unbedingt Überweisung vom Kinderarzt für das SPZ mitnehmen! Kinderschutzmedizinische Beratung durch Pia Manjgo 0871/ 852 1428	Erreichbarkeit: Rund um die Uhr - 24 Stunden täglich Die Kinder und Jugendlichen können als Notfall zu jeder Zeit gebracht werden. Im Falle einer möglichen KWG – Abklärung bitte unbedingt vorab Anmeldung am Empfang mit dem Hinweis einer KWG Abklärung ambulant bzw. stationär unter 0871/ 852 - 0
Montag	9.00 – 14.00 Uhr											
Dienstag	9.00 – 14.00 Uhr											
Mittwoch	9.00 – 14.00 Uhr											
Donnerstag	9.00 – 14.00 Uhr											
Freitag	9.00 – 13.00 Uhr											



DAS TEAM

Medizin	Pflege	Sozialpädagogik	Vernetzung
Pia Manjgo Oberärztin Kinderchirurgie Kinderschutzmedizinerin (DG KiM) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	Stefanie Frank Early Life Care M. Sc. Familien-Kinderkrankenschwester Still- und Laktationsberaterin	Iris Pöhl Pädagogin (M.A.) Systemische Therapeutin (SG) Supervisorin und Coach M.A./ DGsv	Stilla Waltl Dipl. Sozialpädagogin
Marie-Cécile Ryckmanns Weiterbildungsassistentin Kinder-und Jugendmedizin		Maria Hörndl Sozialpädagogin B.A. Entspannungspädagogin Gesundheits- und Krankenpflegerin (Intensiv)	
Anna Scheumaier Assistenzärztin Kinder-und Jugendmedizin in Rotation			

Ansprechpartner und Erreichbarkeiten

10.1.2 Kooperationsvereinbarung



Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jugendamt XY und der Kinderklinik AB

Sofern bei Berufsbezeichnungen männliche Bezeichnungen gewählt sind, sind immer beide Geschlechter gemeint!

Präambel

Die unterzeichnenden Institutionen und Personen kooperieren mit dem Ziel, eine Verbesserung des Schutzes von Kindern bei Kindeswohlgefährdungen durch schnelles und abgestimmtes Handeln, professionelle Diagnostik und Behandlung sowie gemeinsam festgelegte Weiterbetreuung zu erreichen. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie deren Familien.

Die Kooperationspartner stimmen überein, dass Verdachtsfälle einer Kindeswohlgefährdung, bei denen eine medizinische Abklärung erforderlich ist, grundsätzlich in der Kinderklinik AB vorgestellt werden. Ob ein solcher Verdachtsfall vorliegt entscheidet der behandelnde Kinder- und Jugendarzt, der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes oder ein mit Kinderschutzaufgaben befasster Arzt der Klinik nach persönlicher Inaugenscheinnahme des Kindes gemeinsam mit der zuständigen Vertretung des Jugendamtes. Die Entscheidung, ob die medizinische und psychosoziale Abklärung ambulant, teilstationär oder stationär erfolgt, wird von dem mit Kinderschutzaufgaben betrauten Arzt der Klinik in Rücksprache mit dem zuständigen Mitarbeiter des Jugendamtes getroffen.

Die Kooperationspartner stimmen überein, dass Kinder, bei denen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, zum Zweck der Wahrnehmung des Schutzauftrages (§ 8a, Abs. 1, SGB VIII) von der Kinderklinik AB an das zuständige Jugendamt gemeldet werden.

Die Kooperationsvereinbarung hat keinen rechtsverbindlichen Charakter. Sie versteht sich als Vereinbarung zur Zusammenarbeit im Sinne einer Selbstverpflichtung.

Datenschutz

Die in den Verfahrensweisen vorgesehenen Übermittlungen personenbezogener Daten zwischen den Kooperationspartnern sind datenschutzrechtlich nur zulässig, wenn

1. eine Einwilligung der/des Sorgeberechtigten bzw. des einwilligungsfähigen Jugendlichen vorliegt **oder**
2. eine Kindeswohlgefährdung fest steht oder gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und die Gefahr nicht anders als durch die beabsichtigte Informationsweitergabe abwendbar ist. Voraussetzung hierfür ist eine gegenwärtige bzw. andauernde und konkrete gesundheitliche Gefährdung des Kindes (körperlich, seelisch, emotional bzw. für die weitere Entwicklung). Es müssen die Voraussetzungen des § 34 StGB oder des § 4 KKG vorliegen oder des Art. 14 GDVG.

Ebenso sind §§ 8a, 62 und 65 SGB VIII sowie der besondere Fall des § 42 SGB VIII (Inobhutnahme) zu berücksichtigen.

§ 1 Fallbezogene Kooperation: Aufgaben des Kinderkrankenhauses

1. Die Kinderklinik AB, in der Regel vertreten durch die Mitglieder der interdisziplinären Kinderschutzgruppe, führt bei Verdachtsfällen oder bestätigten Fällen der verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung eine diagnostische Abklärung und Behandlung nach gültigem medizinischem Standard durch. Dies erfolgt entweder in der Kinderschutzambulanz (ambulantes Setting) oder durch stationäre Aufnahme mit erweiterter Diagnostik. Grundlage dafür sind die jeweils geltenden Empfehlungen der damit befassten medizinischen Fachgruppen und Fachgesellschaften in Deutschland, der S3 (+) Kinderschutzleitlinie und der Leitfaden „Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken der DGKiM und DAKJ“, bzw. entsprechend dem innerklinischen Leitfaden und Verfahrensstandard der Klinik.
2. Die Kinderklinik stellt sicher, dass die medizinischen Standards für das hausinterne diagnostische und therapeutische Vorgehen in digitaler oder Papierform hinterlegt sind und allen Mitarbeitern bekannt und zu jeder Zeit einsehbar sind.
3. Die Sicherung der Qualität der medizinischen Kinderschutzarbeit in der Kinderklinik liegt in der Verantwortung der ärztlichen Mitglieder der internen Kinderschutzgruppe.
4. Die Klinik meldet unter Beachtung der o.g. Datenschutzbestimmungen dem zuständigen Jugendamt ambulant und stationär betreute Kinder,
 - bei denen eine der Formen von Kindeswohlgefährdung mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt oder bereits nachgewiesen wurde
 - deren Gesundheitszustand durch fehlende Ressourcen der Eltern gefährdet oder eingeschränkt ist
 - deren Sorgeberechtigte die Notwendigkeit medizinischer und sozialpädiatrischer Hilfemaßnahmen nicht einsehen bzw. diese bewusst nicht befolgen, so dass aufgrund dessen eine erhebliche bis hin zur Lebensbedrohung führende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Kindes befürchtet werden muss.
 - bei denen aus sonstigen Gründen eine Kindeswohlgefährdung droht oder bereits eingetreten ist. Dies umfasst insbesondere Neugeborene von süchtigen (drogen- oder alkoholabhängigen und drogensubstituierten) oder psychisch erkrankten Eltern(-teil). In diesen Fällen ist aufgrund des hohen Gefährdungsrisikos ein engmaschiges Hilfe- und Unterstützungssystem zum frühestmöglichen Zeitpunkt, zwingend aber vor Entlassung des Neugeborenen aus der Klinik, einzurichten.
5. Die Meldung an das Jugendamt erfolgt sobald nach Einschätzung der Klinik gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen. Hierzu wird ein standardisierter Meldebogen verwendet.
6. Die Kinderklinik lässt dem Kooperationspartner relevante fachliche Informationen und Daten zum Krankheitsverlauf eines gefährdeten Kindes in Form der Kopie des Arztbriefes (nach Entlassung) zukommen. Außerdem erstellen die mit Kinderschutzaufgaben betrauten Ärzte der Klinik auf Wunsch dem zuständigen Jugendamt eine vorläufige ärztliche Stellungnahme (max. 2 Seiten) zum Fall innerhalb von maximal 1 Woche. Über den genannten Umfang hinausgehende Schriftstücke werden als fachärztliche Gutachten angesehen und bedürfen der gesonderten Vereinbarung oder einer Beauftragung durch die Ermittlungsbehörden oder ein Gericht.
7. Die Kinderklinik stellt für jeden Fall einer drohenden oder bestätigten Kindeswohlgefährdung eine Ansprechperson bereit. Diese rekrutiert sich aus den Reihen der mit Kinderschutz befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik und ist verantwortlich für die fallbezogene Einhaltung und Umsetzung der unter den Punkten 1, 4, 5, 6 und 8 genannten Aufgaben der Kinderklinik. Die Ansprechperson wird der zuständigen Vertretung des Kooperationspartners umgehend namentlich genannt.

8. In Fällen von begründetem oder bestätigtem Verdacht auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung oder einer sonstigen Kindeswohlgefährdung, insbesondere auch konkreten Hinweisen auf eine Vernachlässigung, erfolgt klinikintern eine erste Fallbesprechung zur Planung des weiteren Vorgehens bzw. zur Verdachtsklärung. Je nach Verdachtsgrund erfolgt zeitgleich oder nach weiterer Klärung die Information des Jugendamtes. Danach beruft die Klinik eine Helferkonferenz ein. An dieser nehmen von ihrer Seite mindestens ein mit Kinderschutzaufgaben betrauter Arzt und ein Mitarbeiter des Sozialpädagogischen Dienstes teil sowie die zuständige Vertretung des Jugendamtes, die Sorgeberechtigten des Kindes (in der Regel die Eltern) sowie bei Bedarf weitere Personen. In der Regel erfolgt zuvor eine Besprechung der Klinikmitarbeiter mit dem Jugendamt ohne Beisein der Eltern.
9. Der zuständige Arzt teilt die voraussichtliche stationäre Aufenthaltsdauer des Kindes dem Jugendamt mit. Organisatorische Belange des Jugendamtes sind dabei möglichst zu berücksichtigen. Sollte die medizinisch begründbare Aufenthaltsdauer des Kindes überschritten werden, bezahlt das Jugendamt die der Klinik hierfür entstehenden Kosten (Vereinbarung 2017: 200 Euro/Tag), wobei der Aufenthalt einer Begleitperson – sofern aus psychosozialer Indikation indiziert – mit abgegolten ist. Im Falle, dass dies im Rahmen einer reinen Inobhutnahme erfolgt, hat das Jugendamt die hierfür erforderlichen Schritte zu unternehmen.
10. Die Kinderklinik bietet die Möglichkeit zeitnaher, ambulanter medizinischer Untersuchungen im Rahmen eines Schutzkonzeptes. Hierfür findet ein enger Austausch mit dem fallverantwortlichen ASD statt. Die Klinik benötigt für diese Untersuchungen i. d. R. eine Überweisung vom Kinderarzt an das SPZ.

§ 2 Fallbezogene Kooperation: Aufgaben des Jugendamtes XY

1. Das Jugendamt benennt spätestens am folgenden Werktag nach Eingang der Meldung eine Fachkraft, die den Fall weiter betreut. Diese benannte Vertretung des Jugendamtes nimmt nach Absprache mit den entsprechenden Mitarbeitern des Jugendamtes an der von der Klinik einberufenen Helferkonferenz teil und ist für die zeitnahe poststationäre Planung und ggf. infrage kommender Jugendhilfemaßnahmen inkl. der Erstellung eines notwendigen Schutzkonzeptes verantwortlich. Von den Betroffenen werden bereits jetzt die notwendigen Schweigepflichtentbindungen eingeholt. Es gelten dafür die entsprechenden internen Verfahren und Standards des Jugendamtes.
2. Mit der Teilnahme an der Helferkonferenz erfüllt das Jugendamt einen Teil seiner in § 8a SGB VIII gesetzlich festgelegten Verpflichtung zur Gefährdungseinschätzung. Insofern dient das Ergebnis der Helferkonferenz dem Jugendamt als Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen. Falls erforderlich, hat das Jugendamt die Möglichkeit, weitere Helferkonferenzen in Absprache mit der Kinderklinik einzuberufen.
3. Das Jugendamt wirkt darauf hin, dass die Eltern vereinbarte medizinische Nachkontrollen wahrnehmen. Die Kinderklinik meldet Terminabsagen oder ein Nichterscheinen an den zuständigen Jugendamtsmitarbeiter, der in eigener Zuständigkeit über das weitere Vorgehen entscheidet.
4. Das Jugendamt informiert das Kinderkrankenhaus über den Abschluss der Gefährdungsmeldung in der jeweils angemessenen Form schriftlich oder mündlich. Schriftliche Rückmeldungen an das Kinderkrankenhaus sind an die ärztliche Leitung zu richten – entweder an die Faxnummer 123456 bzw. an die Mailadresse A@B, soweit das Einverständnis der Eltern bereits vorliegt.

§ 3 Einzelfallunabhängige Kooperation

1. Im Rahmen einer fallunabhängigen Kooperation nehmen die Vertragspartner in gegenseitiger Absprache an relevanten Netzwerktreffen der Stadt und des Landkreises XY im Bereich Kinderschutz teil.

§ 4 Weitere Absprachen zur Zusammenarbeit

1. Die Kooperationspartner vereinbaren jährliche Treffen, um die Erfüllung des Kooperationsvertrages gemeinsam zu überprüfen, ihre Erfahrungen in der Umsetzung des Vertragsinhaltes auszutauschen und weitere Kooperationsinhalte zu besprechen.
2. Ihre Arbeitsergebnisse stimmen die Kooperationspartner in der eigenen Institution ab.
3. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses sind seitens der Kinderklinik AB Dr. R und Dr. S. als verantwortliche Ärzte für die Einhaltung der Kooperationsvereinbarung und Dr. T. als Vertreter benannt. Seitens des Jugendamtes sind XY benannt.

XY, den

Kinderkrankenhaus

Stadtjugendamt

Kreisjugendamt

Geschäftsführer

Oberbürgermeister

Landrat

Ltg. med. Kinderschutz

Ltg. Amt für Soziale Dienste

Ltg. Amt für Soziale Dienste
für Jugend und Familie

10.1.3 Weitere Formulare

Aufenthaltsbedingungen:



Aufenthaltsbeding
ungen.pdf

Beobachtungen der Pflegekräfte:



Beobachtungen
der Pflegekräfte.pdf

Besuchsprotokoll:



Besuchsprotokoll.p
df

Dokumentation der Prozeduren:



Dokumentation der
Prozeduren.pdf

Dokumentationsschema Verletzungen:



Dokumentationssc
hema Verletzungen.

Fallbesprechungen KSG:



Fallbesprechung
intern.pdf

Fallkonferenz:



Fallkonferenz
JA.pdf

Meldung gewichtiger Anhaltspunkte:



Meldung
gewichtiger Anhalts

Ressourcenkarte:



Ressourcenkarte.pd
f

Risikockeliste für die Pflege:



Risiko-Checkliste
für die Pflege.pdf

Sozialanamnese und Risikoscreening:



Sozialanamnese
und Risikoscreening

10.2 Erhebung sozialanamnestischer Daten

ID

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Alter

Alter berechnet Jahre

Alter berechnet Monate

Geschlecht m/w

Wohnort PLZ

Zuständiges Jugendamt

Aufenthaltsstatus sicher/ unsicher

Migrationshintergrund ja/ nein

Geschwister vorhanden ja/ nein

Sorgerecht (JA /Vormund/ Vater/ Mutter/ Eltern)

Auftraggeber

(Patient/ Eltern/ Mutter/ Vater/ JA/ Kinderarzt/Hausarzt/ Angehörige/ Polizei)

In Obhutnahme bei Aufnahme ja/ nein

In Obhutnahme im Verlauf ja/ nein

Beginn Aufenthalt

Ende Aufenthalt

Aufenthaltstage

Aufnahmetag

Aufnahmestation

Einweisende Diagnose

Diagnosen

Aufnahmegrund somatische Erkrankung ja/ nein

Aufnahmegrund KWG vorliegend ja/ nein

Aufnahmegrund Unfallverletzung ja/ nein

Aufnahmegrund Regulationsstörung ja/ nein

Aufnahmegrund psychische/ psychosomatische Störung ja/ nein

Aufnahmegrund Geburt ja/ nein

Aufnahmegrund Sonstiges ja/ nein

Mitbehandlung Geschwister ja/ nein

Bisherige Hilfe Familienunterstützende Maßnahmen ohne ASD ja/ nein

Bisherige Hilfe Familienunterstützende Maßnahmen über ASD ja/ nein

Bisherige Hilfe Psychotherapeutische/ Psychiatrische Anbindung ja/ nein
 Bisherige Hilfe Sonstige medizinische Maßnahmen ja/ nein
 Bisherige Hilfe SPZ ja/ nein
 Bisherige Hilfe Kinderschutzambulanz/ Kinderarzt ja/ nein
 Bisherige Hilfe vorhanden ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Patient körperlich ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Patient psychisch ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Patient chronisch ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Patient vorhanden ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Familie körperlich ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Familie psychisch ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Familie geistige Behinderung ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Familie Sucht ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Familie chronisch ja/ nein
 Diagnostische Vorerkrankung Familie vorhanden ja/ nein
 Art der KWG körperliche Gewalt ja/ nein
 Art der KWG körperliche Vernachlässigung ja/ nein
 Art der KWG seelische Gewalt ja/ nein
 Art der KWG seelische Vernachlässigung ja/ nein
 Art der KWG sexualisierte Gewalt ja/ nein
 KWG Gefährdung vorhanden ja/ nein
 Grund für die Konsilstellung körperliche Gewalt ja/ nein
 Grund für die Konsilstellung körperliche Vernachlässigung ja/ nein
 Grund für die Konsilstellung seelische Gewalt ja/ nein
 Grund für die Konsilstellung seelische Vernachlässigung ja/ nein
 Grund für die Konsilstellung sexualisierte Gewalt ja/ nein
 Anzeige §8a SGB VIII ja/ nein
 Strafanzeige Polizei/ Kripo ja/ nein
 Polizei/ Kripo involviert ja/ nein
 Anbindung JA früher ja/ nein
 Anbindung JA aktuell ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung Familienunterstützende Maßnahmen über ASD ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung Familienunterstützende Maßnahmen ohne ASD ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung Psychotherapie/ Psychiatrische Anbindung ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung Sonstige medizinische Maßnahmen ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung Nachfolgende Anbindung SPZ ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung Kinderschutzambulanz/ Kinderarzt ja/ nein
 Hilfe nach Entlassung vorhanden ja/ nein

10.3 Überlegungen zur Etablierung einer KSG

1. Information der leitenden Ärzte, Präsentation des Themas durch CA, CA verantwortlich, MA über Planung informieren
2. Zusammenstellung des Teams, Professionen nach Qualitätsstandards
3. Erarbeitung hausspezifischer Strukturen und Standards im Team
4. Einholen von Unterstützung Erfahrener (andere KSG, Kompetenzzentrum)

5. Schulung aller hauseigenen MA zum Thema KS
6. Organisatorische und strukturelle Grundausstattung (Büro, Tel., IT Struktur (Konsil), diagnostische Geräte, Kolposkop etc.)
7. Grundfähigkeiten des Teams: Teamfähigkeit, eigenes Reflexionsvermögen, erhöhte Bereitschaft zur Reflexion, Durchhaltefähigkeit, Energie, Überzeugungskraft, Fachkompetenz, Kommunikation, systemisches Denken
8. Offenheit für andere Systeme, Fähigkeit andere Systeme zu verstehen und zu respektieren
9. Ansprechpartner klären, Erreichbarkeit, Zugangswege, Kommunikationswege, Procedere, Zuständigkeiten klären, klare Aufgabenzuteilung
10. Aufbau eines Netzwerkes
11. Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kinder- und Hausärzten
12. Reevaluation der laufenden Arbeit
13. Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit durch Austausch sowohl innermedizinisch wie auch mit der Jugendhilfe
14. Klärung der Bedarfe aus dem Netzwerk und ggf. entsprechende Umsetzung
15. Festes Zeitkontingent für regelmäßige Supervision und fachliche Weiterbildung
16. Achten auf Arbeitsalternativen (KS nur als Teilbereich der Arbeit)
17. Akzeptanz von Grenzen, v. a. der Grenzen der eigenen Möglichkeiten
18. Achten auf Widerstände in allen Bereichen
19. Aufstellen von Kommunikationsregeln
20. Sekretärin für Verwaltungsaufgaben und Terminorganisation
21. Professionelles Organisationsmanagement zur Einführung der KSG

10.4 Überblick zur Auswertung sozialanamnestischer Daten

1. Altersverteilung
2. Altersverteilung im ersten Lebensjahr
3. Altersverteilung 0-3 Jahre und 4-16 Jahre
4. Geschlechterverteilung
5. Kinderkliniken in Bayern und Lage des Studienstandortes
6. Geographisches Einzugsgebiet
7. Initiative zur Vorstellung
8. Sorgerechts-Verteilung
9. Migrationsstatus als neues Merkmal in der Sozial Anamnese
10. Vorerkrankungen der Indexpatienten
11. Vorerkrankungen in der Familienanamnese
12. In Obhutnahme
13. Strafrechtliche Aspekte
14. Gründe für KSG Konsile

15. Prästationäre in Anspruch genommene externe Hilfen
16. Art der KWG – Gefährdungskategorien
17. Altersverteilung KWG
18. Geschlechterverteilung bei den verschiedenen Gefährdungsformen
19. Anbindung an das Jugendamt (vor/nach Behandlung)
20. Poststationäre in Anspruch genommene externe Hilfen
21. Poststationäre SPZ Anbindung
22. Dauer stationäre Behandlung

10.5 Überblick über die Veranstaltungen des KiS-Med Teams und sonstiger Aktivitäten

- | | |
|------------|---|
| 14.03.2018 | Auftaktveranstaltung KiS-Med Projekt im regionalen und überregionalen Netzwerk |
| 17.05.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt bei den Jugendsozialarbeitern an Schulen in der Stadt Landshut |
| 05.06.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt bei den Leitungen der Kindertagesstätten der Stadt Landshut |
| 07.06.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt bei den Jugendsozialarbeitern an Schulen im Landkreis Landshut |
| 12.07.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt bei den Sozialpädagogischen Familienhilfen in der Region Landshut |
| 17.09.2018 | Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Jugendämtern von Stadt und Landkreis Landshut und dem Kinderkrankenhaus St. Marien |
| 19.09.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt im Qualitätszirkel der Kinderärzte in Stadt und Landkreis Landshut |
| 11.10.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt und Klärung der fallbezogenen Kooperation im Team der Erzieherischen Hilfen des Kreisjugendamtes Landshut |
| 18.10.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt und Klärung der fallbezogenen Kooperation im Team des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Stadtjugendamtes Landshut |
| 18.10.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt im Arbeitskreis „Landshuter Offensive für häusliche und sexualisierte Gewalt“ |
| 25.10.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt und einer Kooperationsvereinbarung bei den Jugendämtern Freising, Erding, Dingolfing/Landau, Mühldorf, Kelheim, Straubing |
| 22.11.2018 | Vorstellung KiS-Med Projekt bei den Koordinierenden Kinderschutzstellen von Niederbayern/Oberbayern |
| 24.01.2019 | Vorstellung KiS-Med Projekt im Qualitätszirkel der Kinderärzte München-Nord Freising |
| 12.02.2019 | Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt Erding |

- 27.02.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt beim Runden Tisch Frühe Hilfen im Landkreis Landshut
- 12.03.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt in der Berufsfachschule Pflege Landshut
- 14.03.2019 Evaluation der fallbezogenen Kooperation mit der Leitung des Sachgebietes Soziale Dienste des Stadtjugendamtes Landshut
- 10.04.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt am Familiengericht Landshut
- 11.04.2019 Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt Dingolfing-Landau
- 21.05.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt im Jugendhilfeausschuss Landkreis Landshut
- 22.05.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt beim Runden Tisch Frühe Hilfen der Stadt Landshut
- 27.05.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt in der Frühförderstelle Landshut
- 24.06.2019 Innerbetriebliche Fortbildung, Schulung zum Kinderschutz für Mitarbeiter
- 28.06.2019 Vorstellung KiS-Med Projekt im Jugendhilfeausschuss der Stadt Landshut
- 17.07.2019 Innerbetriebliche Fortbildung, Schulung zum Kinderschutz für Mitarbeiter (Fortgeschrittene)
- 26.10.2019 Schulung zum Kinderschutz für Medizinische Fachangestellte aus Haus- und Kinderärztlichen Praxen in Stadt Und Landkreis Landshut
- 09.11.2019 Vortrag zum medizinischen Kinderschutz bei Fachtag der Koordinierenden Kinderschutzstelle Neumarkt
- 14.11.2019 Schulung zum Kinderschutz für die Leitungen der Kinderkrippen im Landkreis Landshut
- 19.11.2019 Schulung zum Kinderschutz für KiTa-Fachkräfte der Kindertageseinrichtungen der Stadt Landshut
- 26.11.2019 Schulung zum Kinderschutz für Fachkräfte der Rettungsdienste
- 04.12.2019 Schulung zum Kinderschutz gemeinsam mit des ASD für die Leitungen der Kinderhorte im Landkreis Landshut

Zur fachlichen Weiterentwicklung und Vernetzung in der Kinderschutzarbeit nahmen die Mitglieder des Kinderschutzteams an folgenden Veranstaltungen teil:

- Nov. 2018 Kinderschutzgruppentreffen Deutschland, Stuttgart
Themenschwerpunkt: Schnittstellenarbeit zwischen Kinderschutzgruppe und Jugendamt
- 06.11.2019 Treffen mit der Kinderschutzgruppe in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Linz, Themenschwerpunkt: Finanzierung der Kinderschutzarbeit in Österreich
- 08.11.2019 Kinderschutzgruppentreffen Deutschland, Gelsenkirchen
Themenschwerpunkte: Schnittstellenarbeit zwischen Klinik und Polizei und Finanzierungskonzepte zur medizinischen Kinderschutzarbeit

10.6 Abkürzungsverzeichnis

ACE	adverse childhood experiences
AG	Arbeitsgemeinschaft
AG KiM	Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V
BGBL	Bundesgesetzblatt
CA	Chefarzt
DG KiM	Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
EB	Erziehungsbeistand
EBM	Einheitlichen Bewertungsmaßstab
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GDVG	Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz
GG	Grundgesetz
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ISEF	Insoweit erfahrene Fachkraft
JA	Jugendamt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KiSMed	Kinderschutz in der Medizin
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KoKi	Koordinierende Kinderschutzstelle – Netzwerk frühe Kindheit
KSG	Kinderschutzgruppe
KWG	Kindeswohlgefährdung
LL	Leitlinie zur Detektion, Diagnostik und zum Schutz vor einer Kindermisshandlung, -missbrauch und/oder Vernachlässigung
MA	Mitarbeiter
MDK	Medizinische Dienst der Krankenversicherung
NACoA	National Association for Children of Alcoholics
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PPP	Psychologe, Psychiater, Psychotherapeut
QZ	Qualitätszirkel
Remed	konsiliarische Onlinedienst der Bayerischen Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München
SGB	Strafgesetzbuch
SPFH	Sozial Pädagogische Familien Hilfe
SPZ	Sozial Pädiatrisches Zentrum
TAKS	Thüringer Ambulanz für Kinderschutz
WB	Weiterbildung

10.7 Grafikverzeichnis

Grafik 1: Altersverteilung der Patienten	33
Grafik 2: Altersverteilung der Patienten im 1. Lebensjahr	34
Grafik 3: Altersverteilung der Kinderschutzfälle	35
Grafik 4: Geschlechterverteilung.....	35
Grafik 5: Karte aller Kinderkrankenhäuser/ Kliniken mit pädiatrischen Abteilungen in Bayern.....	36
Grafik 6: Wohnort der Patienten im Einzugsgebiet	37
Grafik 7: Prozentuale Verteilung - Initiative zur Vorstellung	38
Grafik 8: Sorgeberechtigter	39
Grafik 9: Migrationshintergrund	40
Grafik 10: Geschwisterkinder in Mitbehandlung	40
Grafik 11: Vorerkrankungen der Patienten	41
Grafik 12: Vorerkrankungen der Eltern	42
Grafik 13: In Obhutnahme.....	43
Grafik 14: Strafrechtliche Aspekte	44
Grafik 15: Gründe der stationären Aufnahmen	45
Grafik 16: Gründe für die Konsilstellung	46
Grafik 17: Vor dem Aufenthalt in Anspruch genommene Hilfen	47
Grafik 18: Art der Kindeswohlgefährdung.....	48
Grafik 19: Art der KWG in Bezug zum Alter.....	49
Grafik 20: Art der KWG - geschlechtsbezogen	50
Grafik 21: Anbindung an das Jugendamt vor/nach der Behandlung	51
Grafik 22: Nach dem Aufenthalt in Anspruch genommene Hilfen.....	52
Grafik 23: Dauer des stationären Aufenthaltes.....	54
Grafik 24: Aufnahmezeit	55
Grafik 25: minimale und durchschnittliche Aufenthaltstage in Bezug auf den Aufnahmezeit.....	56
Grafik 26: Gesamtarbeitszeit aller Berufsgruppen.....	58
Grafik 27: Gesamtarbeitszeit in der Vergleichsgruppe	59
Grafik 28: Anzahl der Kinderschutzfälle nach Arbeitszeit	60
Grafik 29: Durchschnittliche Arbeitszeit nach Professionen - Gesamtgruppe	61
Grafik 30: Durchschnittliche Arbeitszeit nach Professionen - Vergleichsgruppe.....	62
Grafik 31: Durchschnittliche Personalkosten - Gesamtgruppe	63
Grafik 32: Durchschnittlicher Zeitaufwand	64
Grafik 33: Durchschnittliche Personalkosten	65
Grafik 34: Durchschnittlicher Zeitaufwand – primäre Kinderschutzfälle	66
Grafik 35: Durchschnittliche Personalkosten – primäre Kinderschutzfälle.....	66
Grafik 36: Durchschnittlicher Zeitaufwand nach Art der KWG - Gesamtgruppe	67
Grafik 37: Durchschnittliche Personalkosten nach Art der KWG - Gesamtgruppe	68
Grafik 38: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (1)	73
Grafik 39: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (2)	74
Grafik 40: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (3)	75
Grafik 41: Evaluation der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (4).....	76

Grafik 42: Anzahl der Mitglieder in den verschiedenen KSGs.....	78
Grafik 43: Beteiligung der Pflege an der KSG	79
Grafik 44: Arbeit nach KSG Standard.....	80
Grafik 45: Beteiligung an OPS Verhandlungen	81
Grafik 46: OPS.0 vs OPS.1 – Anzahl der Fälle und durchschnittlicher Erlös (hier als Kosten bezeichnet)	82
Grafik 47: Bewertung der Zusammenarbeit KSG mit JA und Hausarzt/Kinderarzt.....	83
Grafik 48: Evaluation MFA Schulung (1).....	85
Grafik 49: Evaluation MFA Schulung (2).....	85
Grafik 50: Evaluation MFA Schulung (3).....	86
Grafik 51: Evaluation Rettungsdienst Schulung (1)	87
Grafik 52: Evaluation Rettungsdienst Schulung (2)	87
Grafik 53: Evaluation Rettungsdienst Schulung (3)	88
Grafik 54: Evaluation KITA Fachkräfte Schulung (1).....	89
Grafik 55: Evaluation KITA Fachkräfte Schulung (2).....	89
Grafik 56: Evaluation KITA Fachkräfte Schulung (3).....	90
Grafik 57: Netzwerk- und Kooperationsstrukturen des Kinderschutzteams	92
Grafik 58: Fallvignetten	97
Grafik 59: Auswertung Fallvignetten.....	98
Grafik 60: Auswertung Fallvignetten.....	98
Grafik 61: Auswertung Fallvignetten.....	99
Grafik 62: Verteilung der Fälle in Bezug zum Zusatzentgelt.....	110
Grafik 63: Rechtskreisübergreifende Finanzierung	111

10.8 Literaturverzeichnis

10.8.1 Printmedien

Sigel	Quelle
Cierpka, 2007	Cierpka, Manfred; Windaus, Eberhard (Hrsg.) (2007): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie; Konzepte, Leitlinien, Manual; Brandes & Apsel; Frankfurt am Main
Flehmig, 2007	Flehmig, Inge (2007): Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen, Früherkennung und Frühbehandlung; Thieme Verlag; Stuttgart.
Hass/Petzold 1999	Hass Wolfgang, Petzold Hillarion (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: <i>Petzold, H.G., Märten, M.</i> (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, 193-272.
Hermann	Hermann, Bernd: Kindesmisshandlung.
Kempe et al. 1985	Kempe, Henry C.; Silverman Frederic N.; Steele, Brandt F. ; William Droegemueller, Silver, Henry K. (1985): The battered-child syndrome. In: Child abuse and neglect, Vol 9, pp 143 – 154.
Kempe, 1962	Kempe, C. Henry (1962): The Battered Child Syndrome. In: Journal of the American Medical Association.
Kiggs, 2018	Kiggs: Journal of Health Monitoring · 2018 3(3)
Leuzinger-Bohleber et al., 2013	Leuzinger-Bohleber et al., 2013, S. 218
Roth, Strüber, 2008	
Schnell/Rainer/Esler, 1999	Schnell, Rainer/Hill, Paul B./Esler, Elke (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung.6., völlig überarbeitete u. erweiterte Auflage. München u.a.: Oldenbourg Verlag. (Kurt Lewin; John P. Kotter, Krüger, Niklas Luhmann)
Tardieu, 1857	Tardieu, Ambroise (1857): Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Moers.Studien zu Kindesmisshandlungen.
Zero to Three, 1999	Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1999): Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern; Springer-Verlag Wien GmbH.

10.8.2 Digitale Medien

Sigel	Quelle
	https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/ v. 20.11.2019 20.41 Uhr
	https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aufgaben/rechtliche-grundlagen/ v. 23.11. 14.27 Uhr
	https://www.slaek.de/de/01/medkinderschutzlkst.php?switchtoversion=www 29.11.2019, 11.01 Uhr
	https://www.uniklinikum-jena.de/kinderchirurgie/TAKS.html , 29.11.2019, 11.22 Uhr
	https://www.uniklinik-ulm.de/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/kompetenzzentrum-kinderschutz.html , 29.11.2019, 11.45 Uhr
	https://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/kinderschutzambulanz/index.php , 29.11.2019, 12.15 Uhr
	https://www.kkg-nrw.de , 28.11.2019, 13.11 Uhr
	Thomas Lampert, Heike Hölling: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18_228_227.html , 2.12.2019, 15.03 Uhr
	https://nacoa.de/fakten/zahlen , 2.12.2019, 16 01 Uhr
Del-ler, 2015	Deller, Ulrich (2015): Die goldenen Regeln der Netzwerkarbeit. In: https://www.sozial.de/die-goldenen-regeln-der-netzwerkarbeit.html . Abgerufen am 21.10.2019 um 13 Uhr MEZ.
DIMDI	DIMDI: https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aufgaben/rechtliche-grundlagen/ . Abgerufen am 02.05.2019 um 11.30 Uhr.
DG KiM	DG KiM: http://dakj.de/wp-content/uploads/2012/10/empfehlungen-kinderschutz-kliniken-1.6-2016.pdf . Abgerufen am 02.05.2019 um 11 Uhr.
Franke, 2016	Franke, Ingo (2016): DGKiM & DAKJ - Kinderschutzgruppen-Leitfaden, Version 1.6, 11/2016 – https://dgkim.de , https://dakj.de .
InEK	https://www.g-drg.de/Das_Institut , abgerufen am 18.12.2019 um 17.55 Uhr