

Entwicklungsförderung inklusive Kinderschutz – die Rolle der Frühförderung in den Netzwerken Kinderschutz

Jörg M. Fegert, Stuttgart 11.10.2023

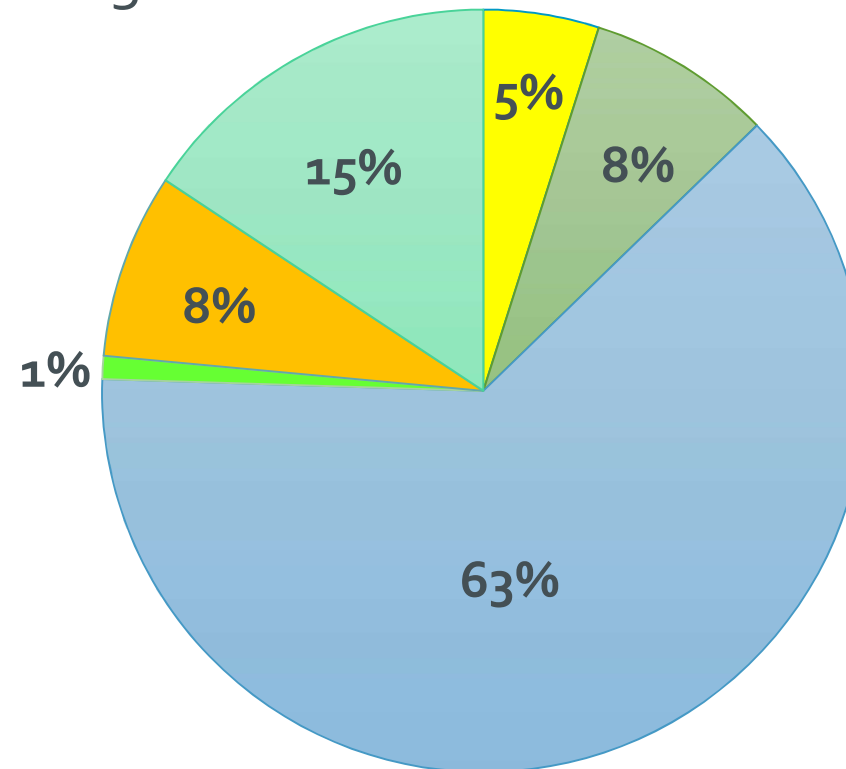
Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

- **Forschungsförderung** von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, UBSKM Länder-Sozialministerien, Landesstiftung BaWü, Päpstliche Universität Gregoriana, Caritas, CJD
- **Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring** von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, UBSKM, Goethe Institut, Pro Helvetia, Adenauer-, Böll- und Ebert-Stiftung, Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- **Keine industriegesponserten Vortragsreihen**, „Speakers Bureau“
- **Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit** für **Servier, BMBF**
- **Mindestens jährliche Erklärung zu Conflicts of Interest** gegenüber der DGKJP und ESCAP (Präsident) und APK
- **Kein Aktienbesitz, keine Beteiligungen an Pharmafirmen**

Verausgabte Drittmittel

Verausgabte Drittmittel der letzten 5 Rechnungsjahre:
Prozentuale Aufteilung



■ Industrie, sonstige

■ DFG/SFB

■ Stiftungen, sonstige

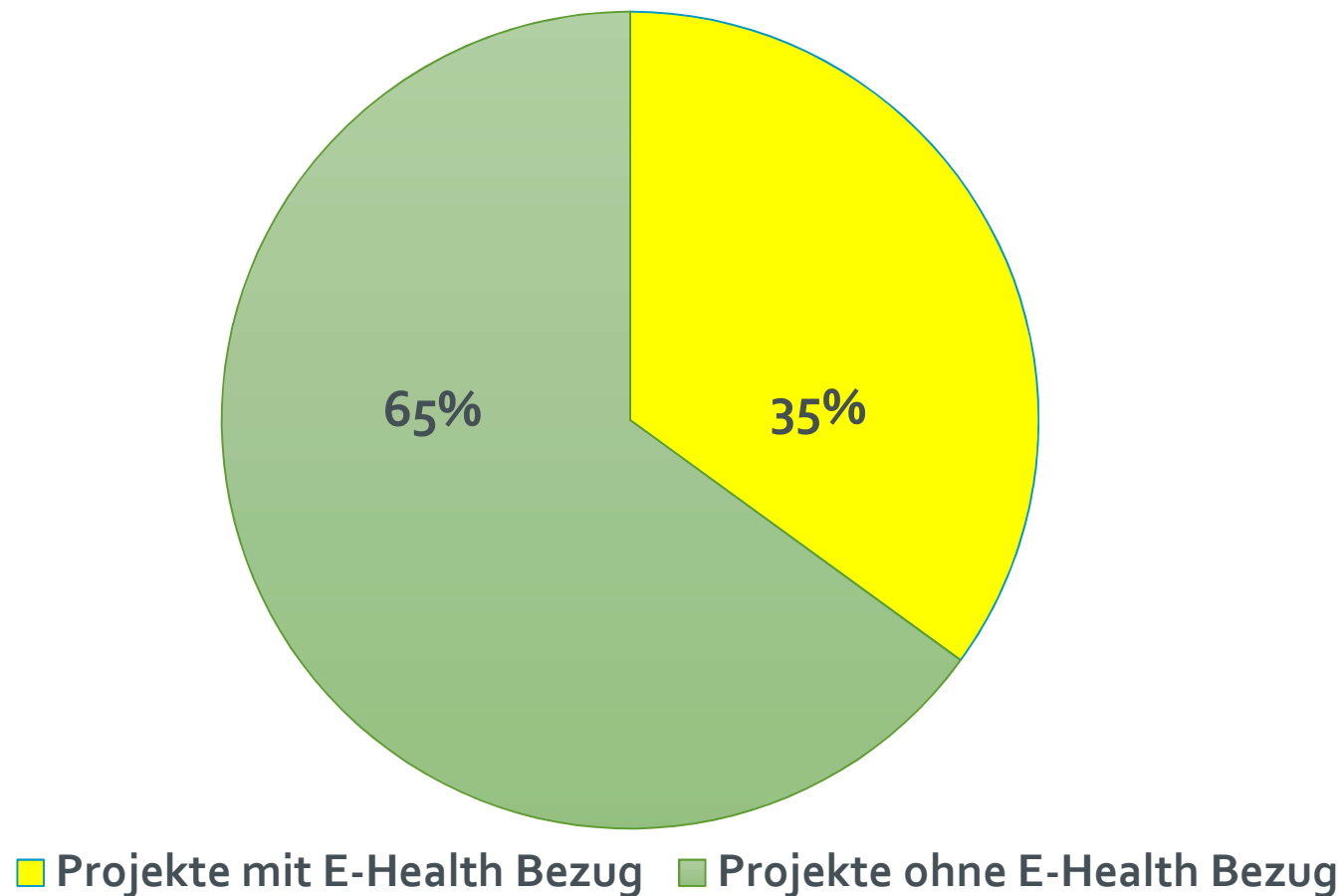
■ EU

■ Bundesmittel

■ Länderministerien

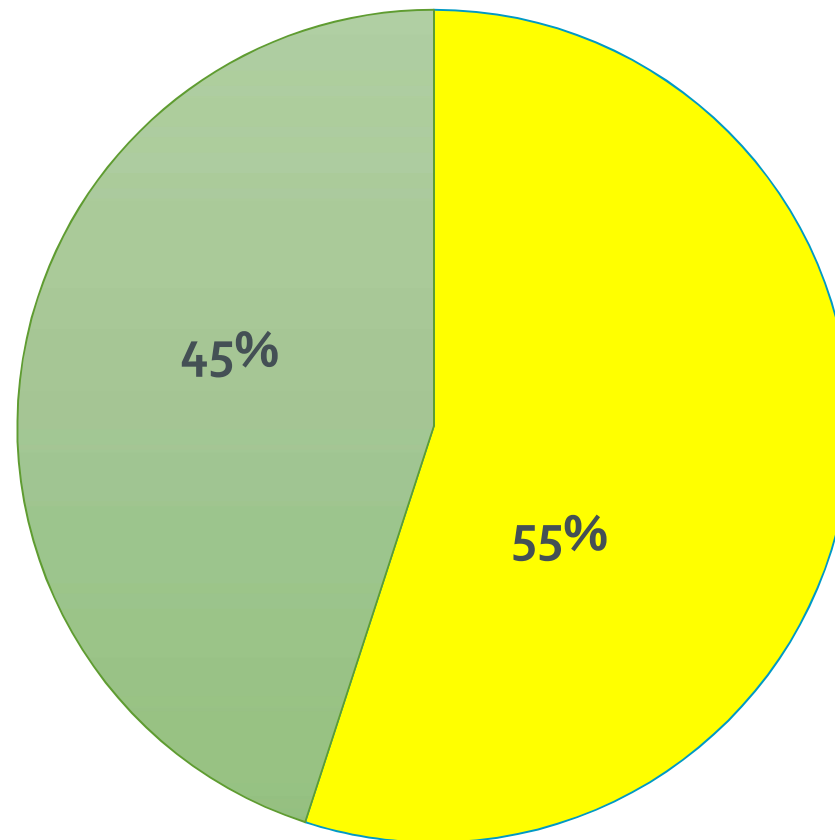
Projekte mit E-Health Bezug

Prozentualer Anteil von Projekten mit E-Health Bezug an den verausgabten Drittmitteln der letzten 5 Rechnungsjahre:



Projekte mit Bezug zum Themenbereich Kinderschutz

Prozentualer Anteil von Projekten mit Bezug zum Themenbereich Kinderschutz an den verausgabten Drittmitteln der letzten 5 Rechnungsjahre:



 Projekte mit Bezug zum Kinderschutz  Projekte ohne Bezug zum Kinderschutz

Gliederung

- Einleitung
- Häufigkeiten von sexuellem Kindesmissbrauch; populationsbezogenes Dunkelfeld und bestimmte Settings
- Frühe Hilfen und Frühförderung
- Schweigepflicht, Datenschutz und Kindeswohlgefährdung
- Childhood disability is both a risk and result of maltreatment
- Gefährdungen in Institutionen
- Folgen von frühen Kindheitsbelastungen und Gefährdungen
- ... keine selffulfilling prophecy Opferstereotype vermeiden
- Schutzprozesse vs. Schutzprozesse Institutionen der Frühförderung müssen Schutzorte und Kompetenzorte sein
- Schutzprozess in KJPP Ulm seit Klinikgründung 2001
- Materialien, Programme, Dissemination
- Fazit

Einleitung

Fall Staufen

Bundesbeauftragter sieht "strukturelle Schwachstellen" beim Staufener Missbrauchsfall

Über den Staufener Missbrauchsfall weiß er alles: Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, nahm deshalb auch kein Blatt vor den Mund.

Missbrauchsfall in Staufen

Gutachter warnt vor hohem Rückfallrisiko

Im Staufener Missbrauchsprozess hat der Gutachter ausgesagt. Der Hauptangeklagte habe ein starkes sexuelles Bedürfnis nach Kindern. Seine Therapien seien wirkungslos geblieben.



Der Angeklagte Christian L. im Landgericht Freiburg

DPA



Das LKA hatte den Fall aus Staufen als die schlimmste Tat von Kindesmissbrauch eingestuft, die je in seine Zuständigkeit fiel. (Foto: Simon Hofmann/Getty Images)

Abschlussbericht der Kommission Kinderschutz Baden-Württemberg



Abschlussbericht der Kommission Kinderschutz

Band I
Bericht und Empfehlungen

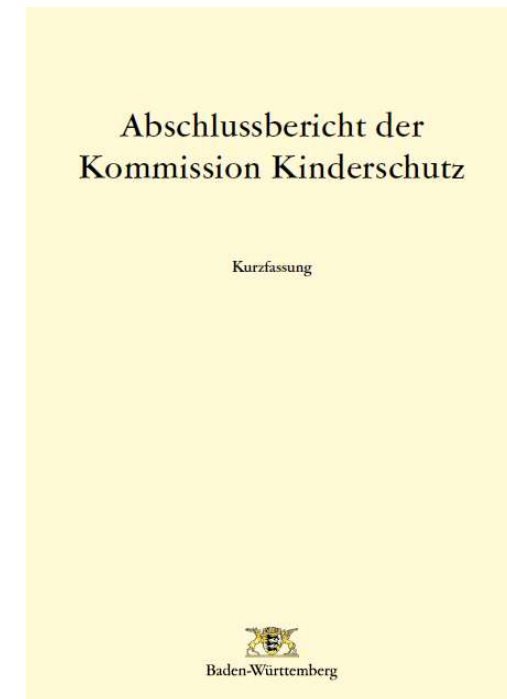


Baden-Württemberg

Abschlussbericht der Kommission Kinderschutz Baden-Württemberg

Empfehlungen:

1. Im familiengerichtlichen Verfahren:
Amtsermittlungsgrundsatz schärfen,
Partizipation von Kindern verbessern
1. Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf
besonders rückfallgefährdete
Sexualstraftäter/-innen stärken
- 3. Interdisziplinäres Verständnis fördern**
- 4. Informationsweitergabe verbessern**



Abschlussbericht der Kommission Kinderschutz Baden-Württemberg



5. Gefährdungseinschätzung optimieren

6. Kooperation verbessern

7. Aus der Vergangenheit lernen

8. Wissenschaft nutzen

Abschlussbericht der Kommission Kinderschutz Baden-Württemberg



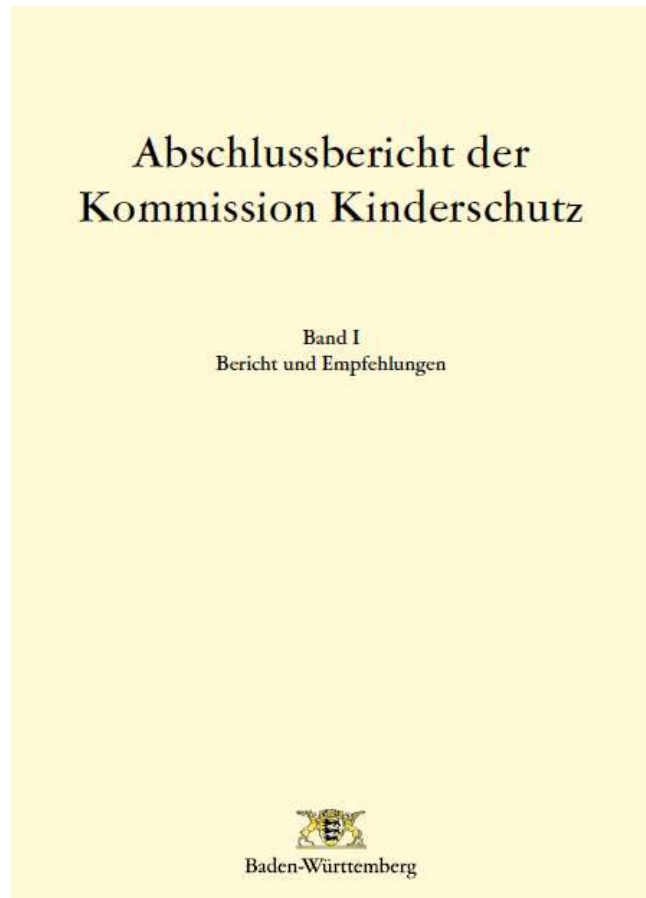
9. Anlaufstellen und Hilfen für Betroffene
ausbauen und stärken

**10. Mit Schutzkonzepten und Auditierung Prävention
ausbauen**

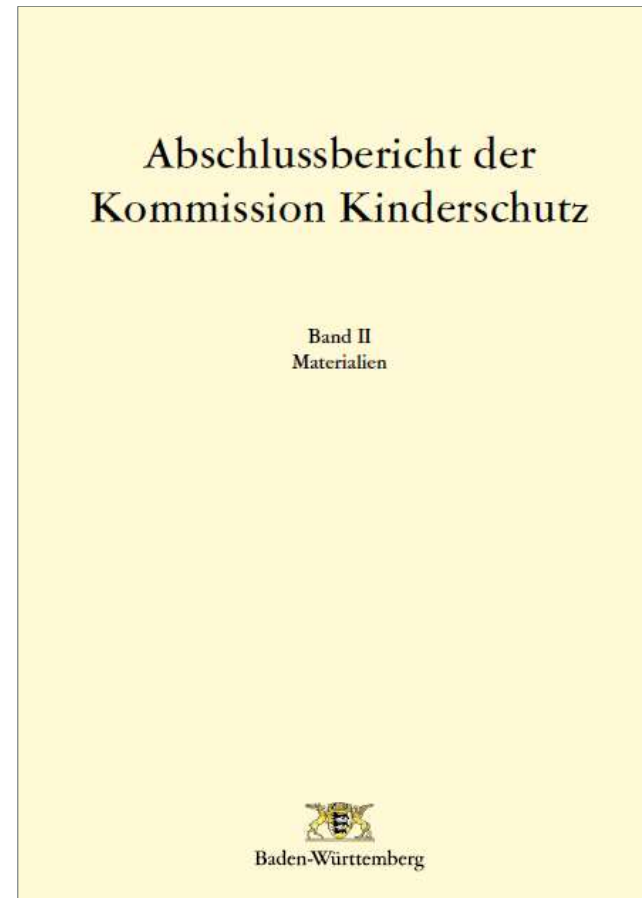
11. Handlungssicherheit verbessern

12. Mehr Fortbildungen und Qualifizierungen ermöglichen

Abschlussbericht Baden-Württemberg liegt vor zu beziehen unter:



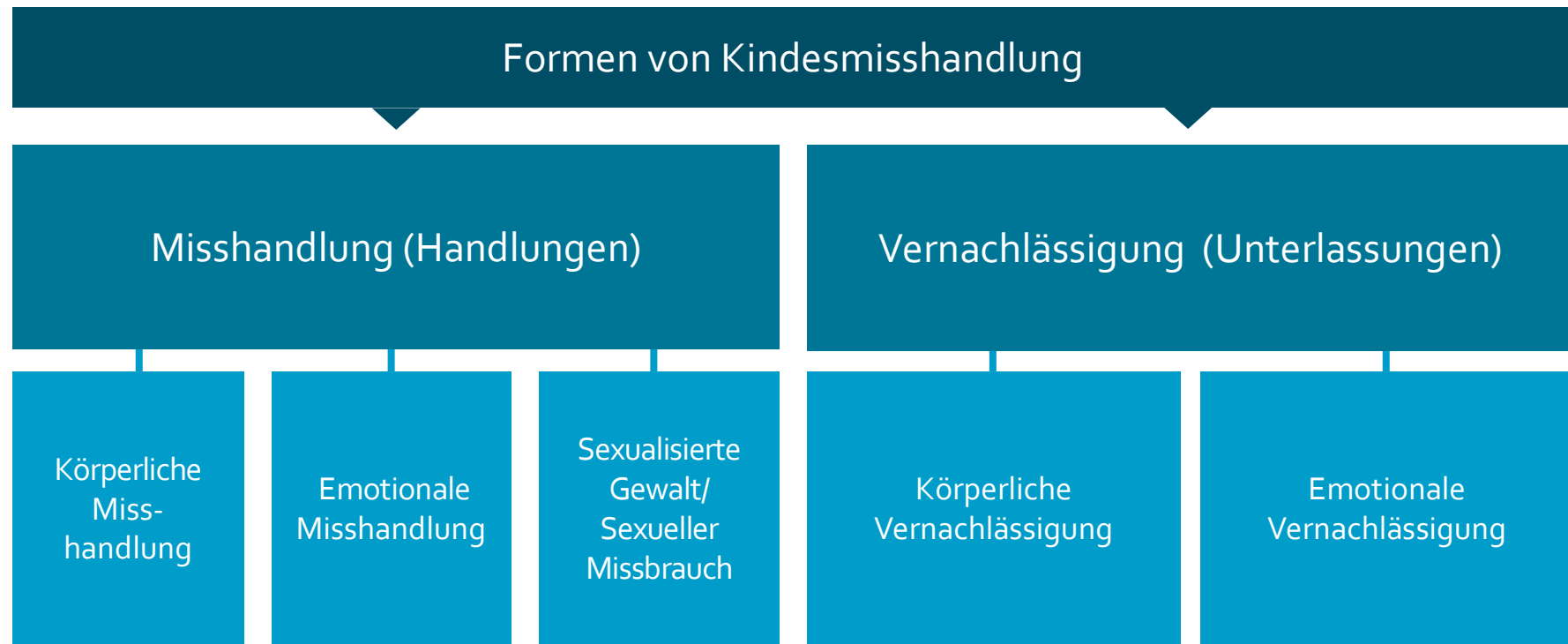
https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Abschlussbericht_Kommission-Kinderschutz_Band-I.pdf



https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Abschlussbericht_Kommission-Kinderschutz_Band-II.pdf

**Häufigkeiten von sexuellem
Kindesmissbrauch;
populationsbezogenes Dunkelfeld
und bestimmte Settings**

Formen von Kindesmisshandlung



Nach Leeb et al. 2008

Neue Klassifikation von UNICEF



International Classification of Violence against Children (ICVAC)

June 30, 2023

- Homicide of a child
- Physical violence against a child
- Sexual violence against a child
- Psychological violence against a child
- Neglect of a child
- Other acts of violence against a child
not elsewhere classified

Webseite:

<https://data.unicef.org/resources/international-classification-of-violence-against-children/>

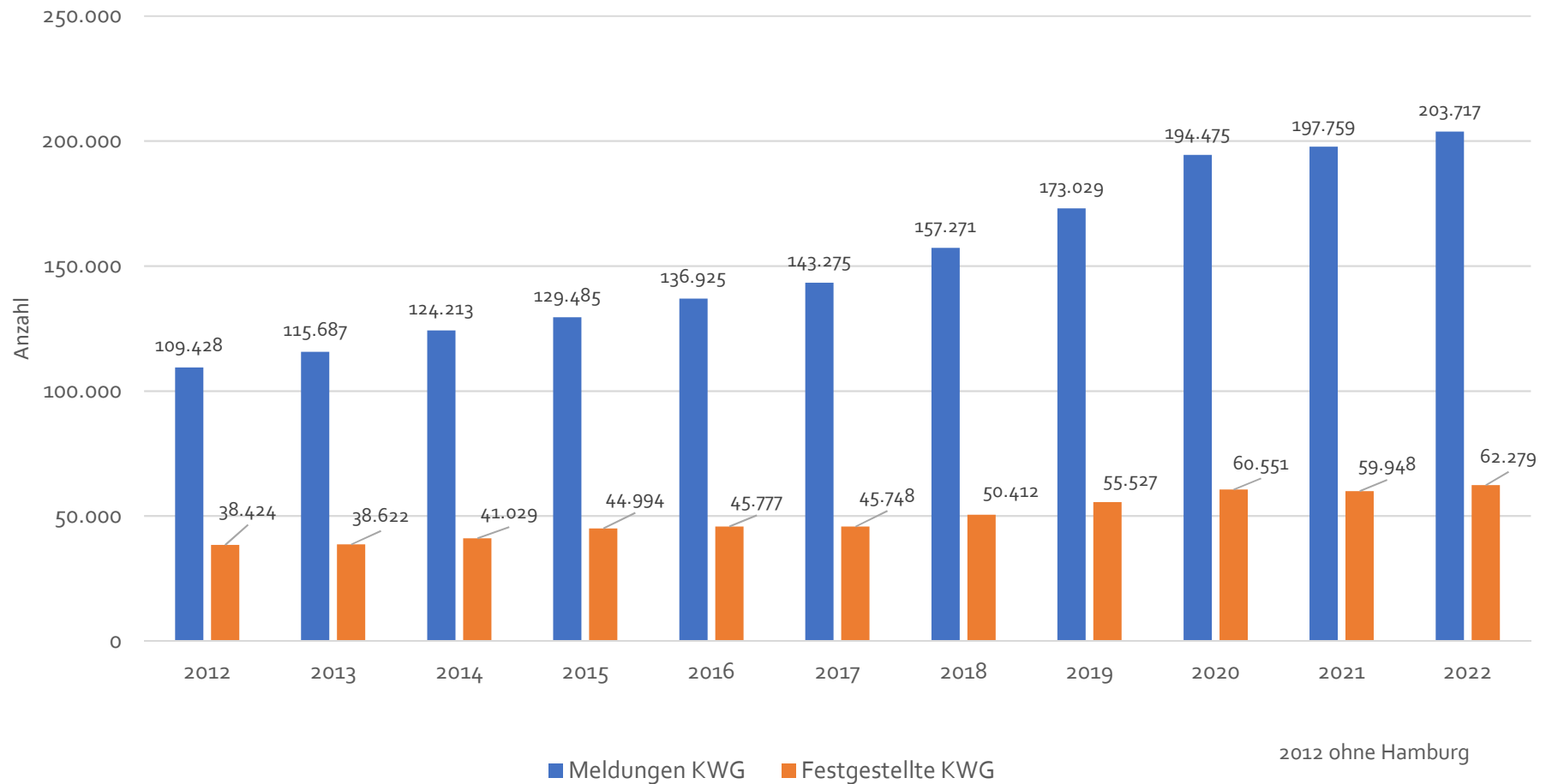
WHO: European report on preventing child maltreatment



In Europa:

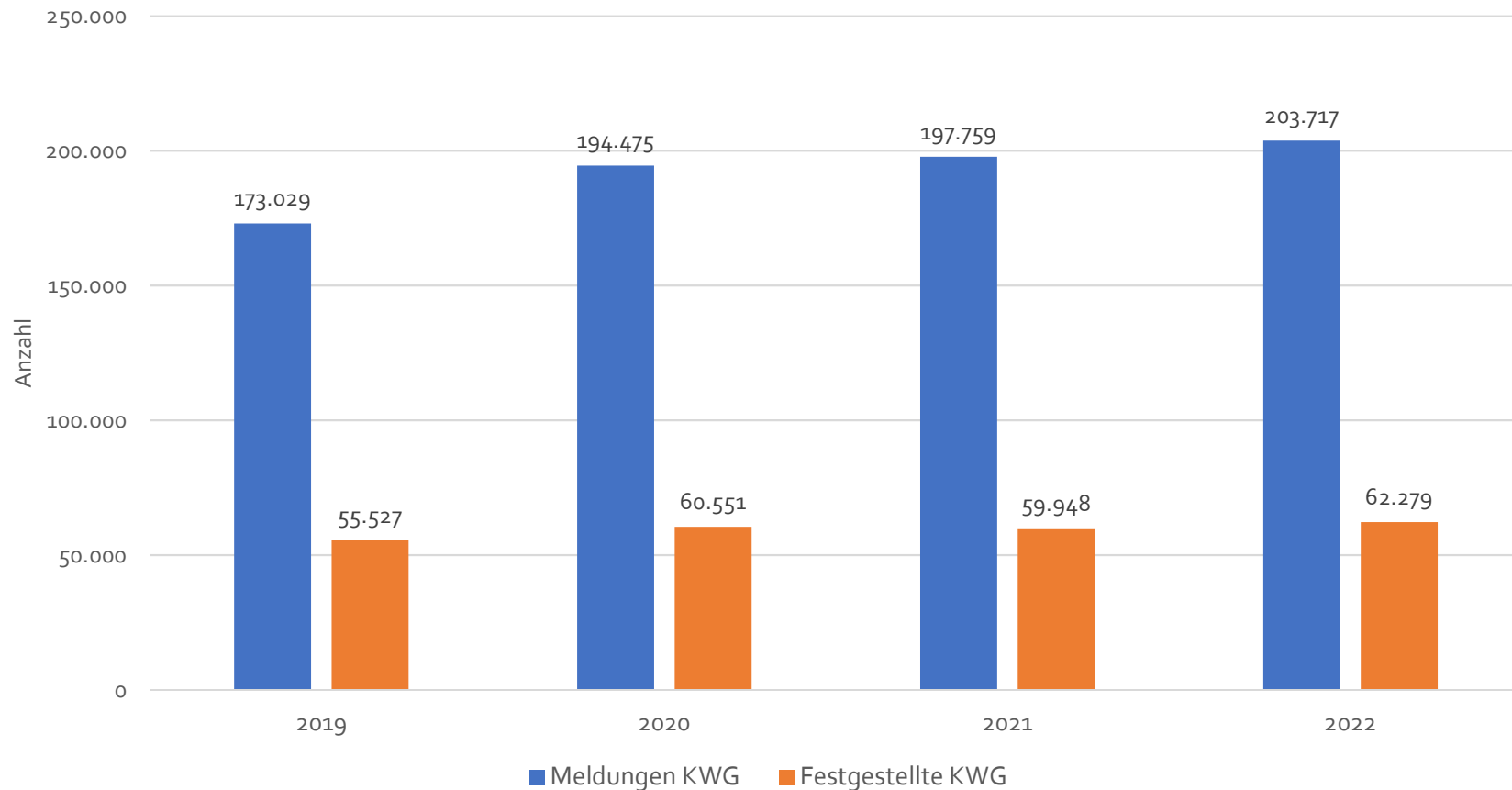
- 18 Millionen Kinder von sexuellem Missbrauch betroffen
- 44 Millionen Kinder von körperlicher Misshandlung betroffen
- 55 Millionen von psychischer Misshandlung betroffen
- **90 % aller Misshandlungsfälle werden von den Fachkräften in den Institutionen nicht wahrgenommen**

Meldungen Kindeswohlgefährdung (KWG) und festgestellte Gefährdungen im zeitlichen Verlauf



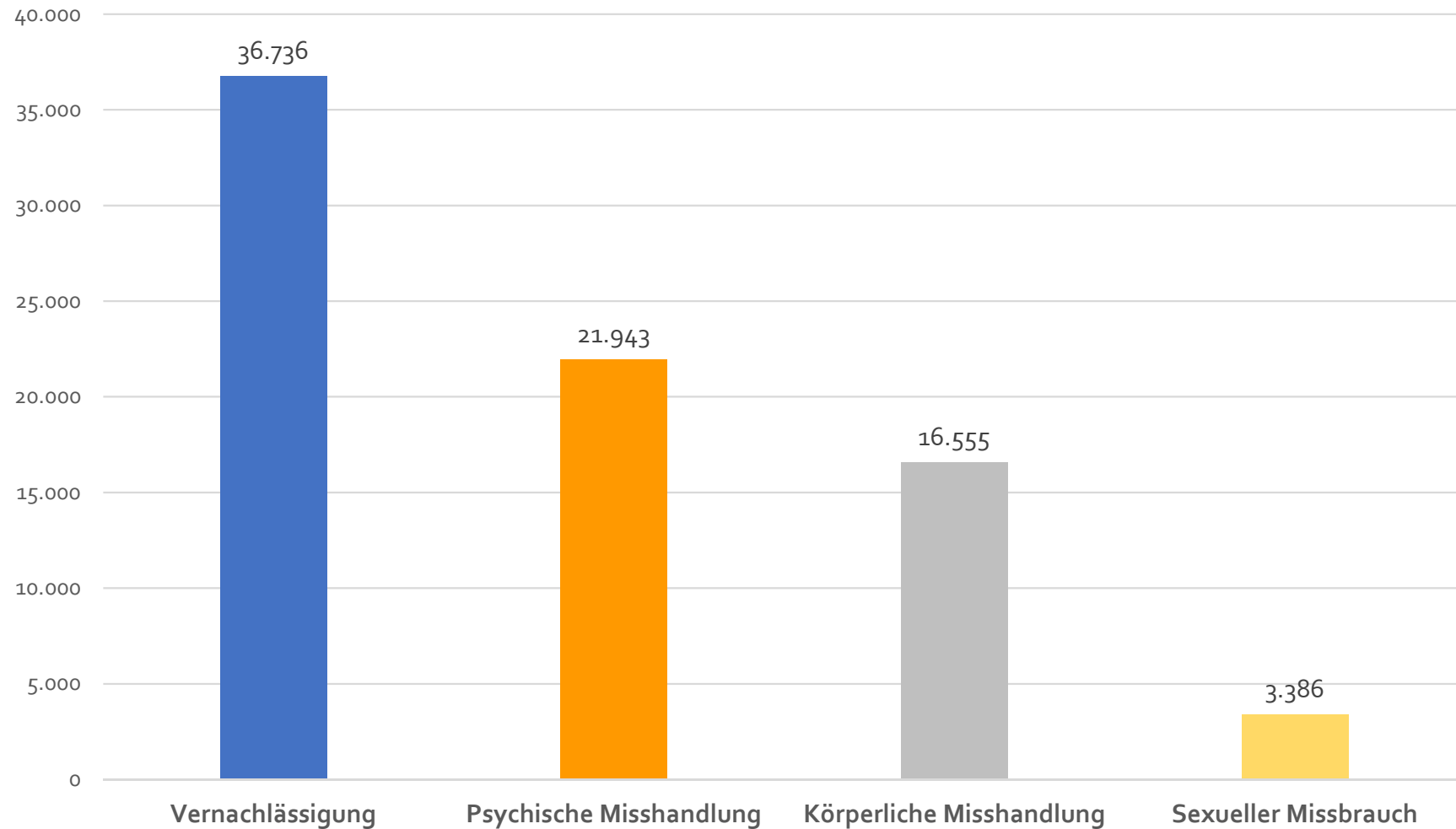
Der Anteil der festgestellten KWG im Vergleich zu den Meldungen liegt anteilig durchgehend zwischen 30 und 35%.

Meldungen Kindeswohlgefährdung (KWG) und festgestellte Gefährdungen im zeitlichen Verlauf

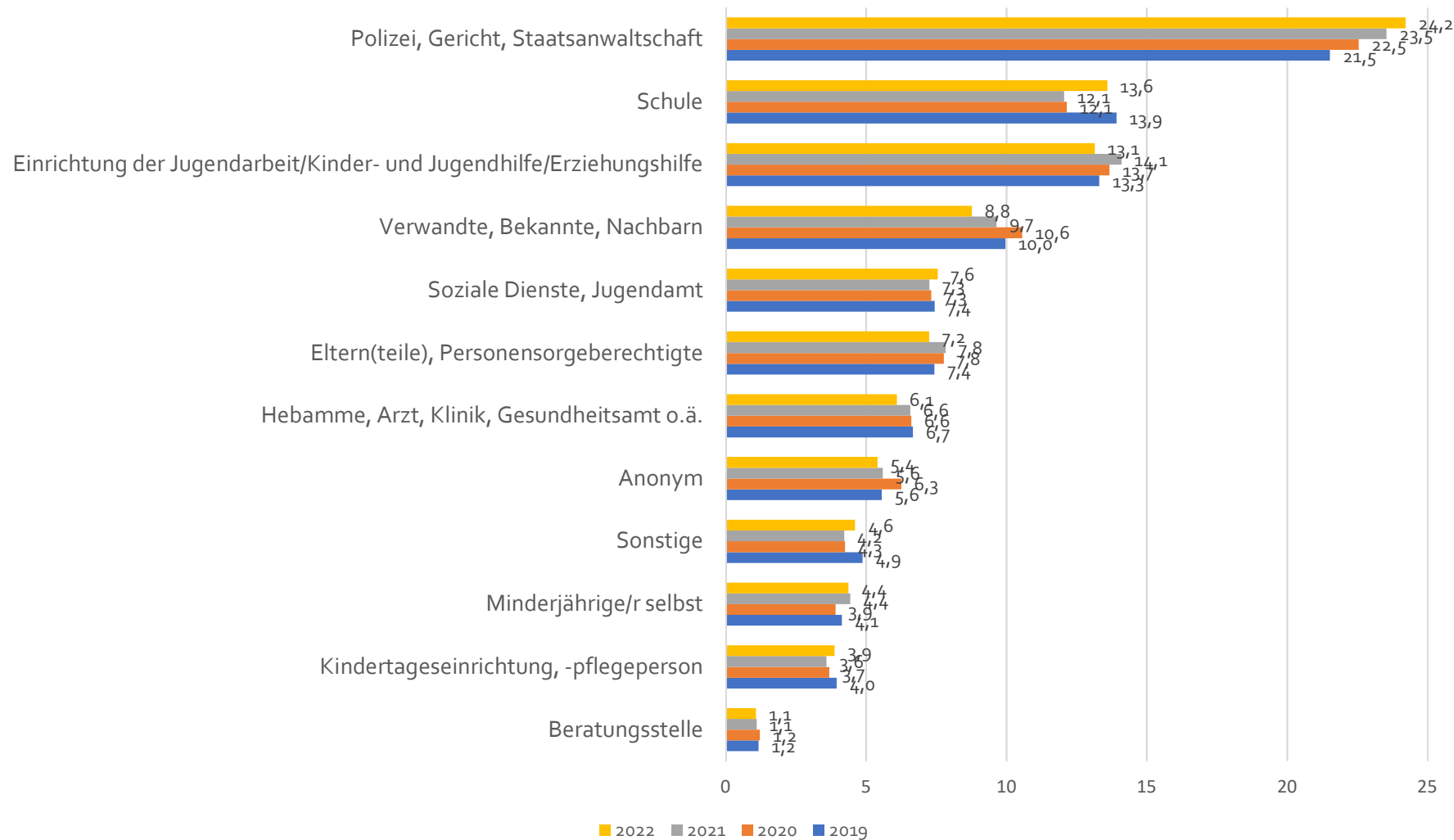


Der Anteil der festgestellten KWG im Vergleich zu den Meldungen liegt anteilig zwischen 30 und 32%.

Kindeswohlgefährdung: festgestellte Misshandlungsformen 2022



Melder von Kindeswohlgefährdung



THEMEN DER ZEIT



Kinderschutz

Es braucht die Verantwortungsgemeinschaft

Um den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Medizin, Kinder- und Jugendarbeit, Strafverfolgung und Justiz notwendig. Eine Brücke für diese Zusammenarbeit schlägt die Medizinische Kinderschutzhotline.

Wirksamer Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt gelingt nur im Team. So lautet die Kernbotschaft der Konferenz zwischen Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitswesen, Politik und der Justiz auf dem Fachtag „Kinderschutz in der Verantwortungsgemeinschaft“ der Medizinischen Kinderschutzhotline. Zu diesem Team gehören oft Fachkräfte unterschiedlicher Institutionen – Akteurinnen und Akteure beispielsweise aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe oder der Familiengerichtsbarkeit. Diese systemübergreifende Zusammenarbeit klappt laut Christine Lambrecht (SPD), Bundesministerin der Justiz und Verbraucherschutz sowie Bundes-

ministerin für Familie, Frauen, Senioren und Jugend nicht immer reibungslos. „Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen haben eine eigene Kultur und sprechen auch nicht immer dieselbe Sprache. Darum braucht es symbolische Brücken zwischen diesen beiden Systemen und vielleicht auch zwischen diesen beiden Sprachen.“ Geleistet wird diese Übersetzungsarbeit seit 2017 von der Medizinischen Kinderschutzhotline.

Zielgruppe erweitert

Mehr als 3 500 Anfragen haben die Hotline seit ihrem Bestehen erreicht, mittlerweile sind es monatlich mehr als 100 Anrufe. Insgesamt ist die Zahl in den vergangenen Jahren gestiegen. Doch Expertin-

nen und Experten vermuten eine hohe Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle von Kindeswohlgefährdung.

Auch darum wurde zu Beginn des Jahres der Kreis der Adressatinnen und Adressaten der Hotline erweitert. Zuvor richtete sie sich ausschließlich an heilberufliches Fachpersonal. Nun berät sie auch Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und die Familiengerichtsbarkeit. Dies sei ein wichtiger Schritt, so Lambrecht. „Denn wir müssen diese Schnittstellen und die Grenzen der Leistungssysteme überwinden.“ Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie-psychotherapie der Universitätsklinik Ulm verwies darauf, dass die Hotline nicht in Rechtsfragen berät, sondern zu ärzt-



Abstract

Background

Methods

Results

Discussion

Limitations

Conclusions

Declarations

References

Research Article | [Open Access](#)

Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population

Andreas Witt [†] , Rebecca C. Brown [†], Paul L. Plener, Elmar Brähler and Jörg M. Fegert

[†]Contributed equally

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2017 **11**:47

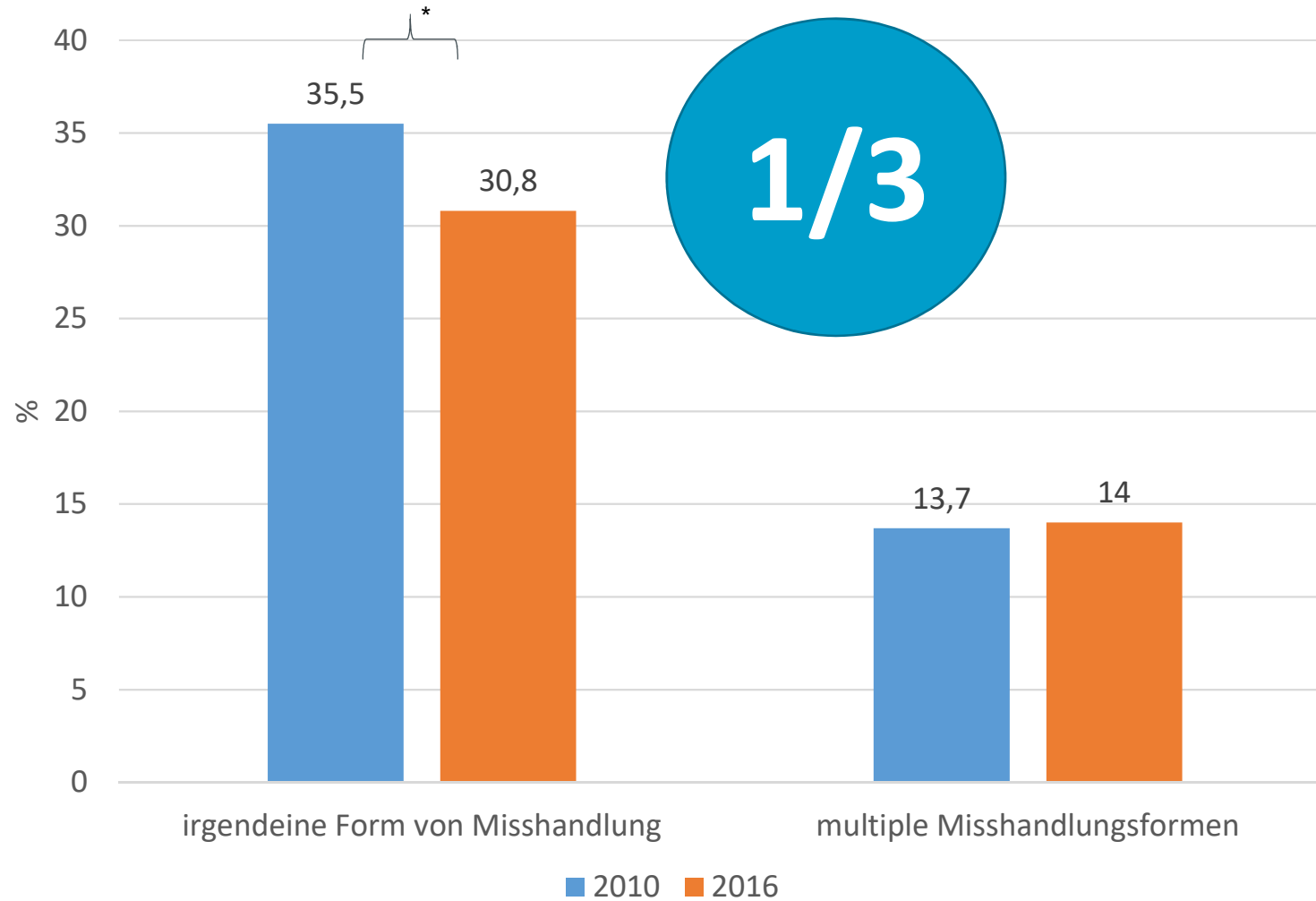
<https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0> | © The Author(s) 2017

Received: 20 June 2017 | Accepted: 29 August 2017 | Published: 29 September 2017

- Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe, N=2510 Teilnehmer
- Alter: 14-94 Jahre
- Geschlecht: 53.3% weiblich, 46.7% männlich

Gesamthäufigkeit mindestens „mittelschwerer“ Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen

Ergebnisse CTQ



Prävalenzen von sexuellem Kindesmissbrauch aus eigenen Befragungen

- **CTQ:** 2,3% für schweren sexuellen Missbrauch; 13,9% bei breiter Definition von sexuellem Missbrauch (Witt et al., 2017, CAPMH)
- **ACE Fragebogen:** 4,5% (Witt et al., 2019, dt. Ärzteblatt)
- **Jugendliche in Institutionen:** 46,7% der Mädchen und 8,0% der Jungen (Allroggen et al., 2017; Child Abuse & Neglect)
- **Frauen als Täterinnen:** 6-10% (Gerke et al., 2019, 2021, Child Abuse & Neglect, Journal of child sexual abuse)

2. November 2000

Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung



§ 1631 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“

Beispiel: Universelle Prävention

20 Jahre gewaltfreie Erziehung im BGB
„Aktuelle Einstellungen zu Körperstrafen und elterliches Erziehungsverhalten in Deutschland“
Ein Blick auf Veränderungen seit der parlamentarischen Entscheidung von 2000

Vera Clemens, Cedric Sachser,
Mitja Wellemann & Jörg M. Fegert

 Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/ Psychotherapie
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM

 Der Kinderschutzbund
Bundesverband

 unicef
für jedes Kind

 com.can
Competence Center
Child Abuse and Neglect
Kompetenzzentrum
Kinderschutz in der Medizin
Baden-Württemberg

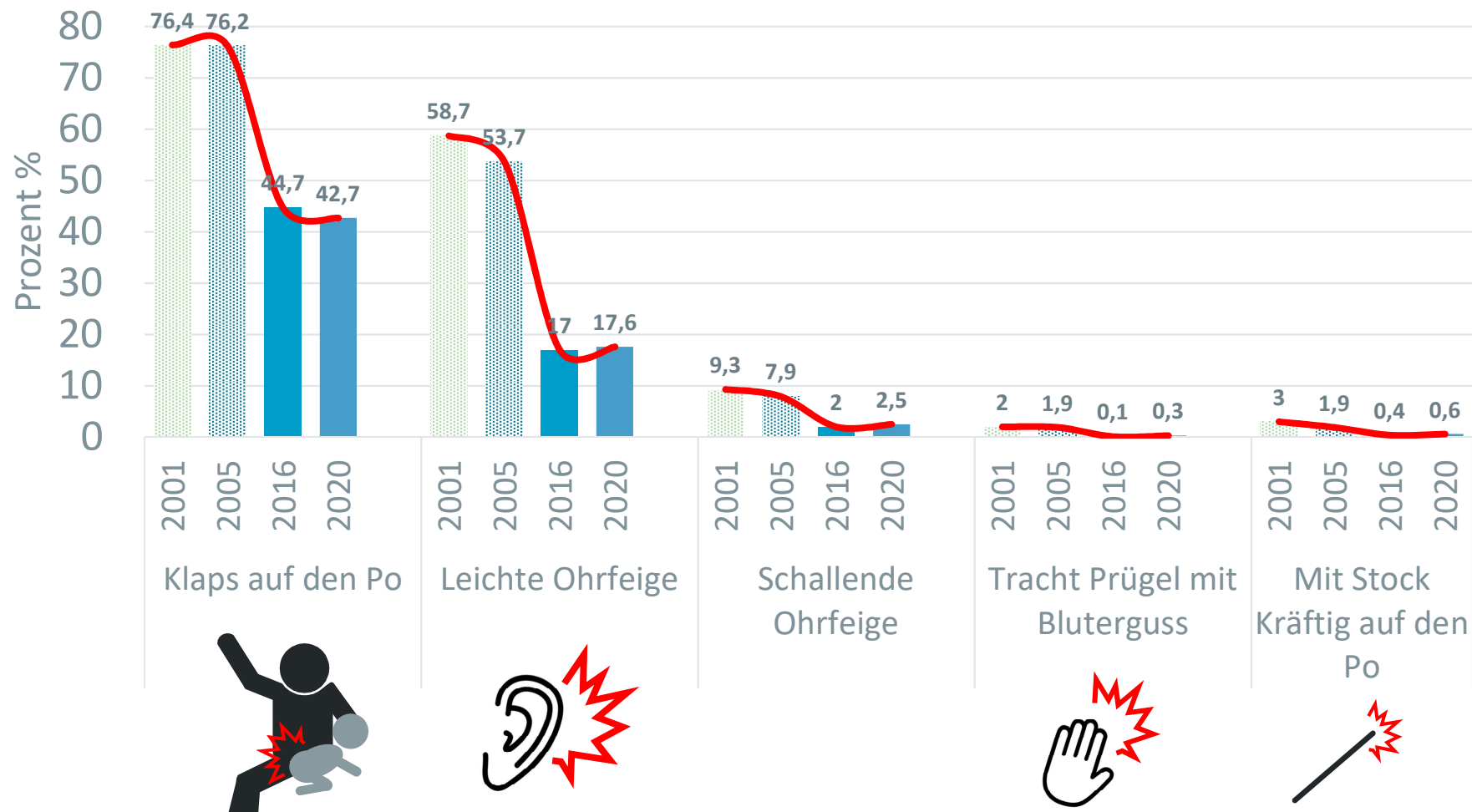


Photo by nicole dusseljee on Unsplash

- Einstellungen zu Körperstrafen und elterliches Erziehungsverhalten in Deutschland

Entwicklung der Zustimmung über die letzten 20 Jahre

Angewendete/ als angebracht erachtete Erziehungsstrafen von
2001 bis 2020



Ziel 16 Friedliche und inklusive Gesellschaften für eine nachhaltige Entwicklung fördern, allen Menschen Zugang zur Justiz ermöglichen und leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und inklusive Institutionen auf allen Ebenen aufbauen

Unterziel 16.2 Missbrauch und Ausbeutung von Kindern, den Kinderhandel, Folter und alle Formen von Gewalt gegen Kinder beenden

Indikator 16.2.3 Anteil junger Frauen und Männer im Alter von 18-29 Jahren, die vor Vollendung des 18. Lebensjahrs sexuelle Gewalt erlebt haben



Indikator 16.2.3. der SDG

Child Abuse & Neglect 107 (2020) 104575



Research article

Monitoring recent trends: The prevalence of disclosure of sexual abuse in a representative sample of the German population based on indicator 16.2.3 of the UN Sustainable Development Goals (SDG)



Andreas Witt^{a,*}, Andreas Jud^b, David Finkelhor^b, Elmar Brähler^{c,d}, Jörg M. Fegert^a

^a University of Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Germany

^b Center Against Children Research Center, University of New Hampshire, United States

^c Department for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Center of Johannes Gutenberg University of Mainz, Germany

^d Institute of Medical Psychology, Medical School, University of Leipzig, Leipzig, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:
SDG 16.2
Prevalence
Sexual abuse
Representative sample
Monitoring
Trends

ABSTRACT

Background: The monitoring of trends is important. The United Nations (UN) have defined indicators to monitor the proportion of young men and women who have experienced sexual abuse before the age of 18 (Indicator 16.2.3) as part of their global agenda, the Sustainable Development Goals (SDG).
Objective: To examine recent trends in the disclosure of sexual abuse based on the indicator 16.2.3 of the SDG.
Participants and setting: A total of 7530 participants across Germany (51.1% female) were included. The participants were between 14 and 94 years old.
Method: Three representative surveys were conducted using identical methods in 2010 (N = 2504), 2016 (N = 2510) and 2018 (N = 2516). A history of child sexual abuse (CSA) was assessed using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The prevalence rates of CSA among the age cohort of 18 to 29-year olds (indicator 16.2.3) were compared across the three waves.
Results: There was no significant increase of rates in males in this specific age cohort (2010: 7.6%; 2016: 8.5%; 2018: 6.1%), but there was a significant increase among the females of this age cohort (2010: 12.8%; 2016: 13.5%; 2018: 26.1%). The increase was entirely between the survey in 2016 and 2018.
Conclusion: This is the first study to report on indicator 16.2.3 of UN's SDGs in Germany. The identified increase in rates of sexual abuse among 18–29-year old females might have been triggered by the attention on the topic received in the time between 2016 and 2018, especially via social media and the #MeToo debate.

1. Background

Child maltreatment is considered a major public health problem. The negative consequences for those affected are diverse and regularly reach into adulthood (Buckingham & Danolos, 2013; De Bellis, 2001; Hughes et al., 2017; Sölveman, Reinherz, & Giaconia,

* Corresponding author at: University of Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Steinhövelstraße 5, 89075, Ulm, Germany.

E-mail address: Witt@uniklinik-ulm.de (A. Witt).

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104575>

Received 19 November 2019; Received in revised form 17 April 2020; Accepted 29 May 2020
0145-2134/© 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Frühe Hilfen und Frühförderung

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



The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window with the address bar displaying <http://www.fruehehilfen.de/1981.0.html>. The page title is "Guter Start ins Kinderleben". The browser's menu bar includes "Datei", "Bearbeiten", "Ansicht", "Chronik", "Lesezeichen", "Extras", and "Hilfe". The address bar has navigation buttons and a search engine dropdown set to "Google".

The website content includes a navigation menu with "Startseite", "Impressum", "Sitemap", "Presse", and "Suchwort" (with an "erweiterte Suche" button). The main header features the logo for "Nationales Zentrum Frühe Hilfen" and a banner image of children. A breadcrumb trail reads: "Sie sind hier: Startseite / Projekte / Projekte des NZFH / Guter Start ins Kinderleben".

The main content area is titled "PROJEKTSTECKBRIEF" and "Guter Start ins Kinderleben". The text describes the project as a cross-country model project aimed at promoting parental education and relationship skills in precarious living conditions and risk situations to prevent neglect and child endangerment in early childhood.

A sidebar on the left contains a navigation menu with categories like "Projekt des NZFH", "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder", "Keiner fällt durchs Netz", "Guter Start ins Kinderleben", "Familienhebammen: Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?", "FrühStart", "Wie Elternschaft gelingt", "Pro Kind – Wir begleiten junge Familien", "Datenbanken: Projekte zum Thema Frühe Hilfen", "Netzwerk", and "Dokumente, Materialien und Linklisten".

Below the main text, there is a list of navigation options: "Bundesländer", "Art", "Projektlaufzeit", "Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner", "Ziel/e", and "Abstract / Kurzbeschreibung".

On the right side, there is a "BEKANNTMACHUNG: FRÜHE HILFEN FÜR ELTERN UND KINDER UND SOZIALE FRÜHWARNSYSTEME" section, followed by a "KURZEVALUATION VON PROGRAMMEN ZU FRÜHEN HILFEN FÜR ELTERN UND KINDER" section.

The footer of the browser window shows the Windows taskbar with the Start button and several open applications: "Posteingang - Micro...", "2 Windows Explorer", "Guter Start ins Kind...", "Dokument1 - Micros...", and "Microsoft PowerPoin...". The system tray shows the time as 10:58.

Werkbuch Vernetzung

Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster, Cornelia König, Jörg M. Fegert

MODELLPROJEKT
**GUTER START INS
KINDERLEBEN**

WERKBUCH VERNETZUNG

Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer
Kooperation und Vernetzung im Bereich
Früher Hilfen und im Kinderschutz
Mit Förderung der Bundesländer Baden-
Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz
und Thüringen sowie des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Kinderschutz und Frühe Hilfen - fachliche und politische Initiativen

Kinderschutzgesetze in allen 16 Bundesländern

Bundeskinderschutzgesetz (Verabschiedung 1.1.2012 /
Verwaltungsvereinbarung Juli 2012)

- **Stärkung präventiver Ansätze / Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke Früher Hilfen sowie Einsatz Familienhebammen**
- **Weiterqualifizierung der Einschätzung und Abwendung von Kindeswohlgefährdung**

zeitlich zunächst auf vier Jahre befristete Bundesinitiative (177 Mill. €
danach Fonds des Bundes (51 Mill. € jährlich)

mittlerweile Regelangebot aber die Frühförderung mit der Schnittstelle zum SGB V wird nicht explizit geregelt

Ausgangssituation: Frühe Hilfen und Kinderschutz

Frühe Hilfen sind **interdisziplinär** und können nicht mit den fachlichen Voraussetzungen einer isolierten sozialen oder medizinischen Profession abgedeckt werden

interdisziplinäre Wissensgrundlage und Handlungskompetenzen

Frühe Hilfen setzen **systematische interdisziplinäre Strukturen und geregelte Kooperationswege** voraus

Frühförderung nach Speck (1996, S.15f) : *„...Komplex medizinisch, pädagogisch, psychologisch und sozialrehabilitativer Hilfen, die darauf gerichtet sind, die Entwicklung eines Kindes und sein Leben-Lernen in seiner Lebenswelt in den ersten Lebensjahren unterstützend zu begleiten, wenn diesbezüglich Auffälligkeiten oder Gefährdungen vorliegen.“*

Themenheft aus dem Projekt



Frühe Hilfen und interdisziplinäre Vernetzung

49 *Editorial*

Originalarbeiten:

51 Anne Katrin Künster, Birgit Ziesel, Ute Ziegenhain:
Je früher um so besser?
Wann Kinderschutz beginnen sollte

61 Lydia Schönecker:
Kooperation und Vertrauensschutz bei frühen Hilfen –
ein Entweder-Oder?

71 Ute Ziegenhain, Jörg M. Fegert:
Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte
Prävention im Kinderschutz

82 Inga Wagenknecht, Uta Meier-Gräwe, Jörg M. Fegert:
Frühe Hilfen rechnen sich

92 *Stichwort: Komorbidität*

93 *Kurz berichtet*

94 *Fachtagungen und Kongresse*

94 *Rezensionen*

Herausgegeben von
Otto Speck
Gerhard Neuhäuser
Franz Peterander
Jörg M. Fegert

Organ der Vereinigung
für Interdisziplinäre
Frühförderung e.V.

Fehleranalysen führen zur Forderung nach Vernetzung und Netzwerken

STUDIEN UND PRAXISHILFEN ZUM KINDERSCHUTZ

Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain,
Heiner Fangerau

Problematische Kinderschutzverläufe

Mediale Skandalisierung,
fachliche Fehleranalyse und
Strategien zur Verbesserung
des Kinderschutzes



JUVENTA

STUDIEN UND PRAXISHILFEN ZUM KINDERSCHUTZ

Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain,
Heiner Fangerau

Problematische Kinderschutzverläufe

Mediale Skandalisierung,
fachliche Fehleranalyse und
Strategien zur Verbesserung
des Kinderschutzes



JUVENTA

Netzwerke im Gesundheitsbereich - Was wissen wir?

Informationsaustausch (+) versus tatsächliche systematische Zusammenarbeit (-)

- offenbar leichter über ein Problem zu reden und sich auszutauschen als zusammenzuarbeiten; Provan et al., 2005; Barnes et al., 2010)
- Akteure schienen sich eher in Netzwerken zu engagieren, die ihren eigenen organisatorischen Bedürfnissen dienten als übergreifenden Präventions- und Gesundheitszielen (Hoeijmakers et al, 2007)

aber: regelmäßiger Informationsaustausch im Kontext reger Netzwerkaktivitäten

→ gutes Potential für weitergehende Zusammenarbeit
(Provan et al., 2004)

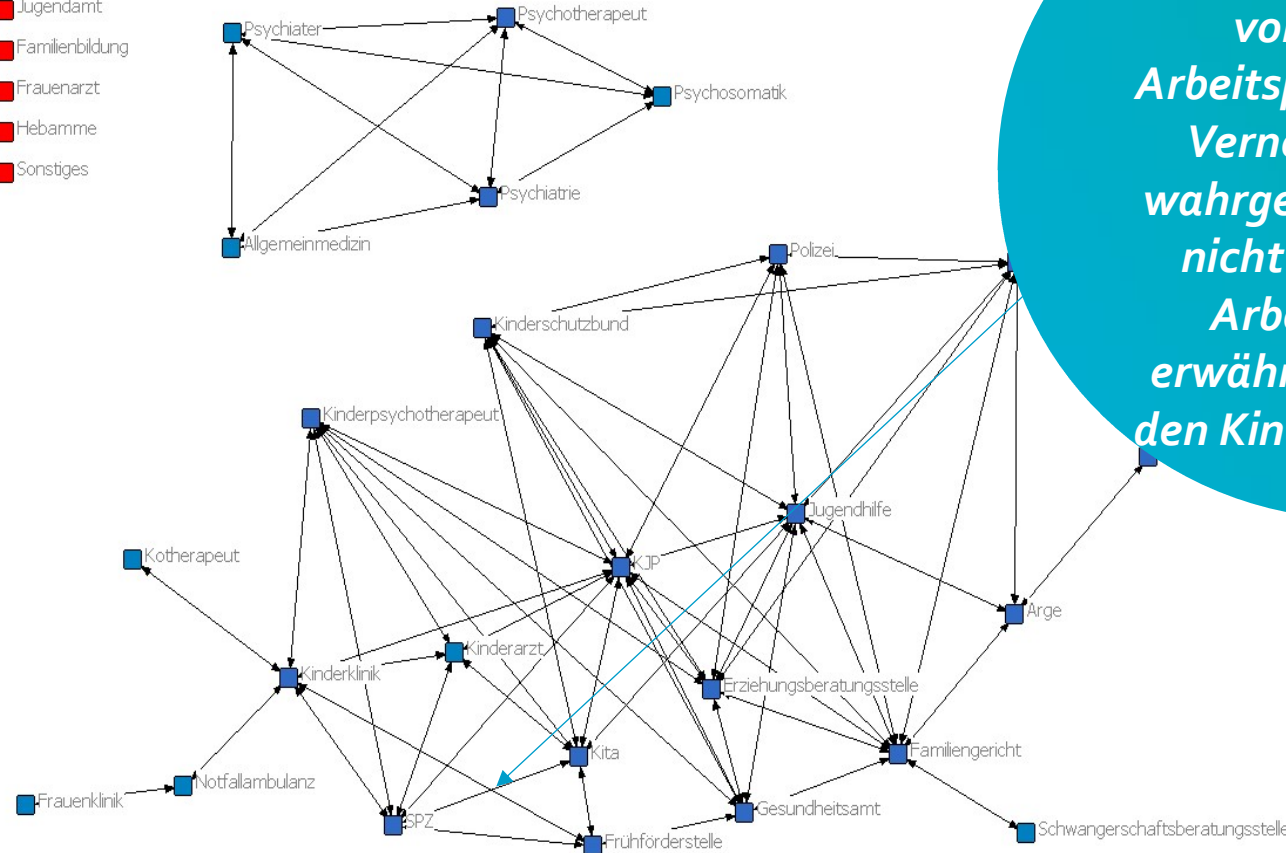
Netzwerke im Frühbereich

„Cliques“ im Netzwerk (-)

implizite Tendenz andere Akteure/Institutionen auszuschließen

→ eingeschränkte Kommunikation/unvollständiger Informationsaustausch
(Rowley, 1997)

- Jugendamt
- Familienbildung
- Frauenarzt
- Hebamme
- Sonstiges



Fegert, 2008 s.49: *die Frühförderung wird von anderen Arbeitspartnern in der Vernetzung nicht wahrgenommen bzw. nicht als primärer Arbeitspartner erwähnt wenn es um den Kinderschutz geht*

„Kinderschutz ist systemrelevant“



COVID-19-Pandemie

Kinderschutz ist systemrelevant

Isolation, soziale Distanzierung und der Wegfall von Hilfesystemen befördern häusliche Gewalt. In einer Zeit, in der auf Krisenmodus im Zeichen des Infektionsschutzes umgestellt wird, muss der Kinderschutz aufrechterhalten werden. Sonst droht eine soziale Pandemie.

Jörg M. Fegert, Vera Clemens, Oliver Berthold, Michael Kölbh

Zurecht betonen Politiker und Experten, dass in der weltweiten Krisensituation, ausgelöst durch die COVID-19-Pandemie, alle Ressourcen gebündelt werden müssen, um die Verbreitung des Virus einzudämmen. Den Anstieg der Verbreitungskurve der Erkrankungen durch drastische Maßnahmen durch Social Distancing zu reduzieren ist insofern richtig: Nur so haben die Gesundheitssysteme die Chance, sich bestmöglich darauf einzustellen, die notwendigen Ressourcen für die Behandlung der Erkrankten vorhalten zu können. Dem dient, dass vordringlich das Funktionieren medizinisch relevanter Bereiche und solcher der kritischen Infrastruktur gesichert wird. Polizei, Feuerwehr, Lebensmittel-, Wasser- und Stromversorgung sind neben dem Gesundheitssystem systemrelevant und müssen verlässlich bleiben,

um die wachsende Verunsicherung nicht ins Chaos umschlagen zu lassen. Institutionen wie Behinderteneinrichtungen, Heime, aber auch Gefängnisse müssen unter erschwerten Bedingungen trotz der erheblichen Gefahr der gegenseitigen Ansteckung am Laufen gehalten werden. Doch auch hier gelten wie in Kliniken drastische Einschränkungen. Alle haben aufgrund der Ausgangsbeschränkungen und des Social Distancing weniger Möglichkeiten, sich auch über Sozialkontakte emotional zu stabilisieren. Wo immer möglich wurde von Betrieben und Verwaltungen Homeoffice angeordnet. Kinderbetreuung gibt es nur in systemrelevanten Bereichen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist schon normalerweise eine Herausforderung für viele Eltern, die Pandemie wirkt hier wie ein Brenglas. Inzwischen sind

weitgehende Ausgangsbeschränkungen in Kraft. Vieles, was sonst Familien unterstützt wie Schule, Tagesbetreuung, Schulbegleitung, Familienhilfe, ehrenamtliche Angebote oder Vereine ist zum Erliegen gekommen. Aufgrund der Priorisierung im Gesundheitswesen und zur Vermeidung von Infektionen in Wartezimmern sind auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Teil ambulante Angebote reduziert worden. Tageskliniken sind wegen des täglichen Milieuwechsels und den Infektionsrisiken geschlossen worden. Während sonst ein breites Kontinuum an Hilfen sowie beratenden und therapeutischen Angeboten im Kinder- und Jugendlichenbereich ein Netz spannt, das Familien unterstützt und häufig dazu führt, dass stationäre Hilfen und stationäre Krankenbehandlung nicht in Anspruch genommen werden müssen,

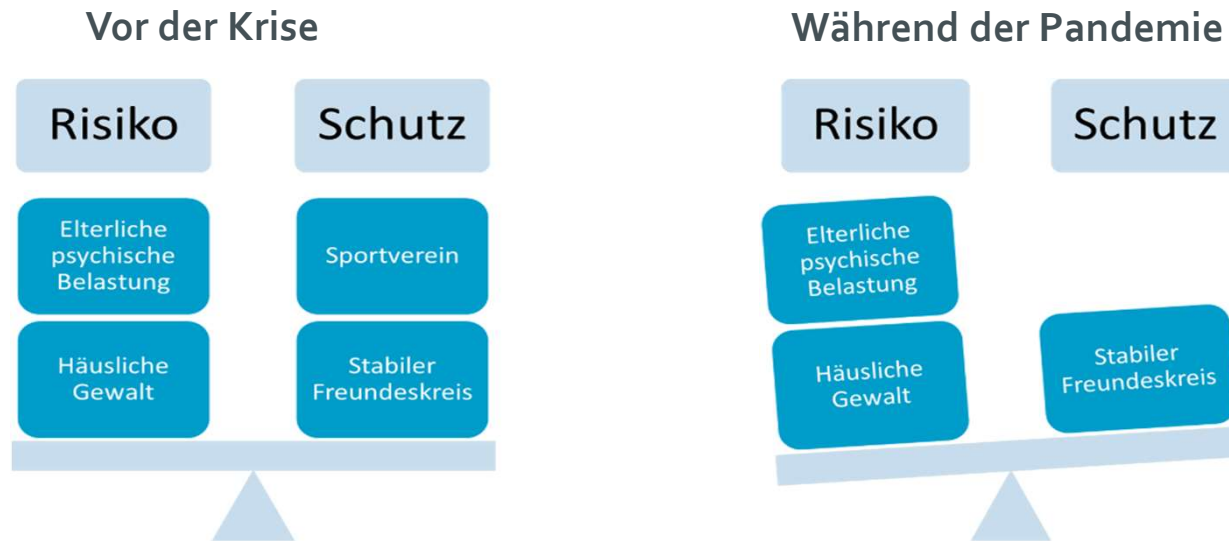
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychosomatie am Universitätsklinikum Ulm
Prof. Dr. med. Fegert,
Prof. Dr. med. Clemens
Kinderschutzambulanz
des DRK Klinikum
Ulmer
Dr. med. Berthold
Klinik für Psychiatrie,
Neurologie, Psychosomatik
und Psychotherapie im
Kinder- und Jugendalter der
Universitätsmedizin
Rostock
Prof. Dr. med.
Kölbh

Fegert, J.M., Clemens, V. & Berthold, O. 2020, "COVID-19-Pandemie - Kinderschutz ist systemrelevant", Deutsches Ärzteblatt, vol. 117, no. 4, pp. 703-707.

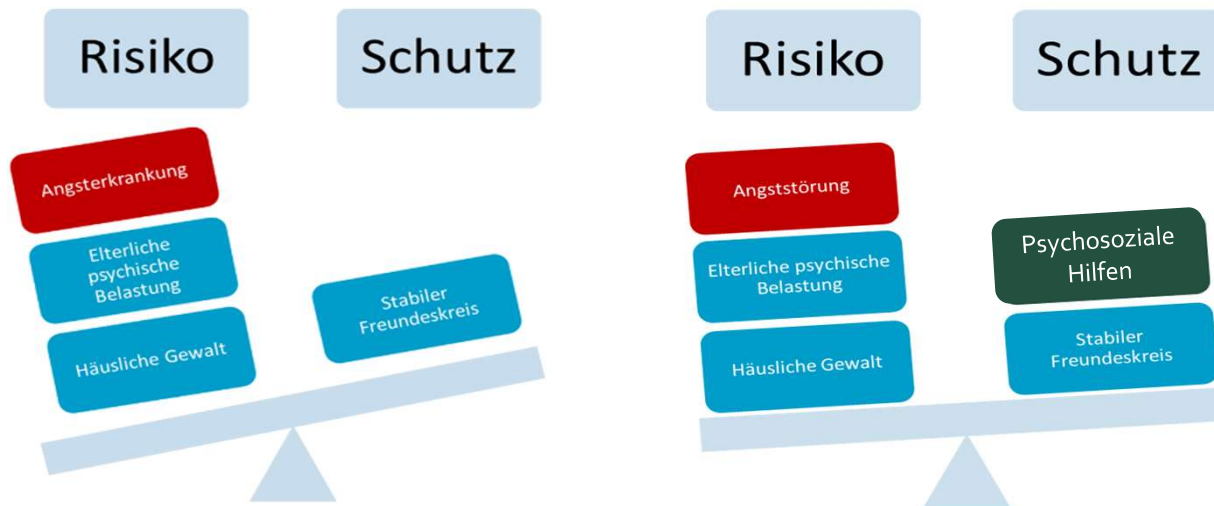
Kindliche Basisbedürfnisse und deren Berücksichtigung in der UN-Kinderrechtskonvention

Basic Need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31


Theorie der kumulativen Ungleichheit



Morbidität aufgrund von Einschränkungen



Ad hoc Empfehlungen Deutscher Ethikrat vom 28.11.2022

Deutscher Ethikrat 


- **Pandemie als Zeit der emotionalen und existenziellen Krise**
- **Spannungsfeld – seelische Belastung vs. Psychische Erkrankung**
- **Fokus Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene – Frage der Solidarität und Generationengerechtigkeit**
- **Körperliche Unversehrtheit und psychische Integrität**

Pandemie und psychische Gesundheit
Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen

AD-HOC-EMPFEHLUNG

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-pandemie-und-psychische-gesundheit.pdf>

Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen

Deutscher Ethikrat 

Pandemie und psychische Gesundheit

Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen

AD-HOC-EMPFEHLUNG

Empfehlungen

1. Schulbasierte Angebote
2. Stärkung der Einrichtungen, welche Diagnostik-, Beratungsangebote, Heilbehandlung und Hilfen zur Teilhabe vorhalten
3. Information und Dissemination
4. Hilfen zur Transition und ergänzende Freizeitangebote
5. Schulungen von Personen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich um bei Alltagskontakten Problemlagen frühzeitig zu erkennen und Weitervermittlung von Betroffenen in Unterstützungsangebote einzuleiten
6. Versorgungsdefizite in Diagnostik und Psychotherapie
7. Stepped Care Approaches
8. Ausbau und verlässliche Finanzierung von Beratungs- und Hilfsangeboten in Bereichen Schule, Hochschule, Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, systemische Ausgestaltung, Lebensweltbezüge, Familie
9. Forschung unter anderem zu Folgen und Bewältigungschancen um Angebote, Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation evidenzbasiert zu verbessern

UN-Behindertenrechtskonvention

- **Artikel 3 – Allgemeine Grundsätze**
 - Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:
 1. die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
 2. die Nichtdiskriminierung;
 - 3. die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;**
- [...]



UN-Behindertenrechtskonvention

Artikel 12 – Gleiche Anerkennung vor dem Recht

(1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.

(3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.



BZGA Abwicklung: was wird mit dem NZFH im BIPAM

BIPAM STATT BZGA

Ein neues Institut für den Kampf gegen Volkskrankheiten

VON CHRISTIAN GEINITZ, BERLIN · AKTUALISIERT AM 04.10.2023 · 20:37



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht, dafür kommt das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin. Es soll helfen, Fallzahlen von Krebs, Demenz und Herz-Kreislauferkrankungen zu verringern.

MERKEN ☆ 3 | 5 | ✉ | f | t | 3 Min.

Im Gesundheitssystem versickert viel Geld, ohne die Lebensqualität oder die Lebensdauer der Bevölkerung zu erhöhen. Nach Angaben des Europäischen Statistikamts liegt die Lebenserwartung in Deutschland mit 80,8 Jahren nur leicht über dem EU-Durchschnitt von 80,1 Jahren. In Ländern wie Frankreich, Italien, Spanien oder Portugal sei sie deutlich höher, beklagte Gesundheitsminister **Karl Lauterbach** (SPD) am Mittwoch in Berlin. Außerdem steige sie in Deutschland weniger stark, und auch sozial hinke man hinterher: Die Lücke in der Lebenserwartung zwischen Arm und Reich sei viel tiefer als in Skandinavien, monierte der Minister.

Christian Geinitz

Wirtschaftskorrespondent in Berlin

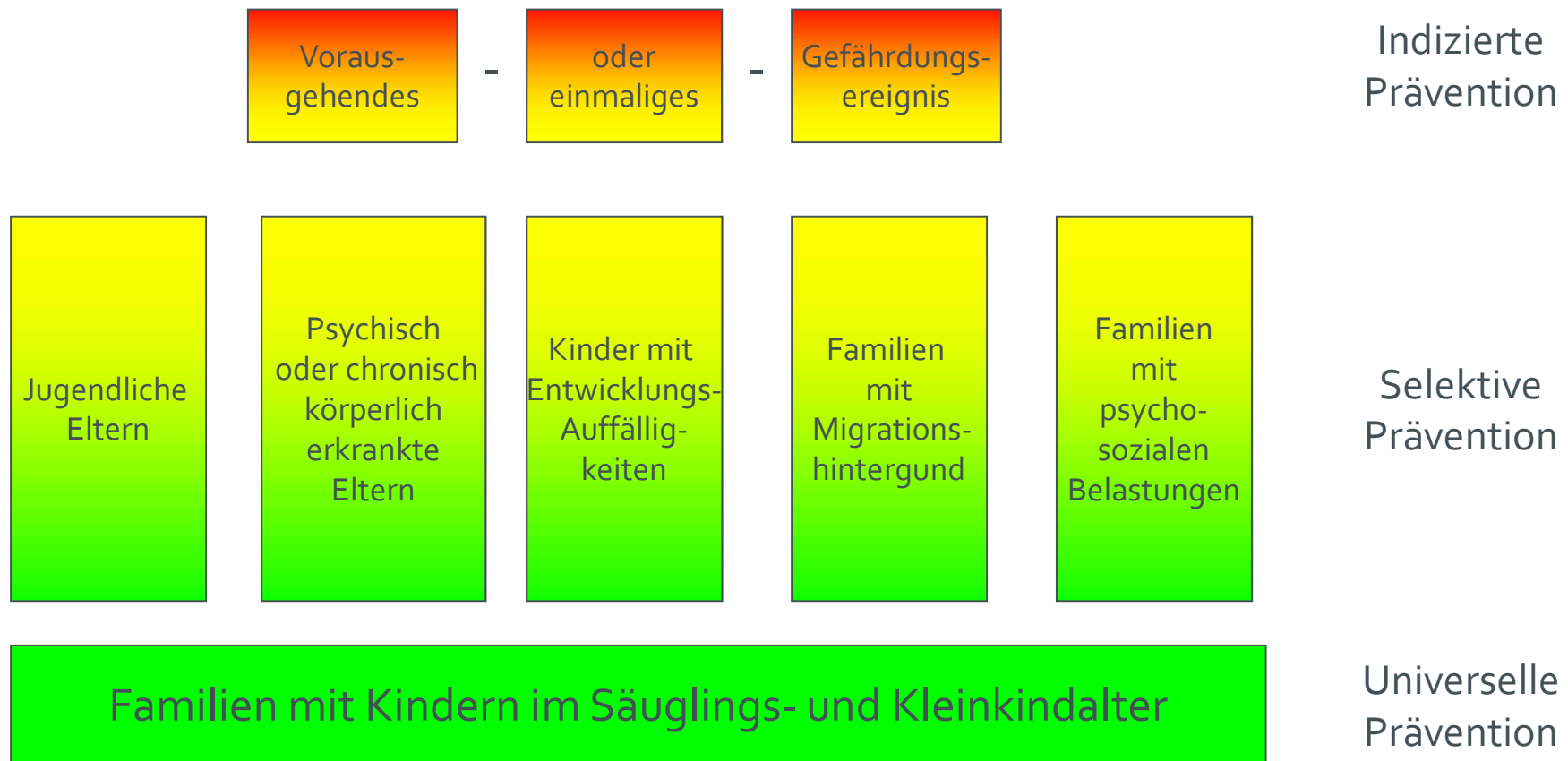
Folgen

Am fehlenden Geld liegen diese Missstände nicht, denn auf jeden Bundesbürger entfallen 5000 Euro Gesundheitsausgaben im Jahr. Nach Daten der Industrieländerorganisation **OECD** ist das ein höherer Betrag als überall sonst in Europa.

Deutschland übersteige den EU-Durchschnitt um fast 53 Prozent. Die mangelnde Effizienz hat viele Gründe, ein wichtiger liegt nach Lauterbachs Meinung darin, dass sich Deutschland zu wenig auf Prävention verlegt, zu viel auf

<https://m.faz.net/aktuell/wirtschaft/neues-institut-gegen-volksleiden-19219898.html>

Präventionsstruktur Frühe Hilfen und Frühförderung



Schweigepflicht, Datenschutz und Kindeswohlgefährdung

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

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

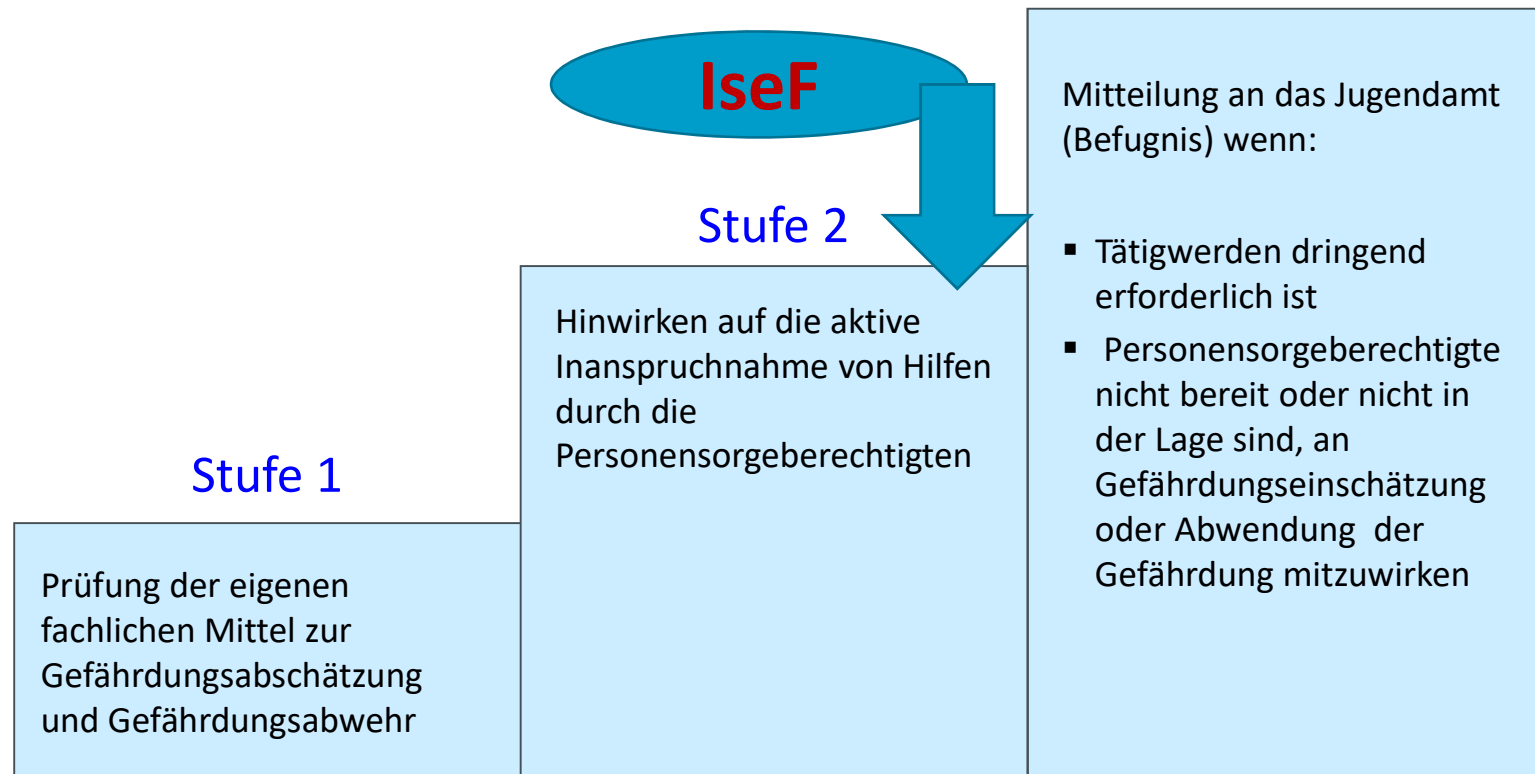
§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

- Die Personen der genannten Berufsgruppen haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.
- Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten pseudonymisiert zu übermitteln.
- Scheidet eine Abwendung der Gefährdung aus oder ist dieses Vorgehen erfolglos und wird ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich gehalten, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren.
- Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.
- Zu diesem Zweck sind die Personen befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Rechtliche Vorgaben: „gewichtige Anhaltspunkte“

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

Bei Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung:



Wenn Tätigwerden des JA zur Gefahrenabwehr erforderlich

Struktur und Beratungstätigkeit der Medizinischen Kinderschutzhotline



DRK Kliniken Berlin | Westend:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Universitätsklinikum Ulm:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie

Universitätsklinikum Freiburg:

Institut für Rechtsmedizin

**FÜR FACHPERSONEN BEI
MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZFRAGEN**

0800 19 210 00

kostenfrei

365 Tage erreichbar

24h erreichbar

bundesweit

geschult

vertraulich

Beratung für Mitarbeiter*innen

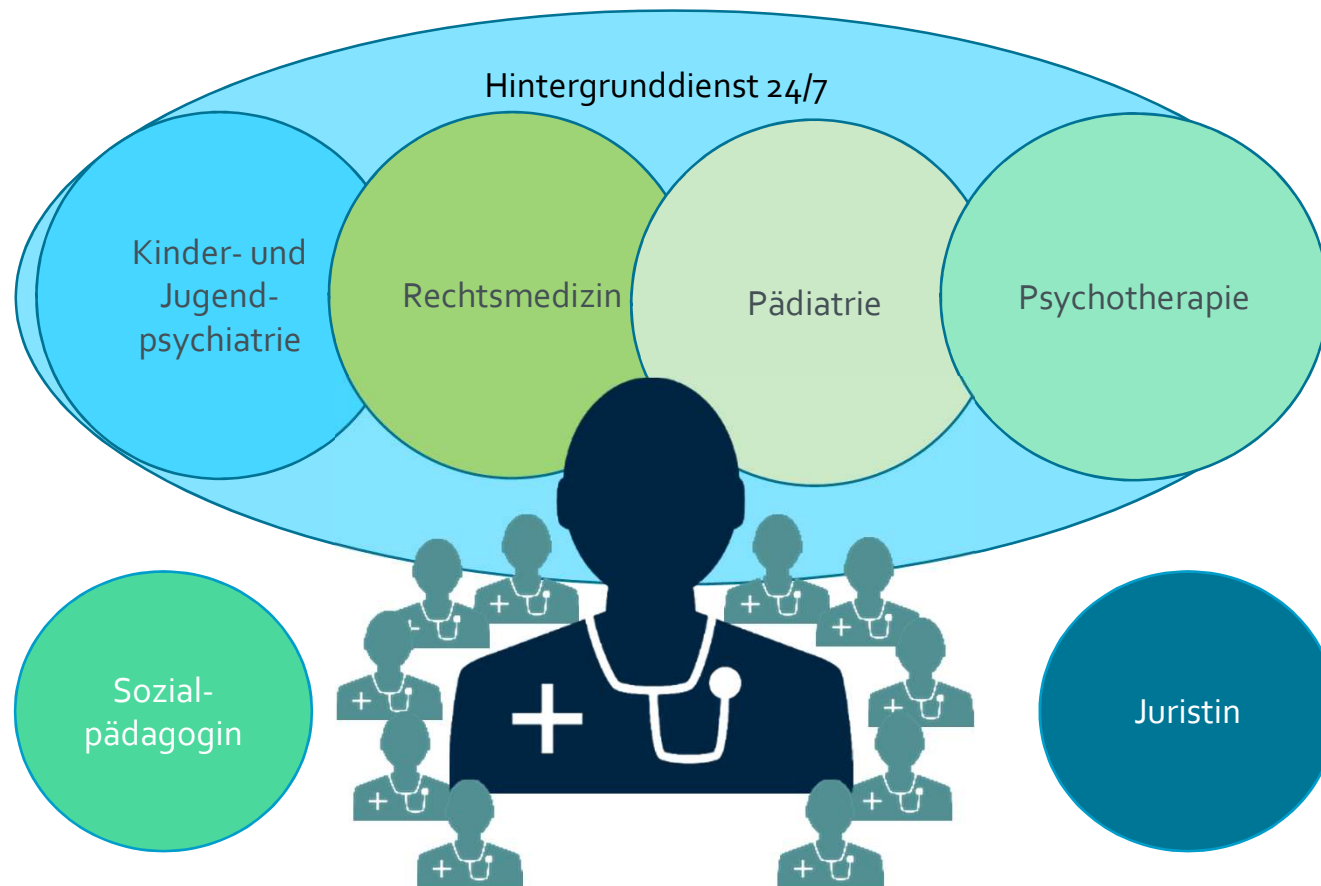
Gesundheitsbereich

Kinder- und Jugendhilfe

Familiengerichte

Bereich Familiengerichte und
Kinder- und Jugendhilfe neu seit
Januar 2021

Das Team der Kinderschutzhotline



„Eine gegenwärtige, in solchem Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen, seelischen oder körperlichen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“

(BGH, 14.07.1956, IV ZB 32/56, BGH, 06.02.2019, XII ZB 408/18)

- Voraussetzungen einer Maßnahme nach § 1666 BGB:

1. konkrete Gefährdung des Kindeswohls – körperlich, geistig, seelisch

+

2. Eltern sind nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden

- **Absehbare Rechtsgutsbeeinträchtigung**
- **zeitliche Nähe des Schadenseintritts,**
- **Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts**

- Gerade bei häuslicher Gewalt und längerfristig chronisch einwirkenden sogenannten „Household Dysfunctions“ und / oder Misshandlungs- und Vernachlässigungsformen gilt:
Je größer und folgenreicher der möglicherweise eintretende Schaden ist, desto geringere Anforderungen sind an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts zu stellen:

„Je-Desto-Formel“

§ 1666a BGB Grundsatz der Verhältnismäßigkeit; Vorrang öffentlicher Hilfen

- (1) Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, sind **nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann**. Dies gilt auch, wenn einem Elternteil vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Nutzung der Familienwohnung untersagt werden soll. [...]
- (2) **Die gesamte Personensorge darf nur entzogen werden, wenn andere Maßnahmen erfolglos geblieben sind oder wenn anzunehmen ist, dass sie zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichen**

**“Childhood disability is both a risk and
result of maltreatment”**

Verfügbare Daten und Datenqualität

- Insgesamt wenige qualitativ hochwertige Studien zum Thema
 - Bekanntermaßen schwankende Zahlen je nach Definition (auch bei gesunden Kindern)
 - Schwierigkeiten Kausalität festzustellen (Behinderung als Folge oder Ursache von Misshandlung?)
 - Ggf. erhöhte Dunkelziffer bei Kindern, die in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind?
 - Ggf. höhere Werte, da mehr Aufmerksamkeit bei behinderten Kindern?
- **Die hier präsentierten Daten zeigen Korridore auf, die die Dimension der Problematik zu beschreiben versuchen**

Chronische Gesundheitsstörung versus Behinderung: Sozialrechtliche Definitionen

Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung

nach § 62 Absatz 1 Satz 4 und 8 SGB V.

Eine Krankheit ist schwerwiegend **chronisch**, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5
- Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %
- kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich

Chronische Gesundheitsstörung versus Behinderung: Sozialrechtliche Definitionen

Von **Behinderung** wird gesprochen, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 SGB IX).

- Unterscheidung zwischen „chronischer Krankheit“ und „Behinderung“ ist unscharf, in der medizinischen Praxis werden beide Begriffe häufig alternativ verwendet.

Bezugspunkt:

- SGB V: Gesundheitsstörung
- SGB IX: auf die aus der Störung resultierende Teilhabebeeinträchtigung

16%

- In Deutschland beträgt die Prävalenz von chronischer Erkrankung bei 0- bis 17-Jährigen etwa 16%
- Ca. 2,2 Millionen Minderjährige in Deutschland, die an einer chronischen Erkrankung leiden
- Bei 14% liegt ein spezieller Versorgungsbedarf vor, ca. 3% sind im Alltag eingeschränkt



1,5%

- Ca. 194.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren haben eine anerkannte Schwerbehinderung (ca. 1,5%).
- In Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben ca. 21.000 junge Menschen mit Behinderungen.
- In Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben ca. 102.000 Minderjährige mit Behinderungen.

Profilgruppen nach Kofahl und Lüdecke

Kinder mit Mehrfachbehinderungen
Sie sind in dieser Gruppe als hier evtl. weniger Misshandlung als in der blauen und grünen Gruppe. Ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten sind stark eingeschränkt; dementsprechend ist in dieser Gruppe der Versorgungsbedarf am größten.

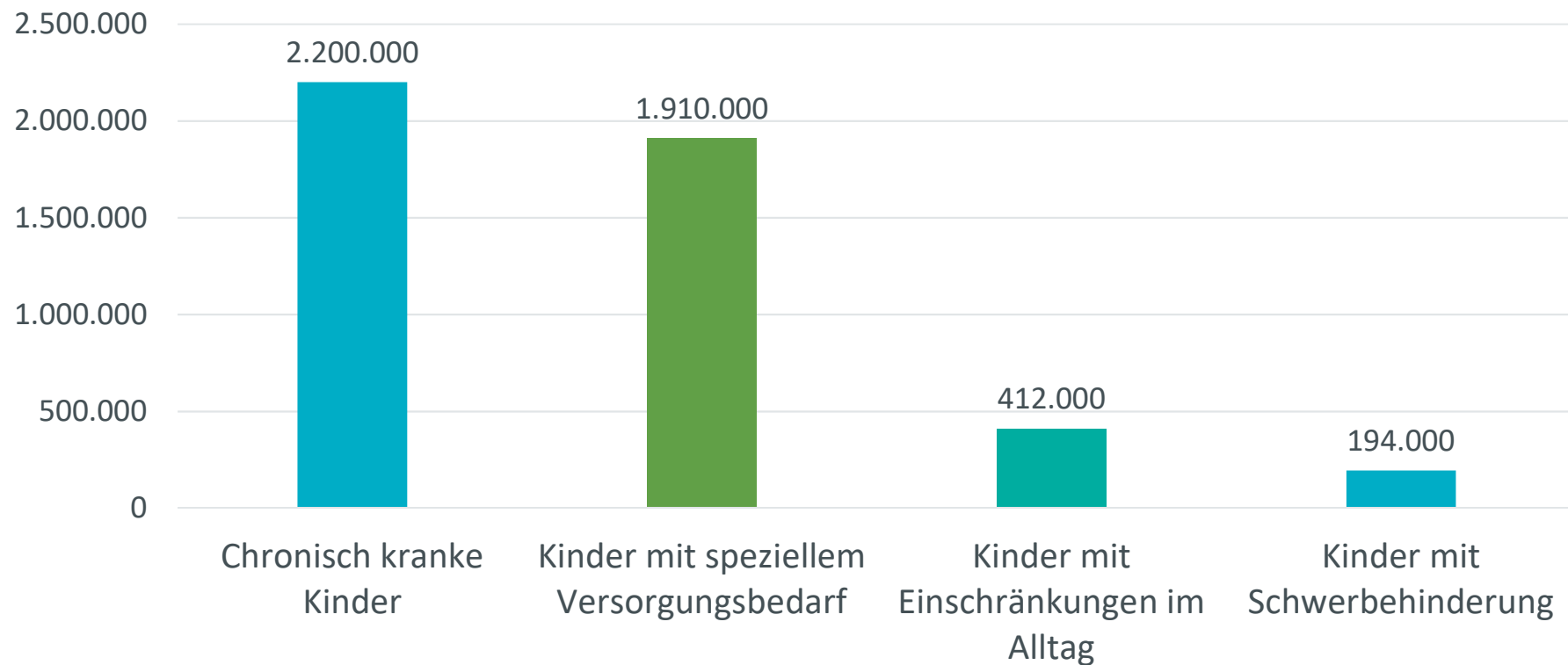
Kinder mit primär körperlichen Behinderungen
Bei den offensichtlich weniger stark behinderte Kinder tendenziell häufiger betroffen. Überdurchschnittlich hohe Einschränkungen im Bereich der Körperfunktionen und Mobilität vor.

Kinder mit primär geistigen Behinderungen
Die Einschränkungen beschränken sich überwiegend auf die Bereiche Lernen, Geist (Sprache und Interaktion) sowie Verhalten. Vgl. blau und hier besonders stark solche mit Verhaltensauffälligkeiten

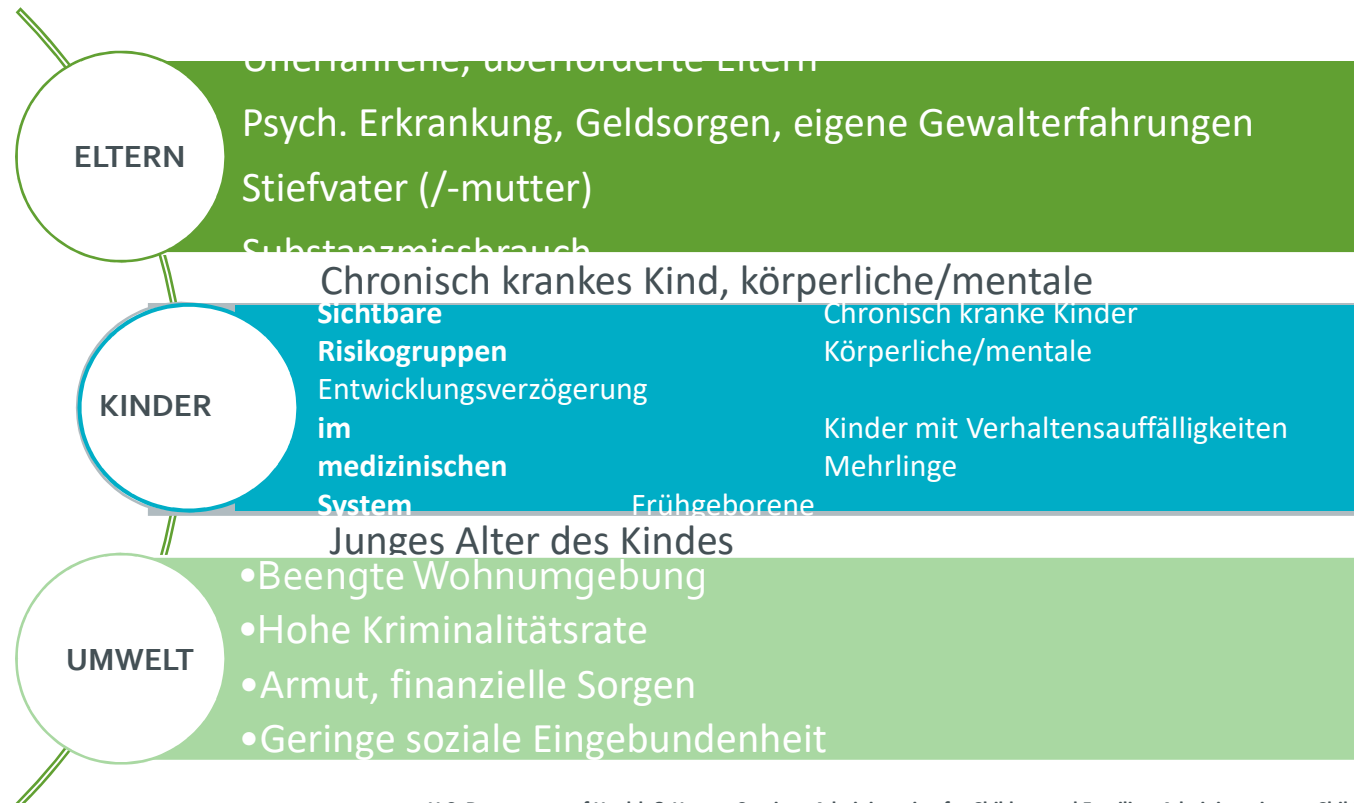
Kinder mit anderen chronisch körperlichen Krankheiten
Im Vergleich zu den Kindern der anderen Gruppen sind sie sowohl in der körperlichen Vernachlässigung als auch Vernachlässigung relevant. Hier vor allem medizinische Vernachlässigung nicht oder nur gering eingeschränkt.

Folgende vier Profilgruppen wurden in der Kindernetzwerkstudie (Kofahl and Lüdecke, 2014) definiert.

Epidemiologie von chronischer Krankheit und Behinderung



Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung



Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung bei chronischer Krankheit und Behinderung

3-7 x

Schätzungen gehen von 3-7 -fach erhöhtem Risiko für behinderte Kinder aus.¹

14 %

USA: 14% aller von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Betroffenen haben eine **Behinderung**²

OR 2

Für **chronisch kranke Kinder** werden Odds Ratios von 1,67 – 2,54 angegeben.³

¹ Legano, L. A. et al. (2021). Maltreatment of Children With Disabilities. *Pediatrics*.

² Child Welfare Information Gateway. (2018) The risk and prevention of maltreatment of children with disabilities. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau

³ Svensson, B., et al. (2011). Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatrica*.

Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung bei chronischer Krankheit und Behinderung

Doppelt bis 3x so viele chronische Krankheiten bei Kindern, die in den USA vom Child Protection Services eingeschätzt wurden. ¹

2-3 x

USA: Fast die Hälfte der Kinder >3 Jahre, in denen die Child Protection Services aktiv wurden, waren nicht normal entwickelt. ²

48 %

Behinderung/chronische Krankheit ist doppelt so häufig bei misshandelten Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe. ³

2 x

¹ Stein REK et al. (2013) Chronic Conditions Among Children Investigated by Child Welfare: A National Sample. Pediatrics

² Helton JJ et al. (2019) Prevalence and severity of child impairment in a US sample of child maltreatment investigations. J Dev Behav Pediatr.

³ Legano, L. A. et al. (2021). Maltreatment of Children With Disabilities. Pediatrics.

Gewaltbetroffenheit insgesamt: Sullivan & Knutson (2000)



- Gesamtstichprobe: 40.211 Kinder
- Insgesamt 4.503 von irgendeiner Gewaltform betroffen.

	mit Behinderung		ohne Behinderung		Gesamt	
Jegl. Misshandlungsform	1.012	31%	3.491	9%	4.503	11%
Nicht misshandelt	2.250	69%	33.458	91%	35.708	89%
Gesamt	3.262	100%	36.949	100%	40.211	100%

Gewaltbetroffenheit insgesamt: Sullivan & Knutson (2000)

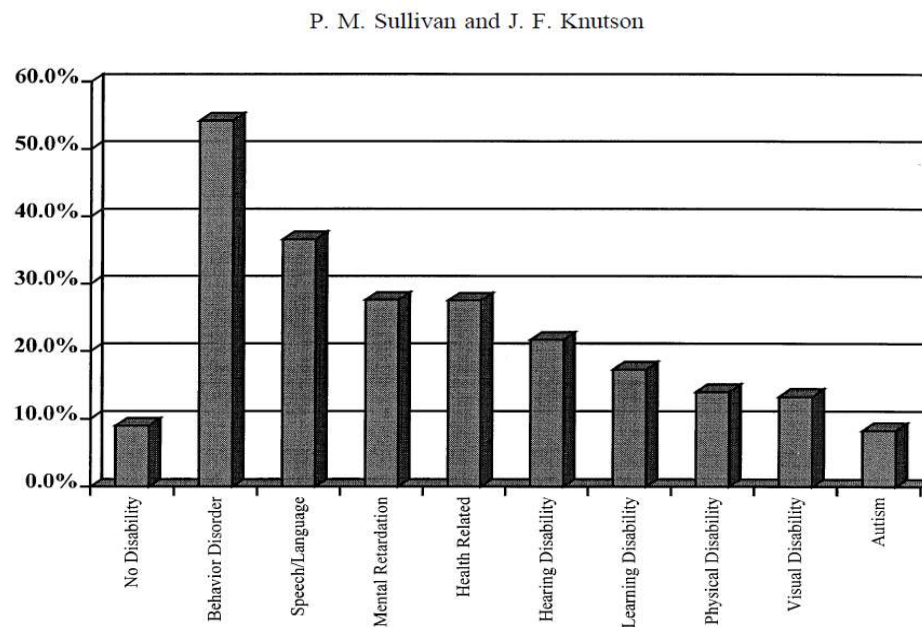
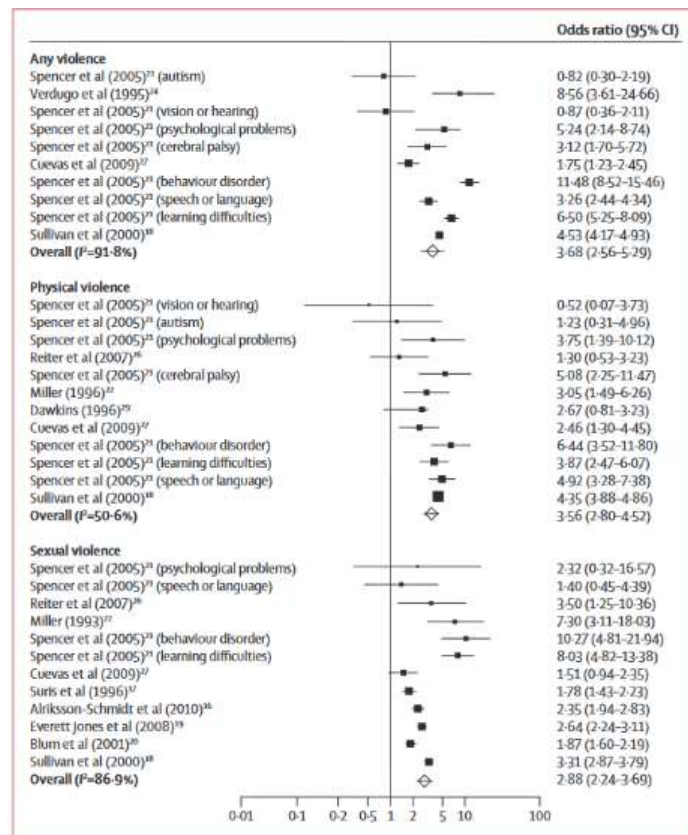


Figure 2. Prevalence of maltreatment by disability status.

Hauptergebnisse:

- Kinder mit jeglicher Behinderung deutlich häufiger als Kinder ohne Behinderung betroffen
- **Insbesondere Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten betroffen**
- Hohe Betroffenheit auch bei Kindern mit chronischen Krankheiten

Gewaltbetroffenheit insgesamt: Jones & Bellis (2012)



- Jegliche Gewalt: OR 3,68 (2,56-5,29)
- Körperliche Misshandlung: OR 3,56 (2,80-4,52)
- Sexualisierte Gewalt: OR 2,88 (2,24-3,69)

Emotionale Misshandlung: fast vierfach erhöhte Betroffenheit

- Sullivan & Knutson (2000)¹: große Registerstudie, Kinder mit Behinderung wurden 3,9-mal häufiger Opfer von emotionaler Misshandlung als Kinder ohne Behinderungen
- Cuevas et al. (2009)² : Kinder mit einer psychiatrischen Diagnose haben ein höheres Risiko

¹ Sullivan PM, Knutson JF. (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse & Neglect

² Cuevas CA et al. (2009) Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. J Interpers Violence

Vernachlässigung: häufigste Misshandlungsform, fast vierfach erhöhte Betroffenheit

- Fegert et al (2015)¹: **Vernachlässigung ist häufigste Misshandlungsform**, in der klinischen Praxis vor allem die Medizinische Vernachlässigung oder Vernachlässigung der Medizinischen Sorge relevant.
- Van Horne et al (2015)²: bei Kindern < 2 Jahre ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung bei Kindern mit Kiefer-Gaumenspalte und Spina Bifida
- Sullivan & Knutson (2000)³: große Registerstudie, starken Zusammenhang zwischen Behinderung und Vernachlässigung, Kinder mit Behinderung wurden 3,76-mal häufiger Opfer von Vernachlässigung wurden als Kinder ohne Behinderungen
- **Center of Disease Control (2022)⁴: Kinder mit körperlicher / mentaler Entwicklungsverzögerung, die im Alltag stärker von Erwachsenen abhängig sind, werden häufiger als unbeeinträchtigte Kinder vernachlässigt.**

¹ Fegert JM et al. (2015). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen Springer

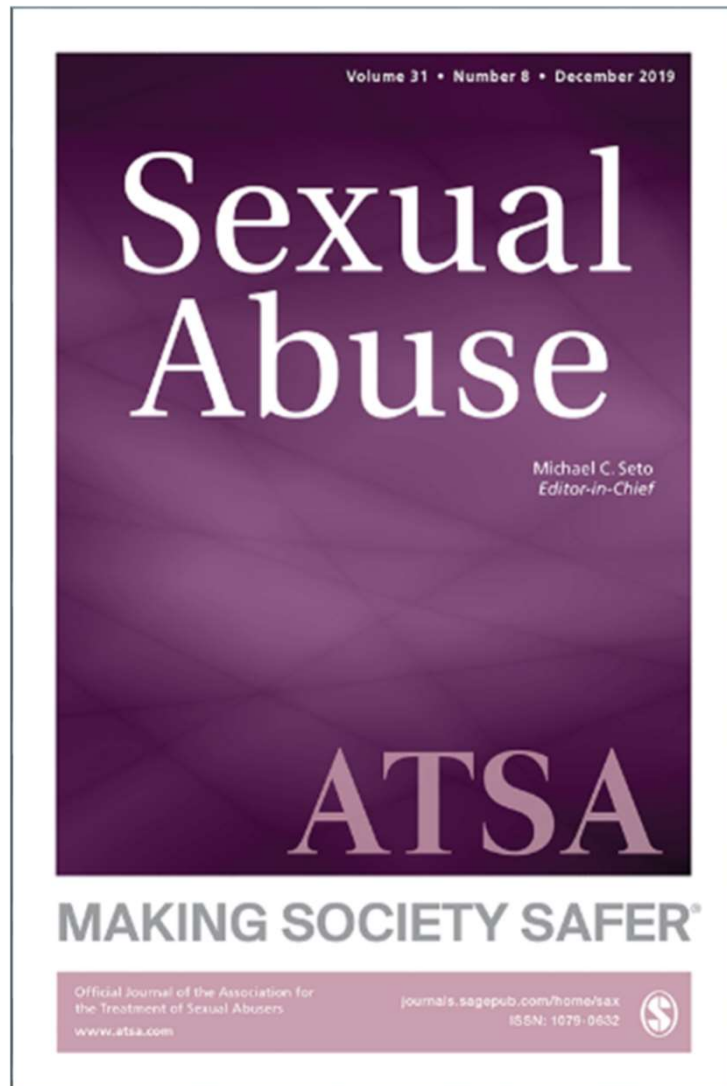
² Van Horne BS et al. (2015) Maltreatment of Children Under Age 2 With Specific Birth Defects: A Population-Based Study. Pediatrics

³ Sullivan PM, Knutson JF. (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse & Neglect

⁴ Center of Disease Control (2022) <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandsafety/abuse.html>


Gefährdungen in Institutionen

Sexueller Missbrauch in Institutionen



Article

Sexual Abuse
2019, Vol. 31(8) 643–661
© The Author(s) 2018
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1079063218759323
journals.sagepub.com/home/sax



The Prevalence of Sexual Abuse in Institutions: Results From a Representative Population-Based Sample in Germany

Andreas Witt¹, Miriam Rassenhofer¹, Marc Allroggen¹, Elmar Brähler^{2,3}, Paul L. Plener¹, and Jörg M. Fegert¹

Abstract
The lifetime prevalence of sexual abuse in institutional settings in Germany was examined in a sample representative of the general adult population ($N = 2,437$). Participants completed a survey on whether they had ever experienced such abuse, its nature (contact, noncontact, forced sexual, intercourse), the type of institution (e.g. school, club), and the relationship of perpetrator to victim (peer, caregiver, staff member). Overall, 3.1% of adult respondents (women: 4.8%, men: 0.8%) reported having experienced some type of sexual abuse in institutions. Adult women reported higher rates of all types than did men, with rates of 3.9% versus 0.8% for contact sexual abuse, 1.2% versus 0.3% for noncontact sexual abuse, and 1.7% versus 0.2% for forced sexual intercourse. We conclude that a remarkable proportion of the general population experiences sexual abuse in institutions, underscoring the need for development of protective strategies. Especially, schools seem to represent good starting points for primary prevention strategies.

Keywords
abuse, child sexual abuse, sexual abuse, sexual offender, victim

¹University of Ulm, Germany
²Johannes Gutenberg University Mainz, Germany
³University of Leipzig, Germany

Corresponding Author:
Andreas Witt, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University of Ulm, Swinowstr. 5, D-89075 Ulm, Germany.
Email: Andreas.Witt@uniklinik-ulm.de

<https://journals.sagepub.com/page/sax/podcasts/index>

Häufigkeit von Misshandlung durch Pflege- und Betreuungspersonen

- Häufigkeit von Gewalt gegen Minderjährige durch Pflege- und Betreuungspersonen ist bisher kaum untersucht worden

Bevölkerungsbasierte Befragung der deutschen Bevölkerung mit 2.437 Teilnehmern (Witt et al., 2018)

[Sex Abuse](#). 2018 Mar 1:1079063218759323. doi: 10.1177/1079063218759323. [Epub ahead of print]

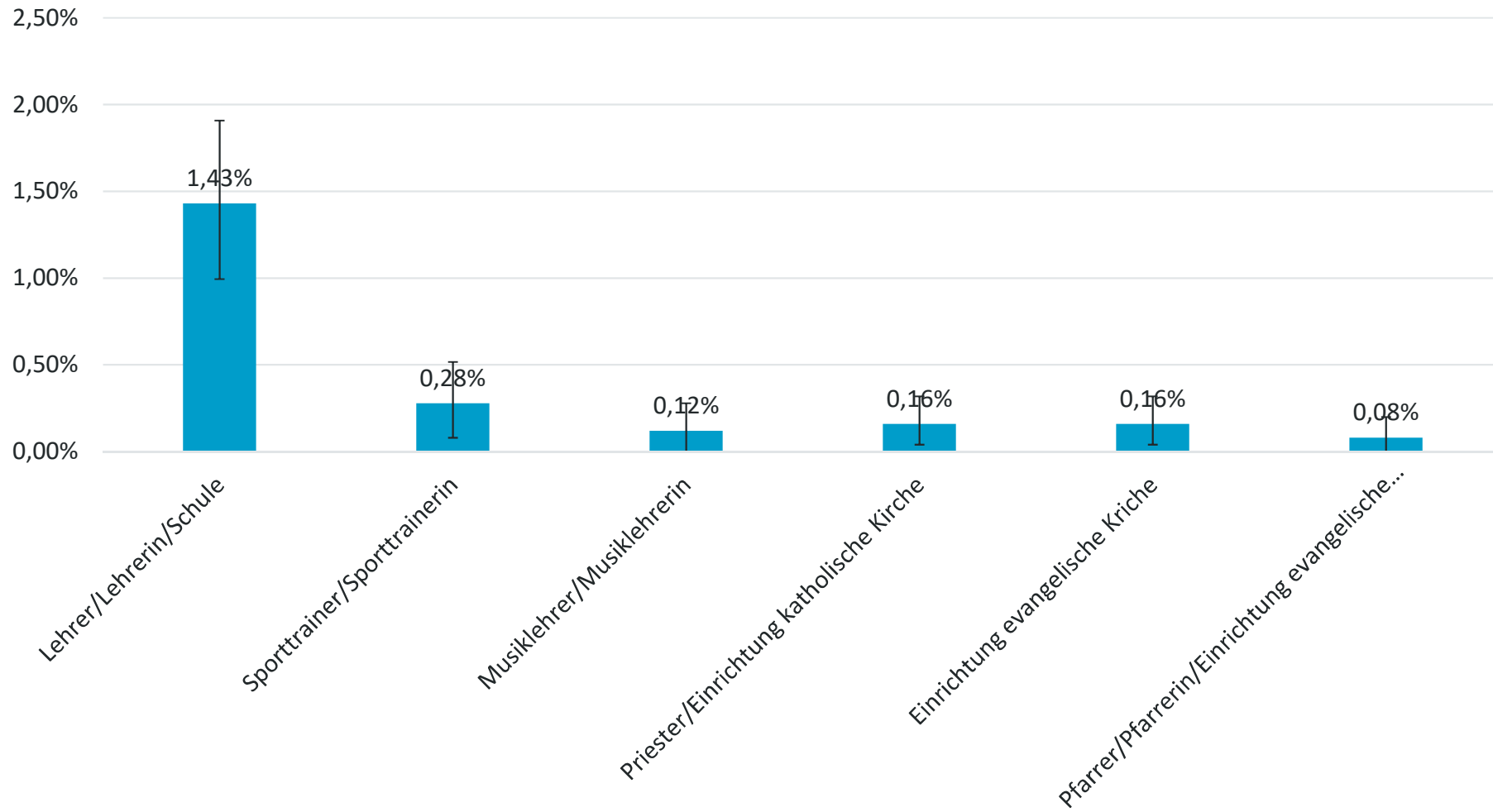
The Prevalence of Sexual Abuse in Institutions: Results From a Representative Population-Based Sample in Germany.

Witt A¹, Rassenhofer M¹, Allroqgen M¹, Brähler E^{2,3}, Plener PL¹, Fegert JM¹.

- **Lebenszeitprävalenz von 3,1% (♀ 4,8%, ♂ 0,8%)** für sexuellen Kindesmissbrauch in Institutionen (Schulen, Heime, Vereine, Kliniken etc.)
- Prävalenz von körperlicher Misshandlung in Einrichtungen: 28%, davon 16% durch Pflegekräfte oder anderes Personal

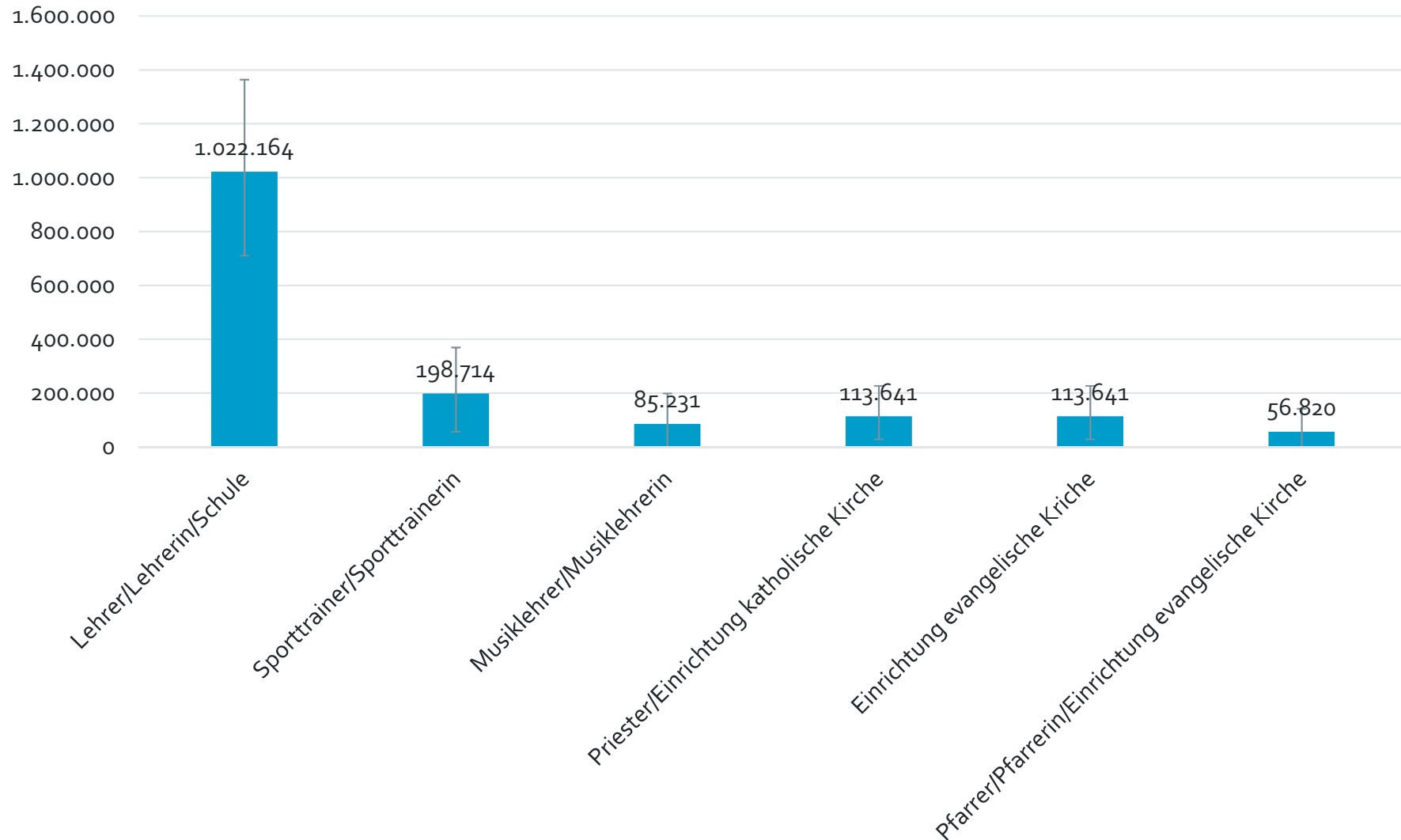
Ergebnisse: Prävalenzen

Prävalenz sexuellen Missbrauchs



Ergebnisse: Schätzung Betroffene bezogen auf die Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (71,48 Mio.)

Schätzung Betroffene sexuellen Missbrauchs mit 95%-KI



USUMA-Befragung zu Gewalt durch Pflege- und Betreuungspersonen

- Bevölkerungsrepräsentative Umfrage im Jahr 2018 mit N=2.516 (♀ 54,5%, ♂ 45,5%)
- Erfragt wurden erlebte Übergriffe durch Pflegepersonen in der Kindheit und Jugend unter anderem in Kinderkliniken/Kliniken für Erwachsene und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

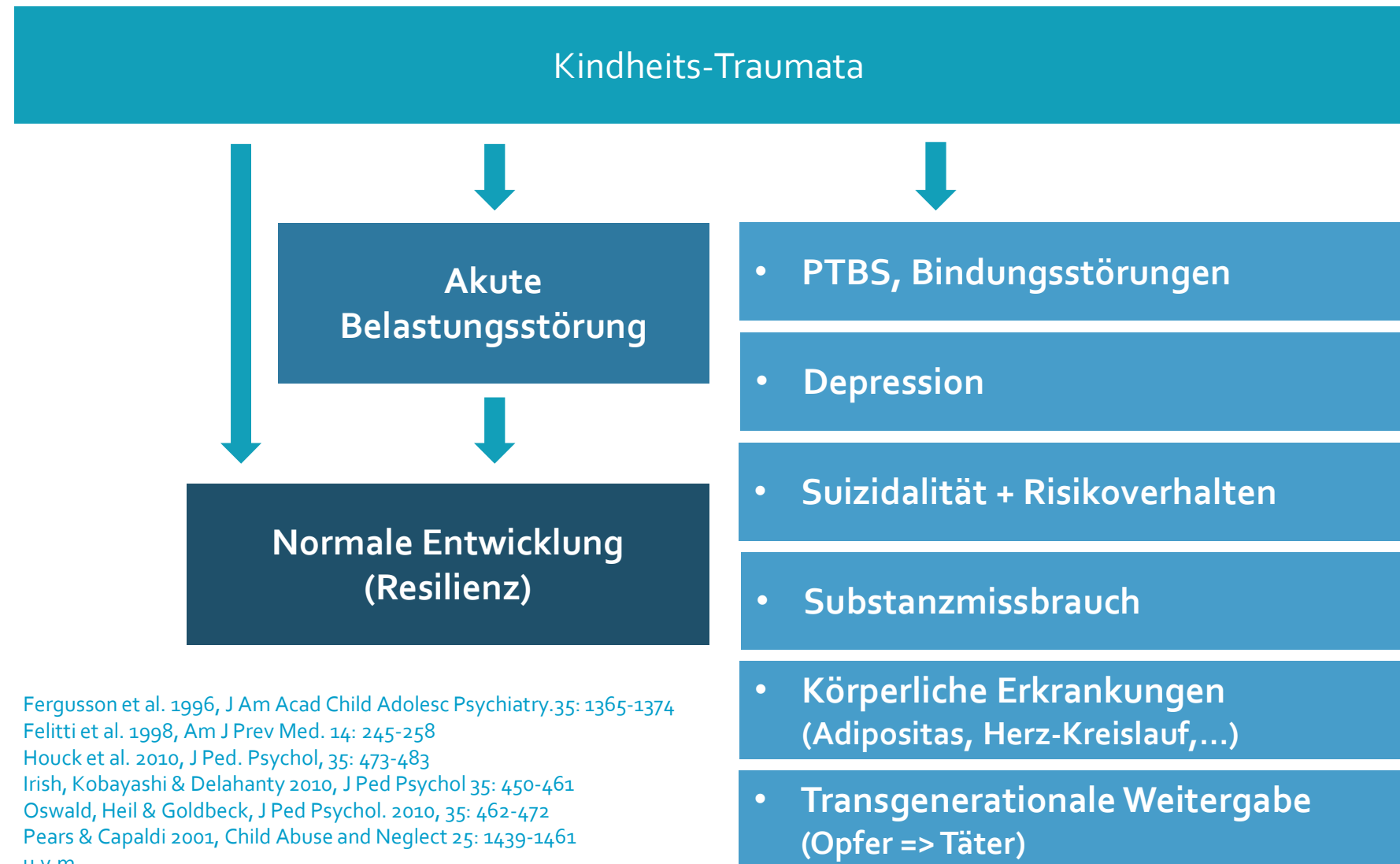


USUMA-Befragung zu Gewalt durch Pflegekräfte in Kliniken

Form der Misshandlung	Kinder- und Jugendpsychiatrie (N =39-41)			Kinderklinik/Klinik für Erwachsene (N =459-465)		
	Betroffene		Gesamt in %	Betroffene		Gesamt in %
Weiblich in %	Männlich in %	Weiblich in %		Männlich in %		
Körperliche Misshandlung	36.0	25.0	31.7	8.4	8.9	8.6
Emotionale Misshandlung	20.8	26.7	23.1	9.9	9.0	9.5
Sexueller Missbrauch	4,0	12,5	7,3	0,4	1,1	0,7
Vernachlässigung	20.0	25.0	22.0	10.7	12.0	11.2

Folgen von frühen Kindheitsbelastungen und Gefährdungen

Traumafolgestörungen



Fergusson et al. 1996, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35: 1365-1374
Felitti et al. 1998, Am J Prev Med. 14: 245-258
Houck et al. 2010, J Ped. Psychol, 35: 473-483
Irish, Kobayashi & Delahanty 2010, J Ped Psychol 35: 450-461
Oswald, Heil & Goldbeck, J Ped Psychol. 2010, 35: 462-472
Pears & Capaldi 2001, Child Abuse and Neglect 25: 1439-1461
u.v.m.

Symptomverläufe



Resilienz und Kindesmisshandlung: Sexueller Missbrauch



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm

 SAGE journals

Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse

A Systematic Review of the Literature

Matthias Domhardt, Annika Münzer, Jörg M. Fegert, Lutz Goldbeck

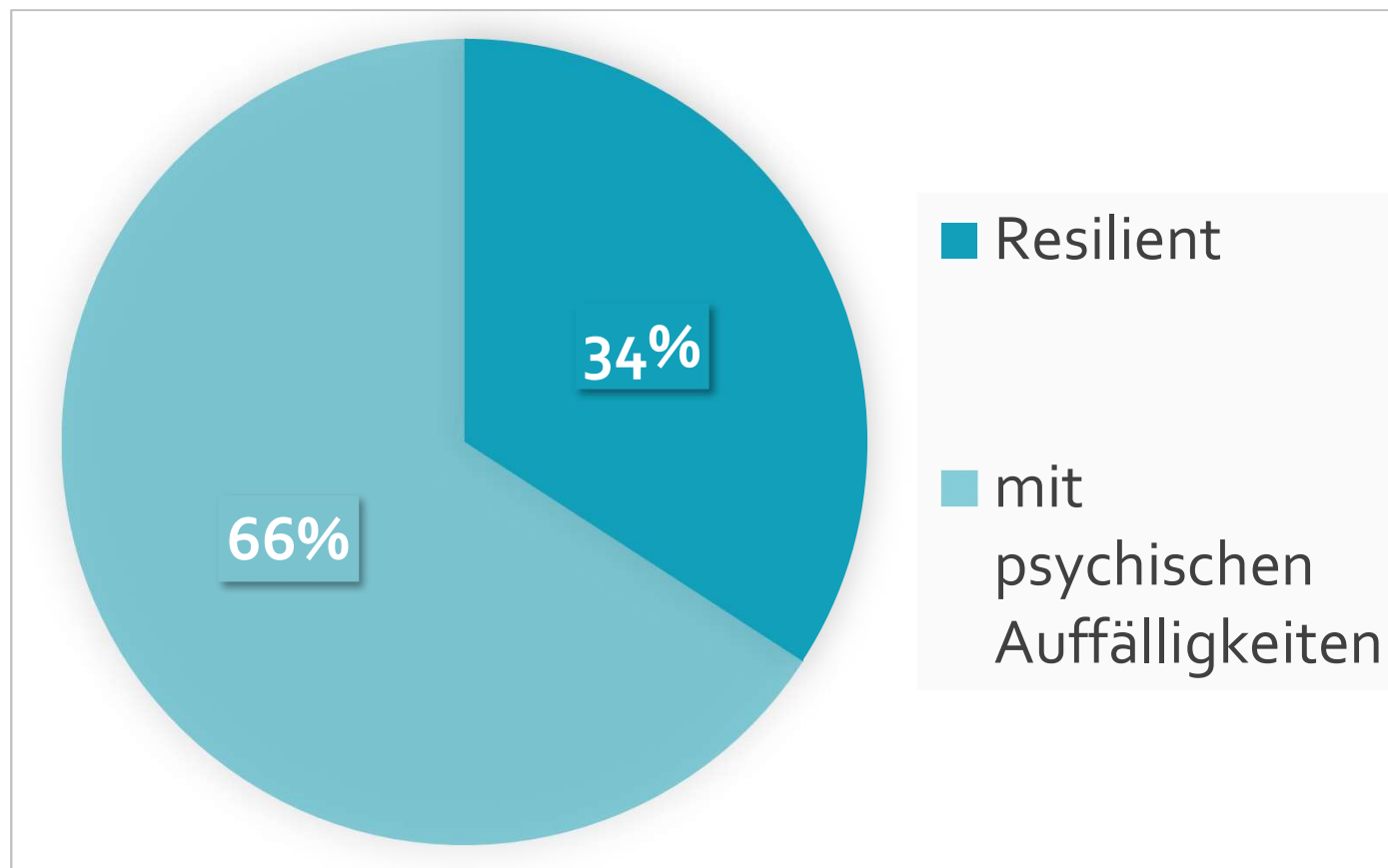
First Published November 10, 2014 | Research Article |



- Systematisches Review
- 340 Studien identifiziert **ca. 1/3**
- 37 Studien analysiert

CANMANAGE (BMBF): Akute Fälle aus der Jugendhilfe

CANMANAGE: Missbrauchsfolgen



→ etwa 1/3 bleibt resilient (N=69)

Langzeitfolgen

'Much of what is recognized as common in adult medicine is the result of what is not recognized in childhood'

Vincent Felitti, 2002



- Weitreichende psychische, somatische und sozioökonomische Folgen von Kindesmisshandlung
 - Kindesmisshandlung in allen medizinischen Bereichen relevant
- **Ärztinnen und Ärzte:** zentrale Rolle im Kinderschutz

Was sind ACE?

„A set of adverse childhood experiences that have a negative and lasting effect on the health and wellbeing of those affected“

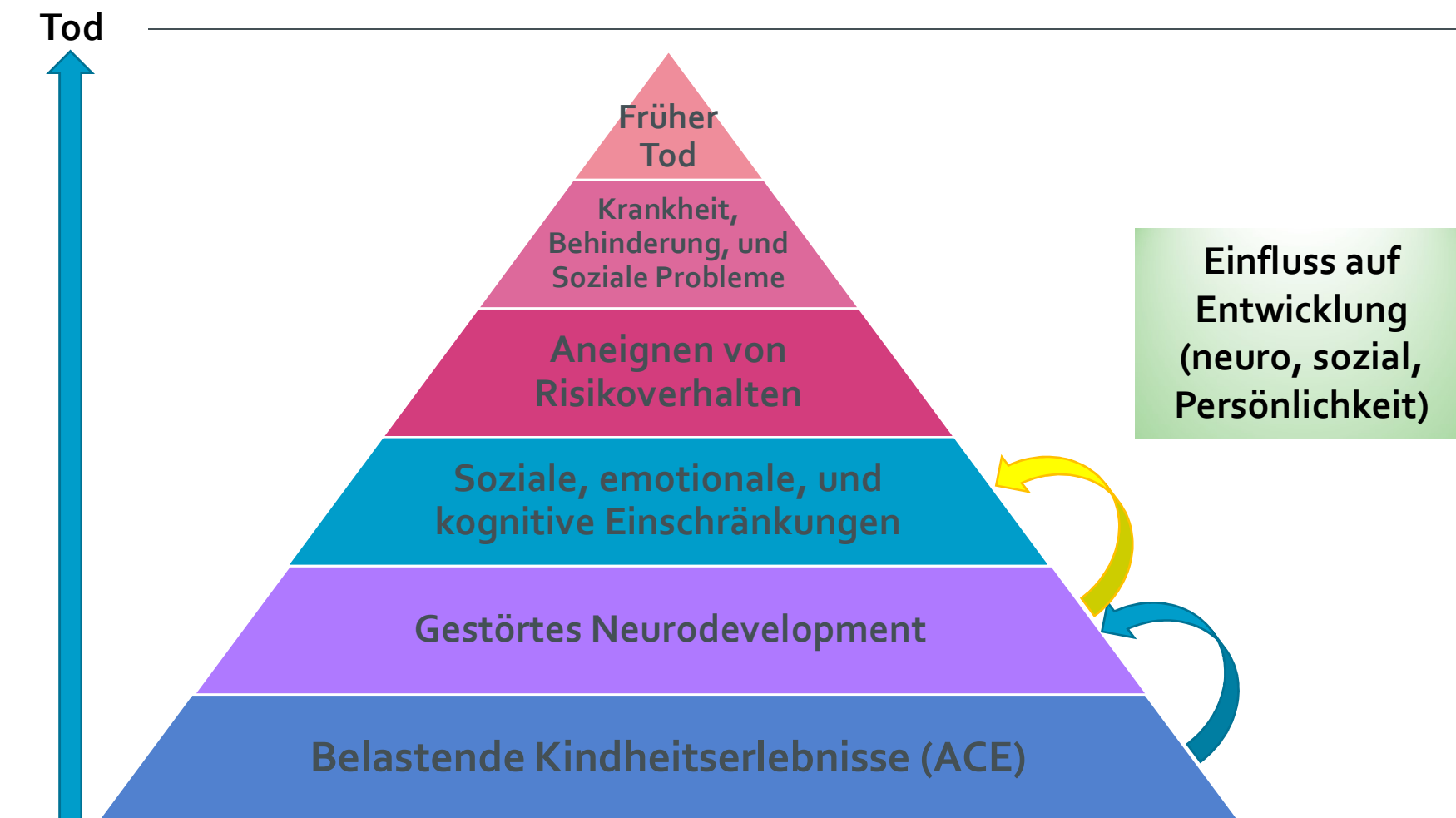
- Im Rahmen eines kumulativen Risikomodells
- **Household Dysfunction (Probleme im Elternhaus) und Misshandlung**

→ Breiteres Konzept

Wie werden ACE erfasst?

5 Typen von Misshandlung	5 Typen von Problemen im Elternhaus
• Emotionale Misshandlung	• Elterliche Scheidung / Trennung
• Körperliche Misshandlung	• Gewalt gegen die (Stief-) Mutter
• Sexueller Missbrauch	• Substanzmissbrauch im Haushalt
• Emotionale Vernachlässigung	• Psychische Störung im Haushalt
• Körperliche Vernachlässigung	• Inhaftierung eines Familienmitglieds

ACE-Pyramide

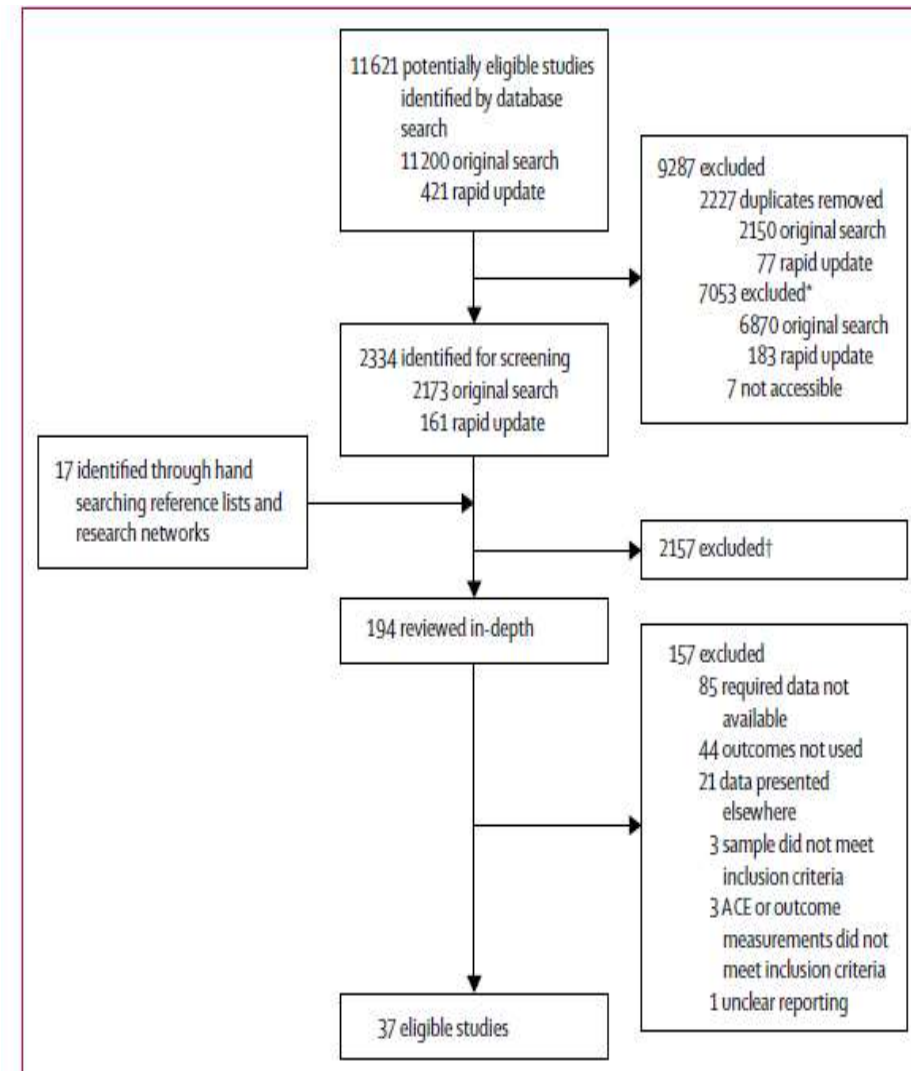


Geburt

Die „ACE-Pyramide“ ist das Rahmenkonzept der ACE-Studie. Sie bietet ein Erklärungsmodell für zugrundeliegende Mechanismen, wie belastende Kindheitserlebnisse die Gesundheit und das Wohlergehen über die Lebensspanne hinweg beeinflussen

Metaanalyse Hughes et al., 2017

- Anzahl erfasster ACE-Kategorien variierte
 - 7 – 12 Kategorien
- Gesamtprävalenz für mindestens ein ACE: 57%
 - Range: 43% – 88%
- Gesamtprävalenz für **mindestens 4 ACEs: 13%**
 - Range: 1% - 38%.



Bevölkerungsrepräsentative Studie

Deutsches Ärzteblatt PP 10/2019

Titel Originalarbeit

Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung

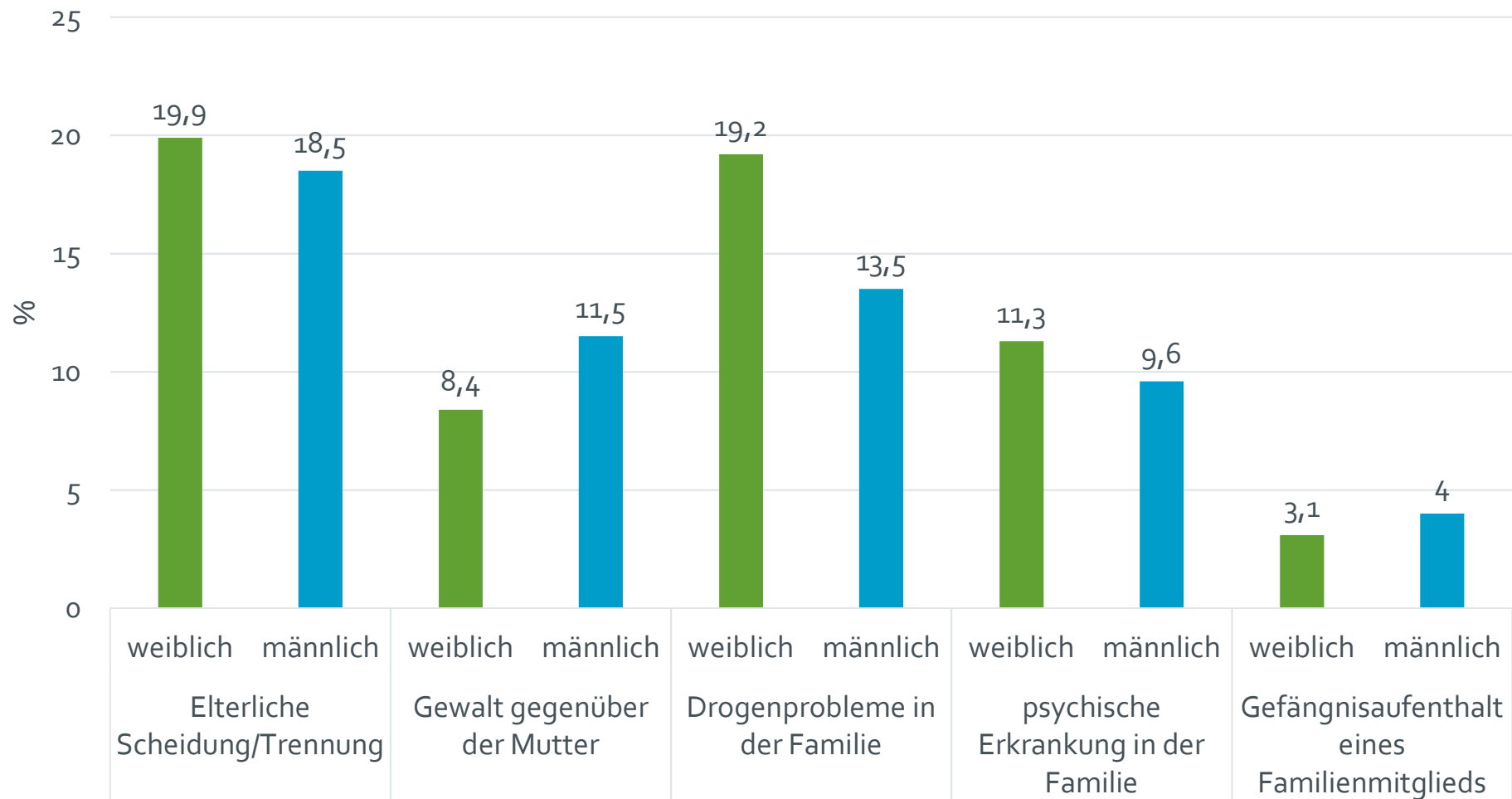
Andreas Witt*, Cedric Sachser*, Paul L. Plener, Elmar Brähler, Jörg M. Fegert

- Random Route Ansatz
- Schwedenschlüssel
- Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe

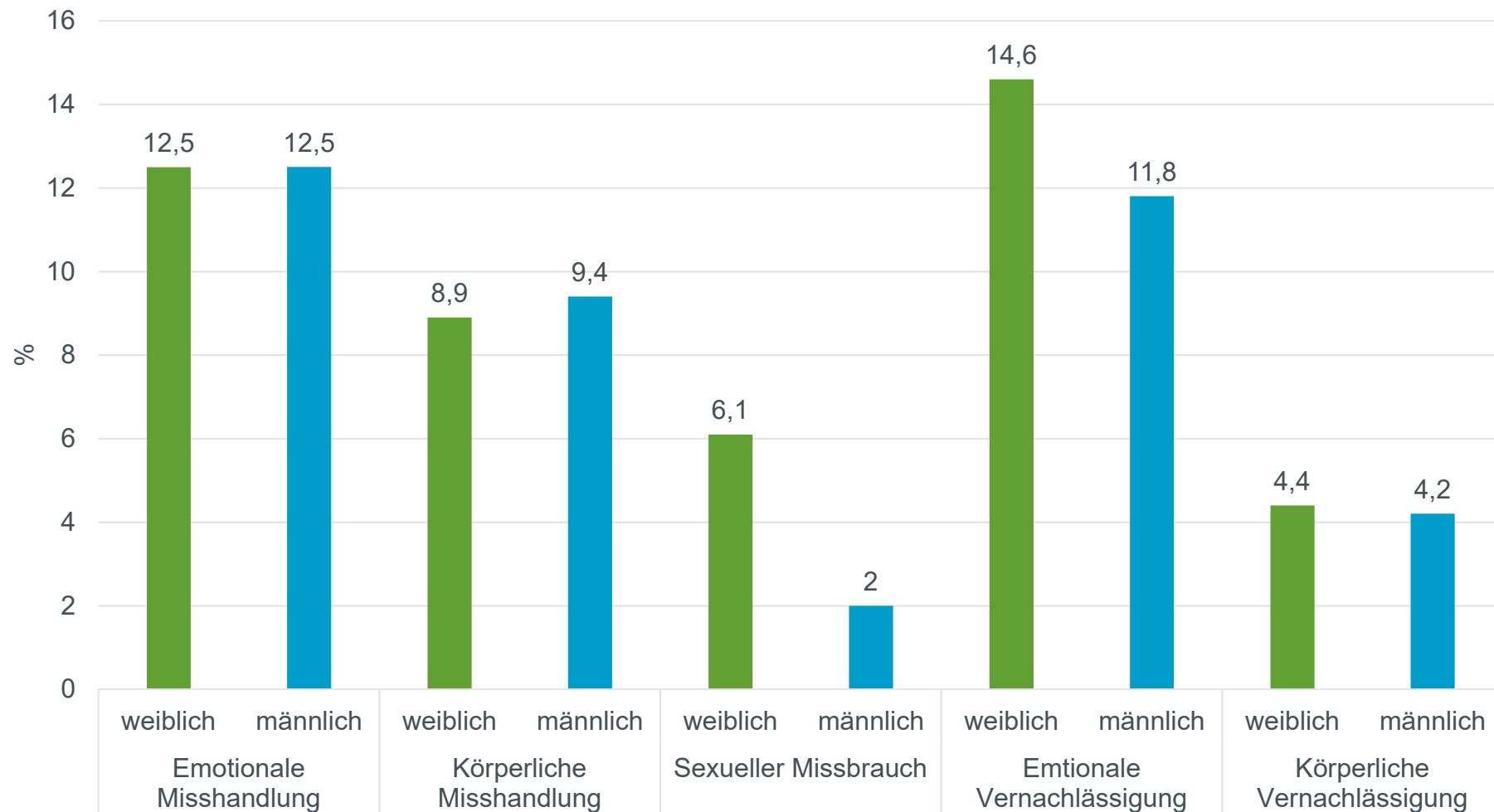
Instrumente:

- ACE-D (Wingenfeld et al. 2012)
- PHQ-4: Ängstlichkeit und Depression
- Quality of life
- Aggressives Verhalten

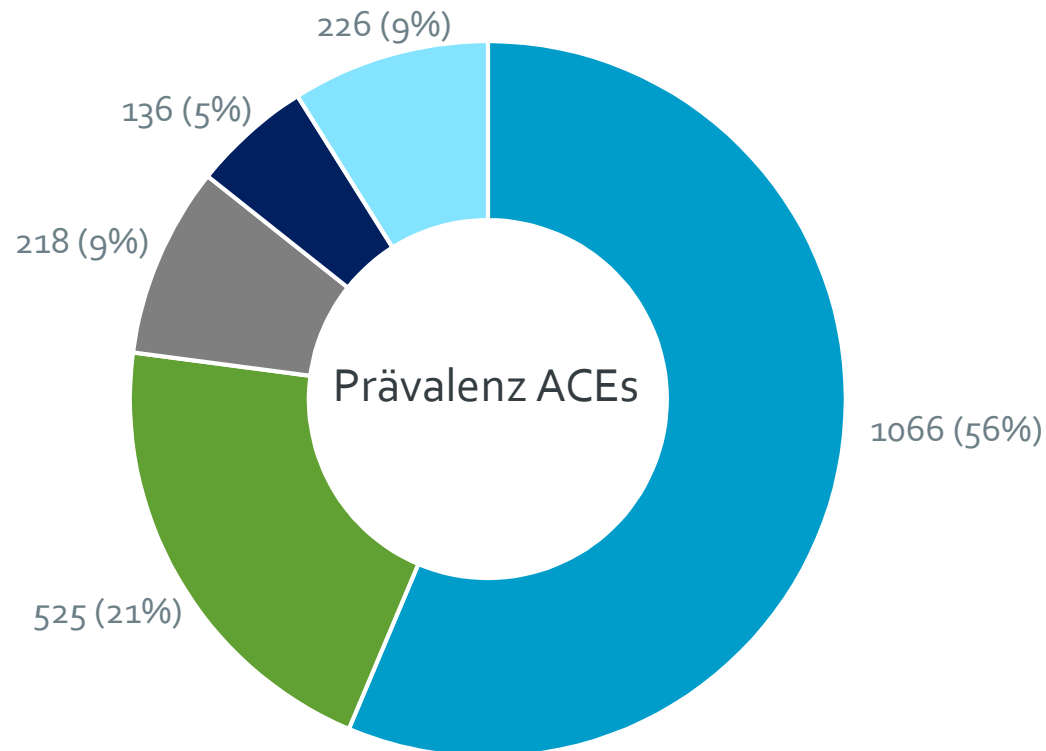
Household dysfunction (ACE)



Adverse Childhood Experiences (ACE): Misshandlung



Adverse Childhood Experiences (*N*= 2531)



M= 1.03

SD= 1.70

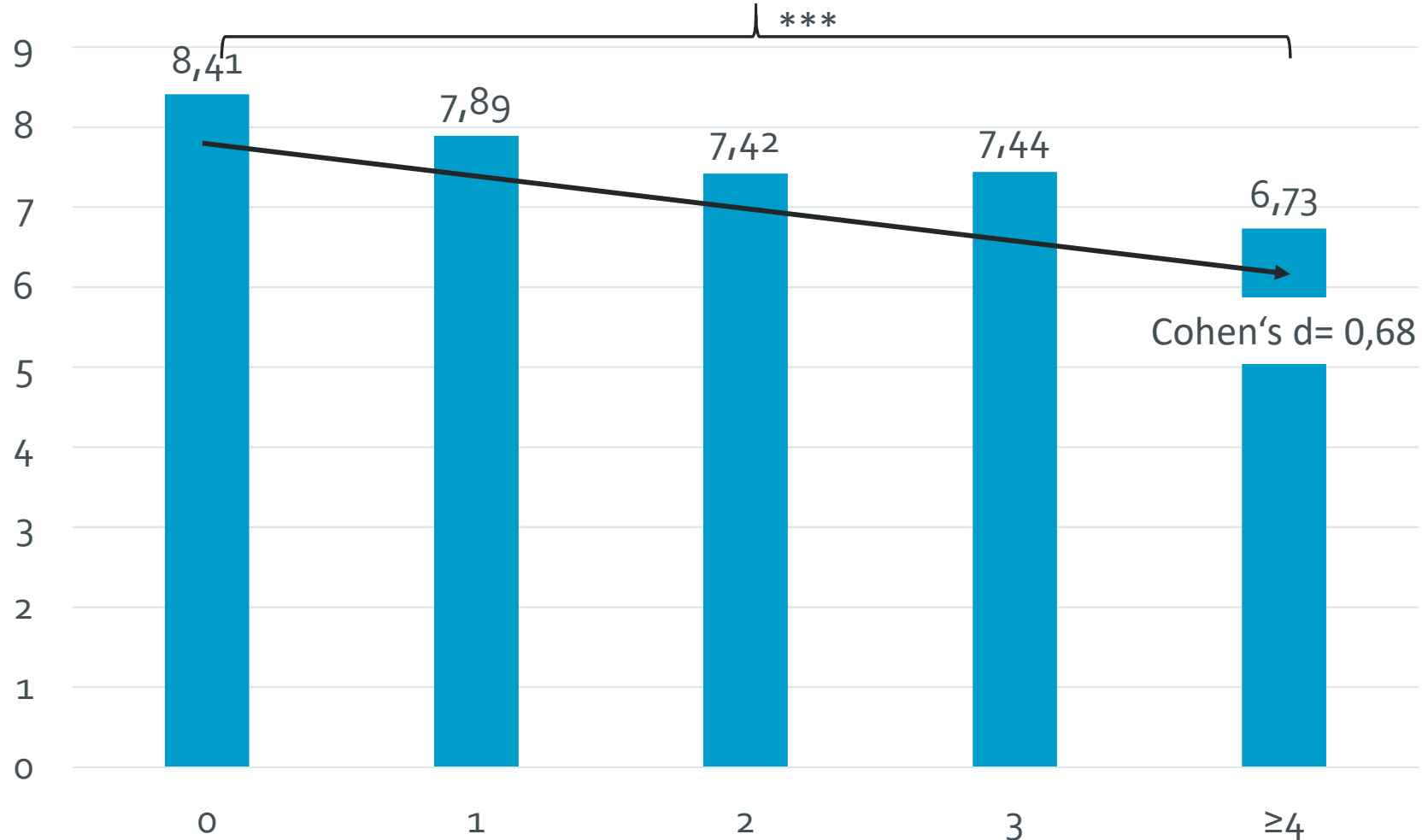
Min: 0; Max: 10

■ Null ■ Eins ■ Zwei ■ Drei ■ Vier oder mehr

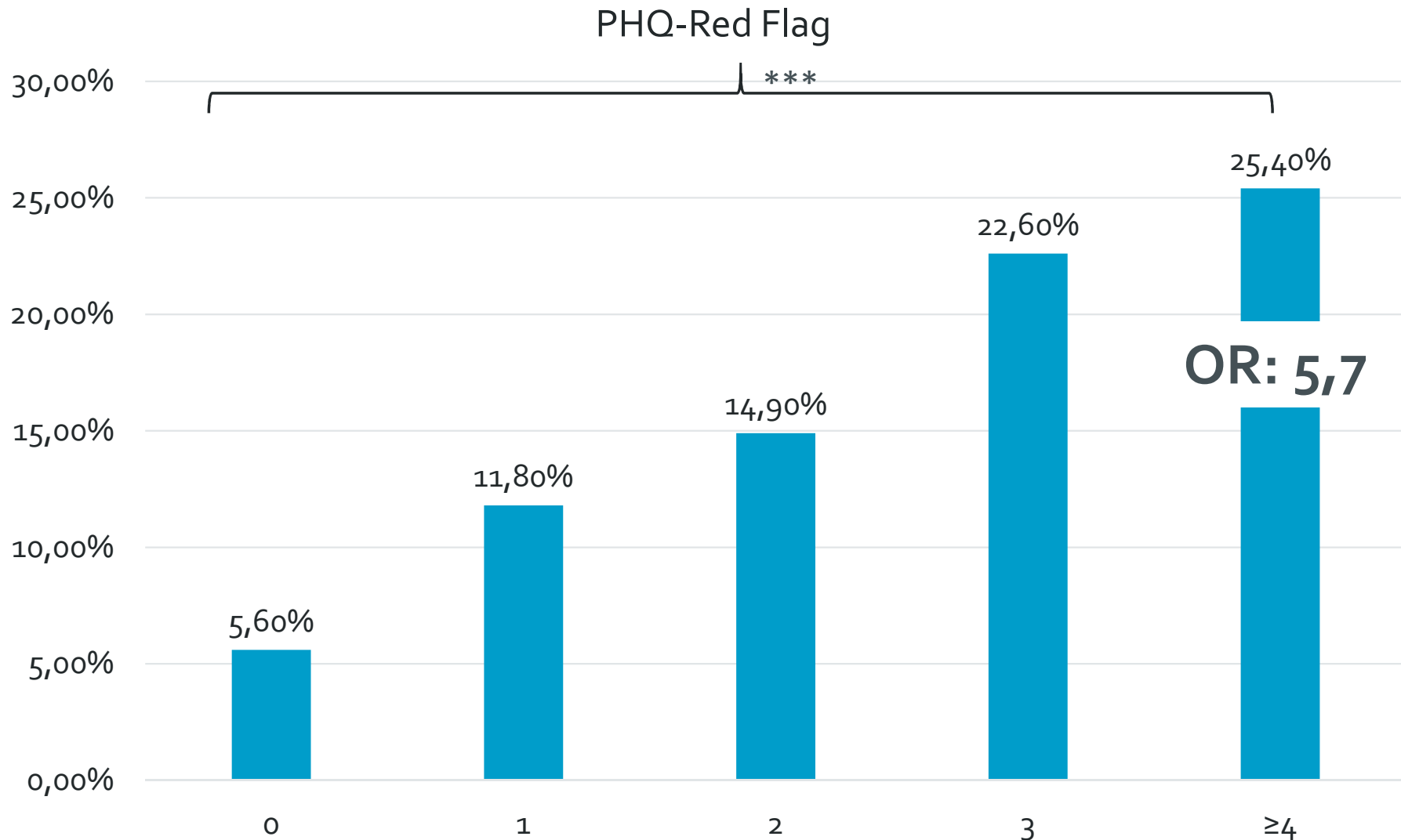
0 1 2 3 ≥4

Konsequenzen für die Lebensqualität

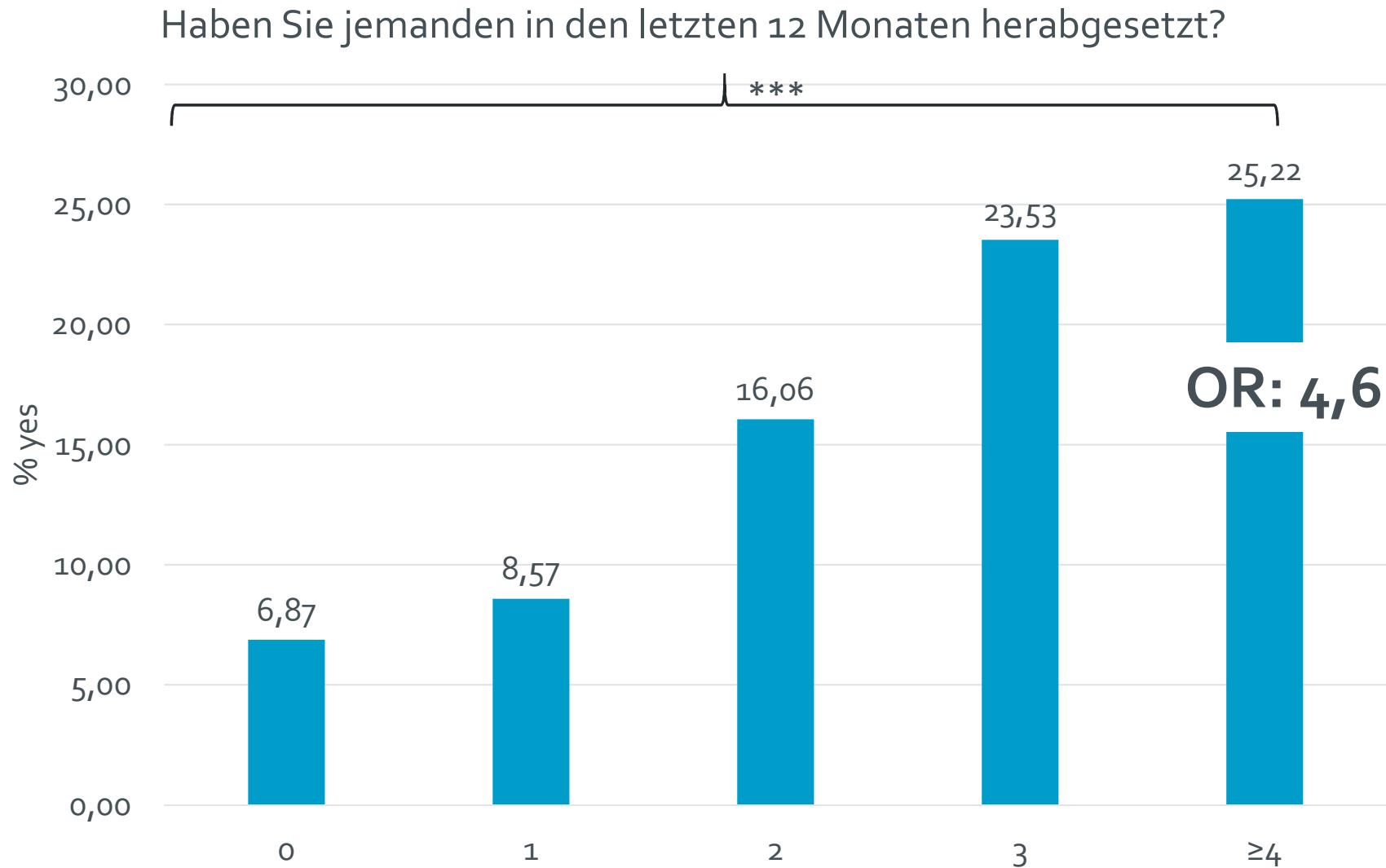
Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Leben?



Psychische Gesundheit gemessen mit der Red Flag-Schwelle des PHQ

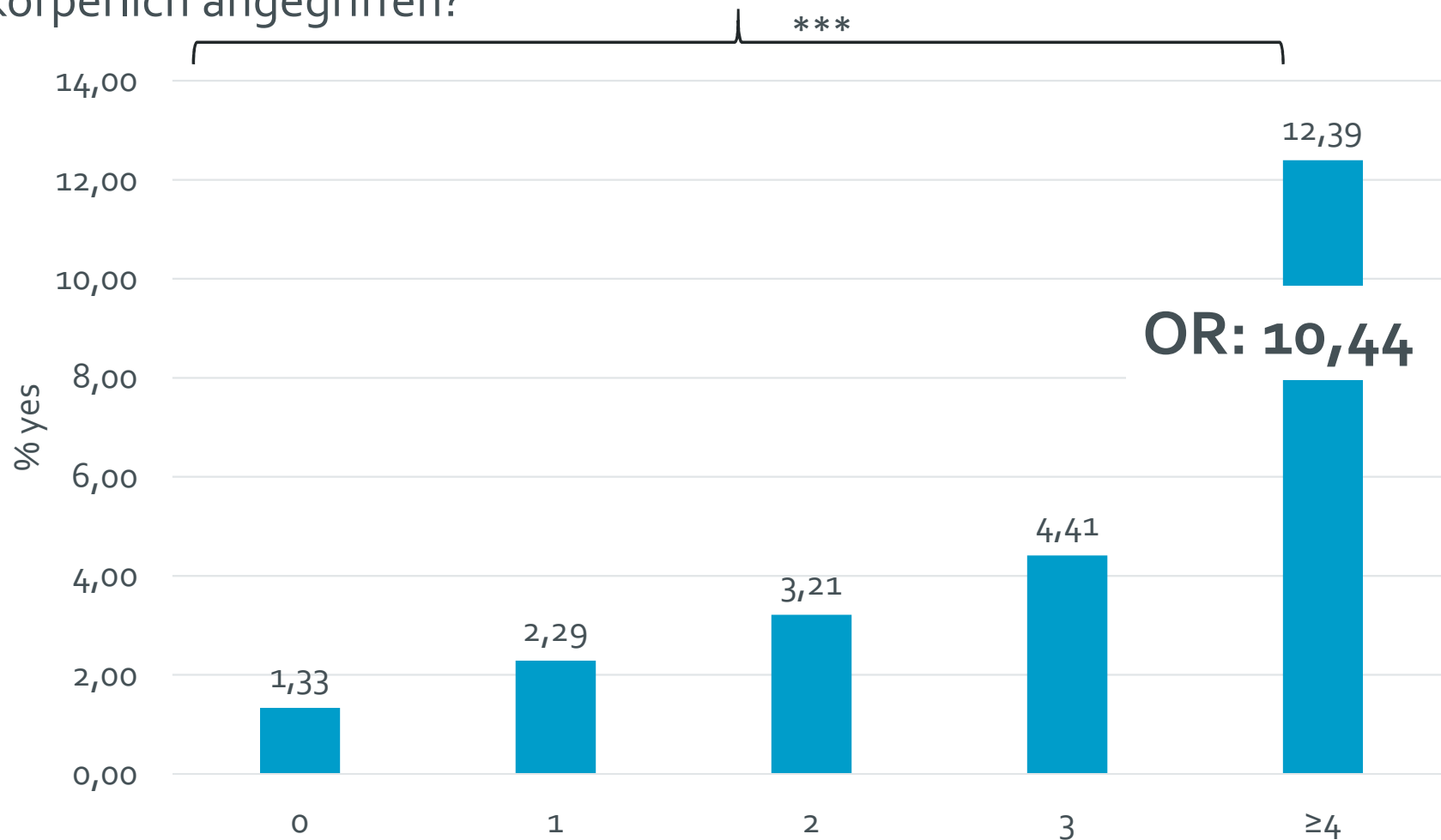


Konsequenzen: verbale Aggression, Herabsetzung



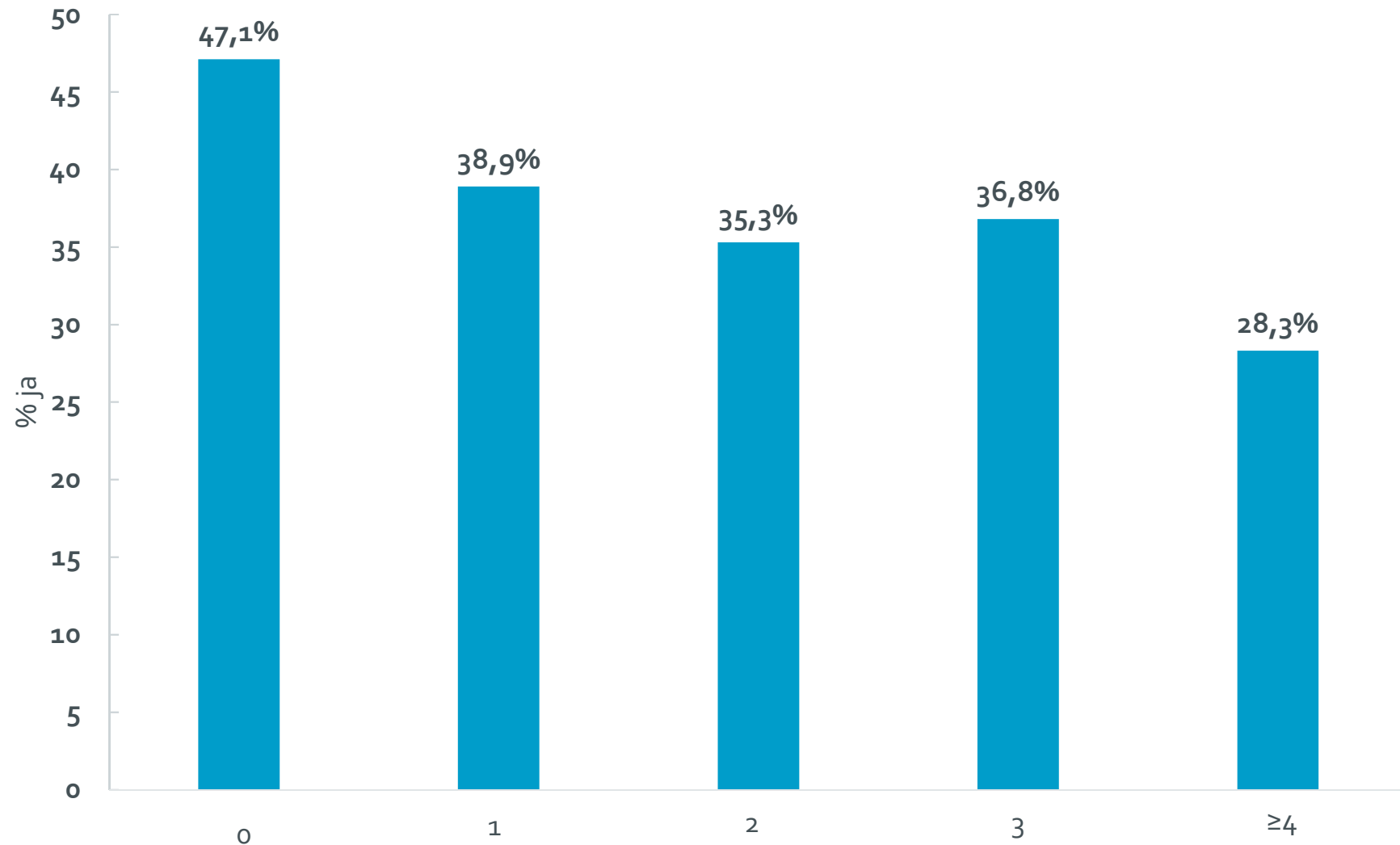
Konsequenzen: Aggressivität

Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemanden körperlich angegriffen?



Konsequenzen: Beziehungsstatus

Verheiratet oder zusammenlebend?



Die Dimension der Problematik ernst nehmen

... keine selffulfilling prophecy
Opferstereotype vermeiden

Ärzteblatt 2018

KOMMENTAR

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm



Beim Umgang mit Betroffenen von sexuellem Kindesmissbrauch haben Ärzte eine große Verantwortung. Bilder und Metaphern, die den Betroffenen definitive Beschädigung und Verletzungen zuschreiben, sollten auch in der Fachöffentlichkeit vermieden werden.

Ethik im Kinderschutz

Der tägliche Missbrauch ist der Skandal

Sensibilität im Umgang mit Sprache:

Metaphern und Bilder

- „Seelenmord“
- „Für ein Leben geschädigt ...“
- Darstellung von zerstörten Puppen oder Teddybären als Bildmetapher

Heilberufliche Ethik:

- Kein therapeutischer Nihilismus
- Therapeutisches Ziel: Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Zurechtkommen im Alltag

**DAZU
GEHÖREN**

KOMMENTAR

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm



Beim Umgang mit Betroffenen von sexuellem Kindesmissbrauch haben Ärzte eine große Verantwortung. Bilder und Metaphern, die den Betroffenen definitive Beschädigung und Verletzungen zuschreiben, sollten auch in der Fachöffentlichkeit vermieden werden.

Die Debatte über Kindesmissbrauch wird oft durch das öffentliche Erschrecken über Einzelfälle bestimmt. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass hier direkt unter dem Eindruck des Falls des vielfach missbrauchten und ausgebeuterten Jungen

liche Metaphern Problembewusstsein zu schaffen. In der Kommunikation über sexuellen Missbrauch oder Kindesmisshandlung werden häufig Bilder wie zerstörte Teddybären oder eingeschlagene Puppenköpfe als bildliche Darstellung des Leids gewählt. Selbst in Fachtexten finden sich Meta-

missbrauch stets eine Wirkung hat. Es kann bei den Betroffenen Vertrauen erzeugen oder aber auch zerstören, kann heilend therapeutisch aber auch destruktiv wirken. Sich einem Arzt zu offenbaren, ist ein großer Vertrauensbeweis. Betroffene können zurecht eine adäquate Reaktion erwarten und,

Ethik im Kinderschutz

Der tägliche Missbrauch ist der Skandal

aus Staufen im Breisgau wichtige, seit Langem geforderte politische Ziele ausformuliert wurden. Bei aller Sensibilisierung für den Kinderschutz besteht aber weder in der Gesellschaft, noch in den Heilberufen ein kontinuierliches Problembewusstsein, das die alltägliche Dimension wirklich ernst nimmt. Bei der hohen Prävalenz – ein Drittel der heute in Deutschland lebenden Menschen ist in der Kindheit vernachlässigt, misshandelt oder sexuell missbraucht worden – muss man davon ausgehen, dass jeder Arzt, jede Ärztin nahezu täglich mit Patienten und Patientinnen zu tun hat, die missbraucht wurden.

Ärzte sind zudem bevorzugte Erstansprechpersonen für Betroffene. Hierfür spielen das Vertrauen, das sie genießen, und ihre Schweigepflicht eine Rolle, ebenso aber der Wunsch der Betroffenen nach Hilfe. Befragungen von Ärzten haben jedoch gezeigt, dass es eine große Unsicherheit darüber gibt, wie sie mit Betroffenen über das Thema sprechen sollen. Grund hierfür sind nicht nur fachliche Ursachen, sondern auch, dass das Thema Angst macht, Hilflosigkeit und Reaktanz erzeugt.

Auch bei ärztlichen Fachveranstaltungen wird immer wieder versucht, durch aufhütelnde Bilder oder sprach-

phern wie „Seelenmord“ und andere, meines Erachtens oftmals leichtfertig auf Erschütterung abzielende Äußerungen über „zerstörte Leben“ oder „massive Beschädigung“. Für mich bedeutet ein ärztlich ethischer Umgang mit der Thematik auch eine Reflexion der Bilder und Metaphern, die wir in der Kommunikation verwenden. Dies sollte nicht nur in der persönlichen Kommunikation beachtet werden, sondern auch in der fachlichen Öffentlichkeit.

Bilder wie die genannten können als „Eye-Catcher“ aufhüteln, dennoch lehne ich Bilder und Metaphern ab, die den Betroffenen definitive Beschädigung und Verletzungen zuschreiben. Solche Bilder negieren die Stärke und die Kompetenzen, mit denen viele Betroffene mit dem Erlebten umgehen. Im Einzelfall ringen wir mit ihnen um neue Perspektiven, trotz schwerster traumatisierender Erfahrungen. Als Angehörige der Heilberufe dürfen wir das Erlebte nicht als Beendigung einer normalen Existenz bezeichnen. Die Praxis zeigt, dass trotz schwerster Belastungen eine gewisse Bewältigung und vielfach ein bewundernswert gelingendes Leben möglich ist.

Zu bedenken ist, dass die Reaktion eines Arztes auf die Offenlegung von

wenn notwendig, die Weitervermittlung in evidenzbasierte, traumatherapeutische Angebote.

Wichtig ist für Betroffene, durch den Arzt Bestärkung und Ermutigung zu erhalten. Stets sollte deutlich gemacht werden, dass sie an dem Erlebten keine Schuld tragen. Die Erfahrung sexualisierter Gewalt ist auch heute noch in hohem Maße mit Scham und dem Gefühl von Stigmatisierung verbunden. Das kann dazu beitragen, dass Betroffene dringend benötigte Hilfe nicht suchen oder rechtzeitig in Anspruch nehmen. Grundsätzlich ist es im Sinne einer ärztlichen Ethik hilfreich, einmal zu überlegen, welche (impliziten) Bilder wir selbst von Betroffenen haben. Sexualisierte Gewalt kann jedes Kind und jeden Jugendlichen betreffen, jede Frau und jeder Mann kann das in seiner Kindheit erlebt haben.

In einer noch nicht veröffentlichten, qualitativen Untersuchung wurden Ärztinnen und Ärzte zum Thema Kinderschutz in der Medizin befragt. Teilweise wurde die Meinung vertreten, Kinderschutz sei gar kein medizinisches oder ärztliches Thema und andere Akteure hierfür primär zuständig. Es bleibt also noch viel zu tun, auch in der fachlichen Kommunikation solche Standpunkte zu ändern.

Bebilderung von Artikeln und Berichten über sexuellen Missbrauch: kaputte Puppen- und Teddy-Motive



Westfälische Nachrichten 30.01.2019



SWR 2, 13.12.2013



Stuttgarter Nachrichten, 17.04.2018



BDKJ, 25.09.2018

„Seelenmord“



 [Startseite](#) [Über uns](#)

[#seelenmord](#)

Zuschrift einer Betroffenen auf ein Interview (Zitat mit persönlich erteilter Einwilligung)

„Wir sollten die Kinder nicht in eine Opferrolle drängen“

Im Lügde-Prozess wurde zum letzten Mal ein Kind befragt. Jörg Fegert ist einer der führenden deutschen Trauma-Experten. Er erklärt, warum mitunter von einer Therapie abgesehen wird – und welche Hilfe missbrauchte Kinder benötigen

INTERVIEW: JANA STEIGERMANN

Im Prozess um den massenhaften sexuellen Missbrauch auf einem Campingplatz im nordrhein-westfälischen Lügde rückt das Urteil gegen die beiden Hauptangeklagten näher. Die Beweisaufnahme am Landgericht Detmold soll in dieser Woche abgeschlossen werden. Am Donnerstag befragte die Vorrichtende Richterin zum letzten Mal ein Kind, dem sexuelle Gewalt angetan wurde. Weil die beiden Angeklagten Andreas V. und Mario S. beim Prozessauftakt nahezu alle Taten eingeräumt hatten, hätte keines der 33 Lügde-Opfer vor Gericht aussagen müssen – einige wurden dennoch unter Ausschluss der Öffentlichkeit befragt, weil sich die Kammer ein Bild machen wollte. Wie eine kindgerechte Justiz und ein anderer Umgang mit Opfern von sexuellem Missbrauch aussehen sollte, erklärt Jörg Fegert, Vizepräsident der Deutschen Traumatisierung.

SZ: Herr Fegert, was brauchen Opfer wie die von Lügde am dringendsten?
Jörg Fegert: Als Gesellschaft sollten wir versuchen sein mit dem Begriff Opfer. Wir sollten kein eindimensionales Bild vermitteln. Sexueller Kindesmissbrauch wird häufig mit einer zerbrochenen Puppe oder einem zerstörten Teddybär illustriert.

Was ist daran falsch?
Diese Kinder sind nicht zerstückelt oder unheilbar kaputt. Die menschliche Psyche kann unglaublich stark sein und viele Menschen können sehr schlimme Dinge aushalten, wenn sie die richtige Unterstützung bekommen. Wenn Betroffene selbst sagen, sie haben lebenlang darunter gelitten oder der Missbrauch habe ihr Leben zerstört, dann muss man das akzeptieren. Unser Ziel als Therapeuten ist aber: Trotz schlimmer Taten, die wir nicht ungeschehen machen können, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen, der Seele beim Weiterleben helfen, Dazugehören in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Aber werden die Kinder denn jemals ein normales Leben führen können?
Wir sollten die Kinder nicht in eine Opferrolle drängen. Ein Kind ist immer mehr als das, was ihm angetan wurde. Man kann trotz Traumatisierung ein gutes Leben führen. Mir ist es wichtig zu sagen, dass fast ein Drittel der betroffenen Kinder auch zwei Jahre nach so belastenden Ereignissen keine behandlungsbedürftige Störung hat. Jeder Fall ist individuell. Wir dürfen nicht alle über einen Kamm scheren, aber diejenigen die Hilfe brauchen, müssen falls nötig ihr Leben lang Unterstützung bekommen.

Eltern der Opfer im Fall Lügde erzählten Reportern von SZ, WDR und NDR, dass die Strafverfolgungsbehörden ihnen damals von einer Therapie abrieten, weil dann die Glaubwürdigkeit der Aussagen ihrer Kinder vor Gericht angezweifelt werden könnte.



Hannover, 15. Mai 2019: Die Initiative „Kinder von Lügde“ hat Kinderchuhe vor dem Landtag abgelegt. Sie fordert eine Kommission „Kinderschutz“.

foto: ota

Ich finde das unethisch. Es darf nicht primär um die Interessen der Strafjustiz gehen. Wenn ein Kind eine behandlungsbedürftige Störung hat, dann gehen Kindeswohl und Therapie vor. Sie lassen Unfallopfer ja auch nicht mit gebrochenem Bein liegen, bis der Strafprozess beendet ist.

Sie glauben nicht, dass die Aussagen der Kinder dadurch verfälscht werden?
Das kann ich nicht ausschließen – wir haben hierzu wenig Forschung. Die Frage muss aber sein: Ist das öffentliche Interesse an Strafverfolgung wichtiger als das Wohl eines Kindes, welches an Schlafstörungen, Ängsten oder anderen Symptomen leidet?

In der Schweiz ist es ein Grundsatz, dass Kinder nur einmal vernommen werden dürfen. Die Mädchen und Jungen im Fall Lügde wurden teilweise bis zu viermal vernommen, auch wenn Aussagen nicht auf Video aufgezeichnet wurden.

Es kann belastend sein, dass Kinder wieder und wieder berichten müssen, was sie erlebt haben. Je häufiger ich Kinder befrage, desto größer ist das Risiko, dass sich Aussagen verändern. Unterschwellig zugereichte ich den Kindern dadurch auch: Ich glaube dir nicht. Wenn man eine Geschichte fünfmal erzählen muss, fragt man sich

natürlich irgendetwas: Was stimmt an meiner Krählung nicht, das immer wieder nachgefragt wird?

Bekommen missbrauchte Kinder hierzulande genug staatliche Unterstützung?
Wir wissen aus verschiedenen Studien, dass frühzeitige Hilfe entscheidend ist. Das Geschehene muss anerkannt werden und Betroffene müssen schnell psychosoziale Unterstützung bekommen. Nordrhein-Westfalen ist auf diesem Gebiet einer der Vorreiter in der Bundesrepublik, weil es hier schon sehr früh Trauma-Ambulanzen gab. Rast für Erwachsene, dann auch speziell für Kinder. Deshalb ist es für mich völlig verständlich, dass der Regierungsentwurf zur Reform des Sozialen Entschädigungsrechts, mit dem sich das Kabinett im vergangenen Juni befand hat, keine Hilfe-

lung zu spezifischen Trauma-Ambulanzen für Kinder- und Jugendliche enthält. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Die Mitbehandlung und Information unterstützender Beziehungspersonen ist hier essenziell. Man kann doch nicht über einen Fall wie in Lügde entsetzt sein, aber nicht gleiche Verhältnisse bei der Verorgung traumatisierter Kinder durch eine gesetzliche Regelung bundesweit durchsetzen.

Wird Kinderschutz vernachlässigt?
Ja, ich denke schon. Die Vereinten Nationen haben eine Nachhaltigkeitsstrategie bis 2030 beschlossen, zu den Zielen darin gehört auch, gewaltfrei aufzuwachen zu sichern. Um zu messen, ob das Ziel in Bezug auf sexuellen Missbrauch erreicht wurde, müsste die Generation zwischen 18 und 29 Jahren regelmäßig befragt werden. Das wird in Deutschland leider nicht systematisch gemacht. Der Indikatorenbericht zur deutschen Nachhaltigkeitsstrategie berichtet über die Zahl der Menschen, die durch Feuerwaffen sterben – da sehen wir deutlich besser aus als andere Staaten – aber nicht über die hohe Zahl von Menschen in unserem Land, die in ihrer Kindheit Missbrauch erlebt haben.

Hat Sie der Fall Lügde überrascht?
Die systematisch organisierte Kriminalität

und dass da auf den Campingplatz in diese seltsame Situation ein Pflegekind hineingegeben wurde, finde ich schon überraschend. Die generelle Häufigkeit der Fälle überrascht mich aber nicht. Zehn bis 14 Prozent aller Erwachsenen in Deutschland sind als Kind Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden. Das zeigt die Herausforderung, vor der wir als Gesellschaft stehen.

Was muss passieren, dass sich endlich etwas ändert?

Bei monströsen Taten wie in Lügde und in Staufen schrecken wir immer auf. Die Skandalisierung dieser Fälle hilft aber nicht. So behalten die Menschen eine emotionale Distanz und haben das Gefühl, dass so etwas nur extrem selten vorkommt. Über alltägliche Missbrauch ist der Skandal.

Hat die deutsche Justiz kinderfeindlich?
Sie ist auf jeden Fall vielfach nicht kindgerecht, wir haben noch einen weiten Weg vor uns. Es gibt vereinzelt Leuchtturmprojekte, zum Beispiel in München, wo man versucht, Kinder nur einmal zu vernehmen. Dann gibt es in Leipzig das erste Kinderhaus nach skandinavischem Vorbild. Dort wird versucht, Hilfe und Strafverfolgung zusammenzubringen. Das sind Ansätze, aber keine flächendeckende Lösung.

„Ich wurde als Kind von meinem Vater missbraucht. Und ja, man vergisst es nicht. Aber ich führe ein gutes Leben. Und manchmal habe ich mich gefragt, was stimmt mir nicht, da ich mich nicht, mehr als Opfer fühle. Ich habe es sogar geschafft mit meinen Vater als er gestorben ist, mit ihm Frieden zu schließen. Darum danke für diesen Artikel.“

**Schutzkonzepte vs. Schutzprozesse
Institutionen der Frühförderung müssen
Schutzorte und Kompetenzorte sein**

Schutzkonzepte in Institutionen

Etablierung von Schutzmaßnahmen,
Haltungs- und
Kompetenzentwicklung

Institution als Schutzort

Institutionelle Strukturen und Abläufe sind so gestaltet, dass Grenzüberschreitungen und Gewalt erkannt, benannt und Maßnahmen ergriffen werden, diese zu stoppen bzw. präventiv zu verhindern („kein Tatort werden“).

Institution als Kompetenzort

Kinder und Jugendliche und andere Personen, die von Gewalt betroffen sind, finden in der Einrichtung kompetente Hilfe und Unterstützung.

Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch

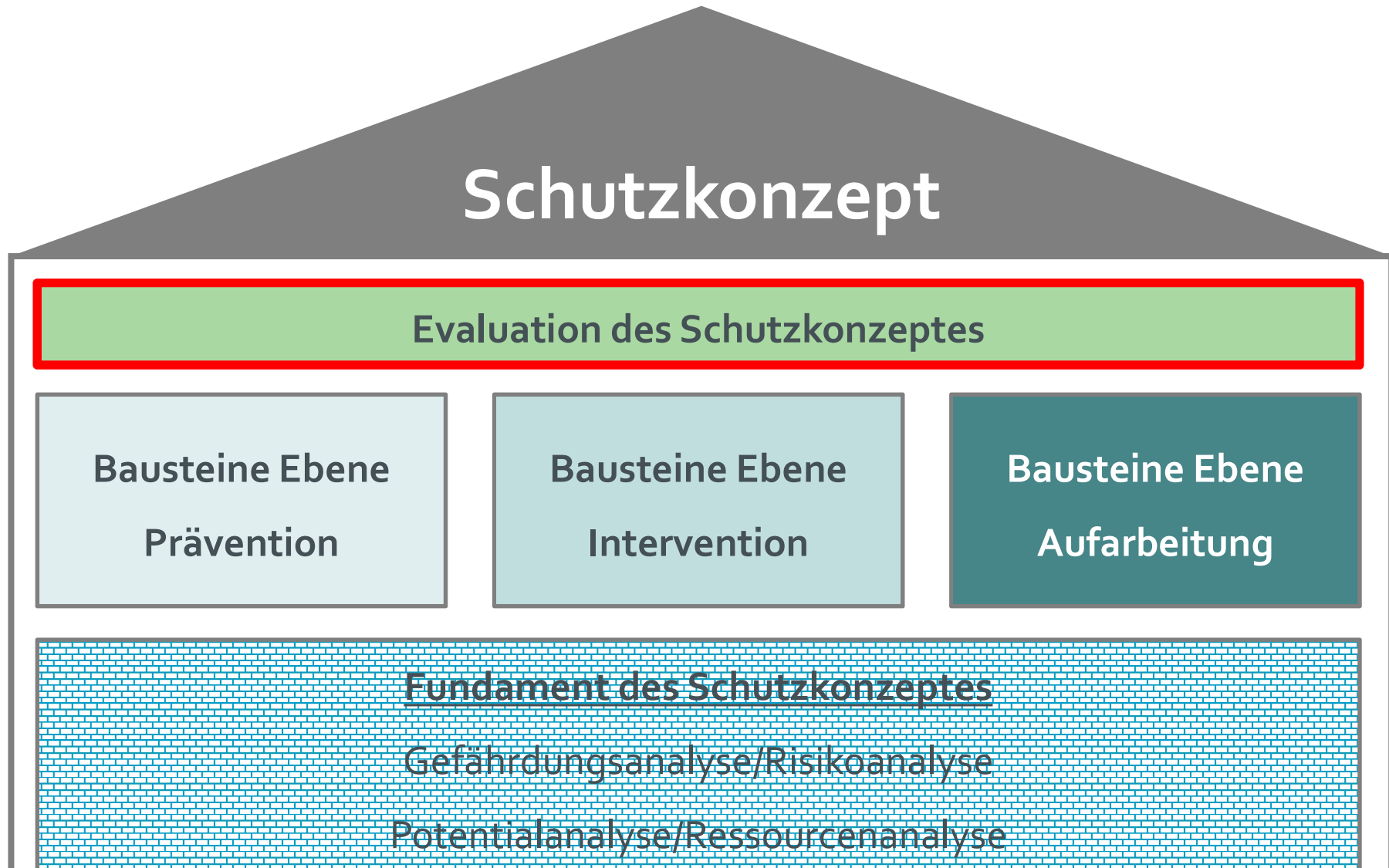
Runder Tisch „Sexueller Missbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“

Empfehlung aus Abschlussbericht:

- **Alle Institutionen sollten Schutzkonzepte etablieren.**



Aufbau eines Schutzkonzeptes



Ebenen und Elemente von Schutzkonzepten

Ebenen	Elemente
Analyse	<ul style="list-style-type: none">• Gefährdungsanalyse/Risikoanalyse• Potentialanalyse
Prävention	<ul style="list-style-type: none">• Präventionsangebote für die Kinder und Jugendlichen• Pädagogisches, sexualpädagog. und medienpädagog. Konzept• Leitbild• Verhaltenskodex/Verhaltensleitlinien• Partizipationsformen für Kinder und Jugendliche, Eltern und Mitarbeitende• Konzept zum Management von Beschwerden und Anregungen• Kinderschutzensible Personalrekrutierung und -entwicklung<ul style="list-style-type: none">• Arbeitsvertragliche Regelungen, z.B. Einholung eines Erweiterten Führungszeugnisses• Berücksichtigung von Kriterien des Kinderschutzes in der Personalauswahl• Regelmäßige Qualifizierung der Mitarbeitenden

Ebenen und Elemente von Schutzkonzepten

Ebenen von Schutzkonzepten	Elemente von Schutzkonzepten
Intervention	<ul style="list-style-type: none">• Interventionsplan zum Umgang mit Fehlverhalten von Mitarbeitenden <p>Mit dem Begriff Fehlverhalten sind hier umfasst: fachliches Fehlverhalten, (sexuelle) Grenzverletzungen, (sexuelle) Übergriffe/(sexuelle) Gewalt</p>
Aufarbeitung	<ul style="list-style-type: none">• Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der Aufarbeitung aufgetretener Fälle• Konzept zur Rehabilitation nach Falschbeschuldigung

Gefährdungsanalyse für die einzelne Institution



- Eine spezifische Gefährdungsanalyse muss immer der erste Schritt einer Schutzkonzeptentwicklung sein.
- **WICHTIG:** Gefährdungen, Unsicherheiten und Risiken müssen gemeinsam erkannt und bewertet werden, das heißt Diskussion darüber mit allen Akteur*innen in einer Institution und den Adressat*innen

Mögliche Methoden:

- Nadel-Methode
- Ampelmethode
- Fragebogen zu Risikofaktoren

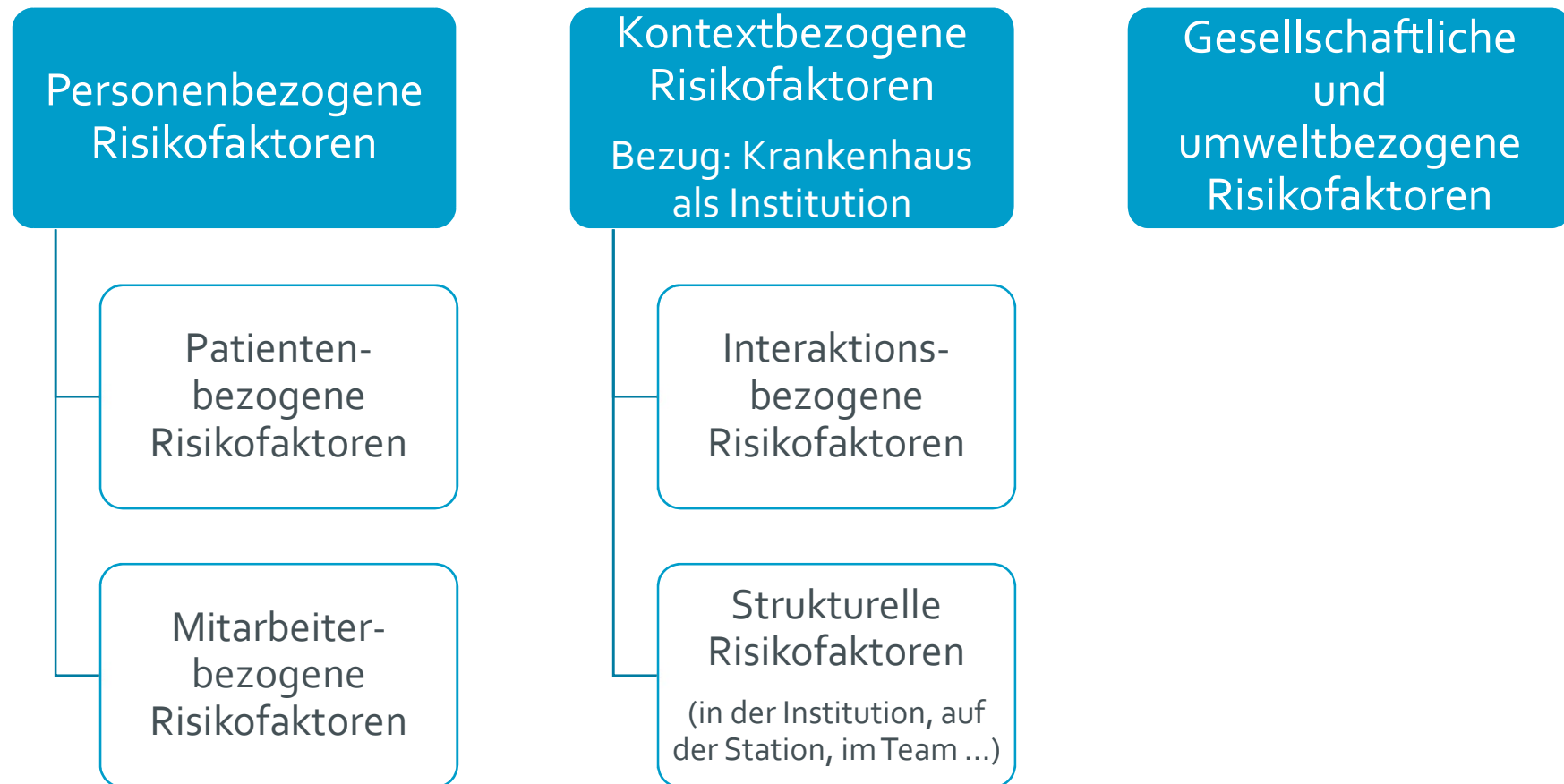
Spezifische Gefährdungspotentiale in der Frühförderung



Im Feld der **Frühförderung kumulieren Risikofaktoren für Übergriffe**, weil dies ein Arbeitsfeld ist, ...

- ... in dem emotionale und dichte Beziehungen zwischen betreuenden Personen und betreuten Kindern bestehen.
- ... in dem es langdauernde Vertrauensbeziehungen gibt.
- ... in welchem eine große Zahl besonders vulnerabler Kinder betreut wird
- ... mit einem erhöhten Anteil von Patient:innen mit Vorgeschichte von ACE

Risikofaktoren für Gewalt im medizinisch-therapeutischen Kontext



Gefährdungsanalyse: Nadelmethode

Grüne Nadeln markieren Lieblingsräume:



- Wo halten sich die Kinder und Jugendlichen gerne auf?
- Wo fühlen sie sich sicher?

Gelbe Nadeln markieren Vermeidungsräume:

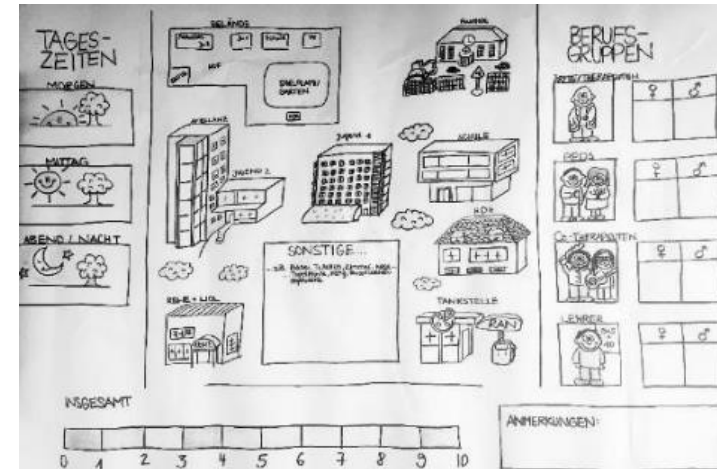
Wo halten sich die Kinder und Jugendlichen nicht gern auf?

Wohin nehmen sie lieber jemanden mit?

Rote Nadeln markieren Angst-Räume:

Welche Orte mögen die Kinder und Jugendlichen überhaupt nicht?

Welche suchen sie am liebsten erst gar nicht auf?



Leitfragen Gefährdungsanalyse mit Mitarbeitenden



Diskutieren Sie z.B. in Kleingruppen die folgenden Fragen.

- a) Welche Gefährdungssituationen für Übergriffe begegnen uns im Alltag?
- b) Welche Maßnahmen sind notwendig und sinnvoll, um die entsprechenden Gefährdungssituationen abzuwenden?

Denken Sie dabei an alle Konstellationen für Übergriffe. (Nicht nur Fachkraft gegen Kind/Jugendliche/n)

Gefährdungsanalyse: Ampelmethode

- Diese Methode kann zur Einschätzung von Situationen und Handlungsabläufen genutzt werden

Bewertung	Ablauf/Vorgehen xy
GRÜN	Ich denke, dass dieses Vorgehen/dieser Ablauf richtig und angemessen ist.
GELB	Ich stehe diesem Vorgehen/Ablauf zwiegespalten gegenüber, da ich Grenzen und die Rechte der Patientinnen und Patienten nicht konsequent gewahrt sehe.
ROT	Es handelt sich aus meiner Sicht um ein Vorgehen/einen Ablauf, der <u>nicht</u> in Ordnung ist.

Gruppen institutioneller Risikofaktoren (nach König et al. 2018)



Zielgruppe
(Wer wird
betreut/gepflegt/behandelt?)

Betreuungsverhältnis
(In welchem Kontext findet die
Betreuung/Pflege/Behandlung statt?)

Institutionelle Rahmenbedingungen

Fehlerkultur, Information,
Beteiligungsstrukturen und
Beschwerdemanagement

Personal/Personalpolitik

Potentialanalyse

Strengths = Stärken

Was läuft gut in Bezug auf
Kinderschutz?
Welche Maßnahmen sind schon
umgesetzt?

Weaknesses= Schwächen

Was läuft noch nicht gut?
Welche Maßnahmen sind noch
notwendig?
Welche Gefährdungsfaktoren liegen
vor?

Opportunities= Chancen

Welche positiven Aspekte bringt
die Umsetzung von (Kinder-)
Schutzmaßnahmen für unsere
Einrichtung mit sich?
Welche Ressourcen können wir noch
nutzen?

Threats = Risiken

Was sind Risiken/Probleme/ Nachteile
in Bezug auf die Umsetzung von
(Kinder-) Schutzmaßnahmen in unserer
Einrichtung?

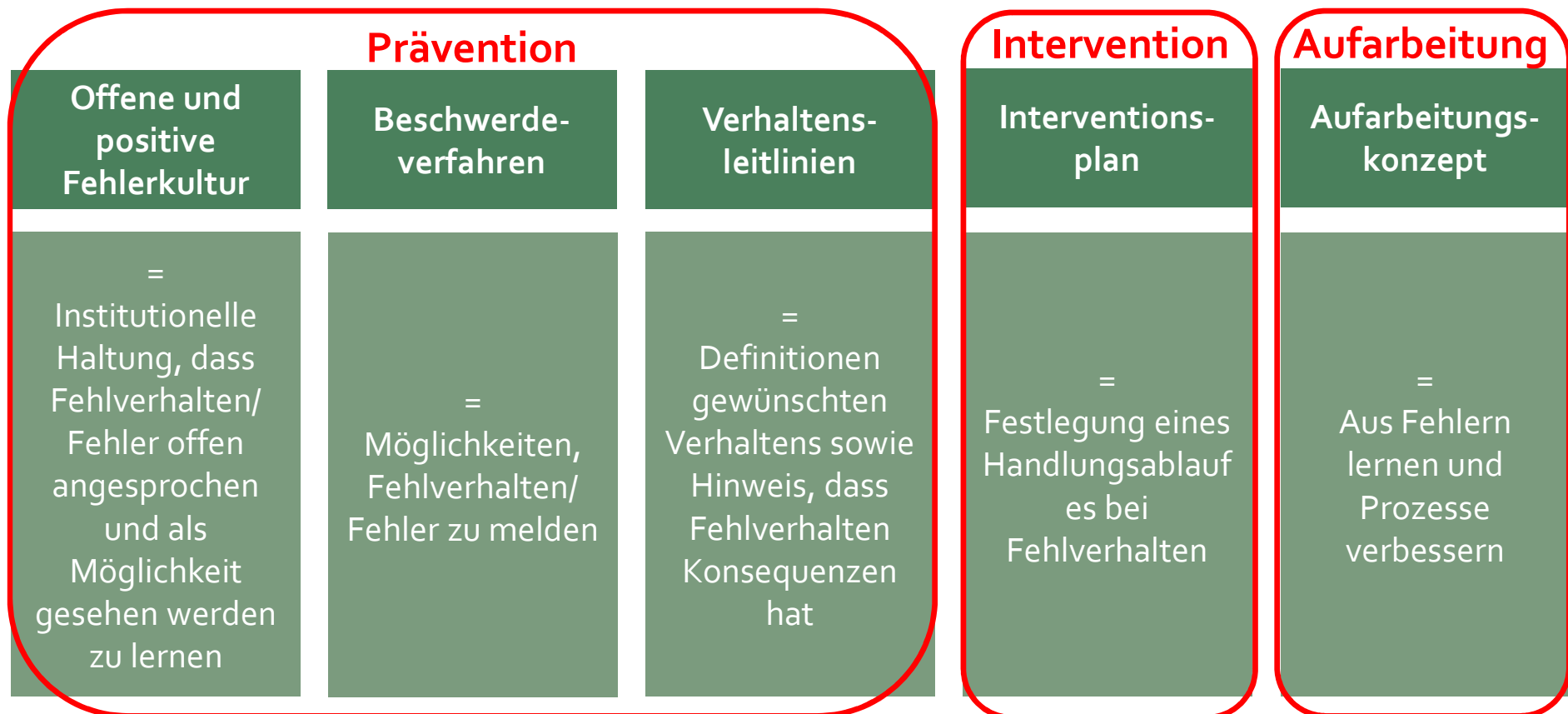


Arbeitsblatt „SWOT-Analyse“

Elemente des Umgangs mit Fehlverhalten in Institutionen

Umgang mit Fehlverhalten in Institutionen

Mit dem Begriff Fehlverhalten sind hier umfasst: fachliches Fehlverhalten, (sexuelle) Grenzverletzungen, (sexuelle) Übergriffe, (sexuelle) Gewalt



Verpflichtung zur Umsetzung von Schutzkonzepten in Kliniken und Praxen



- Seit 17.11.2020 gibt es eine **Vorgabe des G-BA** die Entwicklung von **Schutzkonzepten** zu einem **verpflichtenden Teil des Qualitätsmanagements** zu machen
- Ziel ist es, „**Missbrauch und Gewalt** insbesondere **gegenüber vulnerablen Patientengruppen**, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern.“

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand_BAnz.pdf

Umzusetzende Elemente

Folgende Elemente müssen mindestens umgesetzt sein:

- **Prävention** (u. a. Information und Fortbildung der Mitarbeiter, Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen, Selbstverpflichtung und Verhaltenskodex, altersangemessene Beschwerdemöglichkeit, vertrauensvoller Ansprechpartner sein, spezielle Vorgaben zur Personalauswahl),
- **Interventionsplan** (z. B. bei Verdachtsfällen, aufgetretenen Fällen, Fehlverhalten von Mitarbeitern) und
- **Aufarbeitung** (u. a. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit aufgetretenen Fällen entwickeln)

Die Umsetzung dieser Elemente muss auf einer **Gefährdungsanalyse** basieren.

Schutzprozess in KJPP Ulm seit Klinikgründung 2001

Nonverbale Hinweise verdeutlichen - Haltung



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

Schutzkonzept an der KJPP Ulm: Beschwerdemöglichkeit seit 2001



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

Partizipative Entwicklung einer altersgerechten Informationsbroschüre für Schulkinder

- Mehrjähriger Prozess unter Einbindung von Patient*innen und Schulklassen



Schutzkonzept an der KJPP Ulm: Anlage zum Arbeitsvertrag



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

Sehr geehrte Mitarbeiterin,
sehr geehrter Mitarbeiter,

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

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

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

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

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

Es ist deshalb undenkbar, einschlägig vorbestrafte Personen einzustellen oder zu beschäftigen. Deshalb wird im Rahmen des Einstellungsverfahrens ein Führungszeugnis angefordert. Zudem erhält die Abteilung Personal des Universitätsklinikums von Gerichten und Staatsanwaltschaften bei strafbaren Handlungen in


festgelegten Fällen Mitteilungen, z.B. über den Erlass und Vollzug eines Haftbefehls, über die Erhebung der öffentlichen Anklage und die Verhängung von Strafurteilen oder Strafbefehlen. Falls erforderlich, werden aus diesen Mitteilungen die arbeitsrechtlich notwendigen Konsequenzen gezogen.

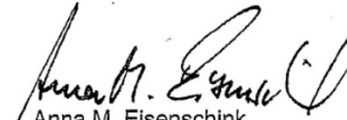
Es muss klar sein, dass Personen mit pädosexuellen Neigungen, die sich vielleicht gerade wegen dieser Veranlagung für eine direkte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beworben haben, in unserer Einrichtung zum Wohle unserer Patienten und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Kollegialität in unseren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

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

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


Freundliche Grüße


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


Anna M. Eisenschink
Pflegedirektorin

Dienstanweisung des ärztlichen Direktors zum erweiterten Führungszeugnis





Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie

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

Strehovestr. 5 - 89075 Ulm
Telefon: 0731 500-8180/81801
Telefax: 0731 500-61602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-um.de

UlM, 8. Februar 2013

SEITE 1 VON 2: ulm.uniklinik-um.de/psychiatrie/psychiatrie-18578-101...

An alle MitarbeiterInnen der KJPP

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

Liebe MitarbeiterInnen und Mitarbeiter,

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

Ich habe mich mit Bezug auf die Beschlüsse des Runden Tisches zu Standards im Umgang mit institutionellen Präventionsmaßnahmen an den Klinikumsvorstand gewandt und darum gebeten, die Einholung von erweiterten Führungszeugnissen in der KJPP regelmäßig umsetzen zu dürfen. Die Umsetzung dieser Maßnahme wurde mir in der letzten Vorstandssitzung zugesprochen.

Als eine Einrichtung, die in der Öffentlichkeit das Ansehen und darüber hinaus den Anspruch hat, in besonderem Maße zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor weiterer Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch beizutragen, sind wir als KJPP dazu verpflichtet, für diese schützende Atmosphäre zu sorgen. Ich denke, wir sollten hier Standards in Transparenz setzen, daher bitte ich alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen **alle drei Jahre ein aktuelles erweitertes Führungszeugnis vorzulegen.**

© Universitätsklinikum Ulm
Sitz des Obersten Rates
StU Ulm
0731 500-100/104000

Verantwortlich für den Bereich: Medizinische Fakultät
Vorsitz: Prof. Dr. Rüdiger von dem Borne
Fakultät für Psychiatrie, Prof. Dr. Hans-Martin Geyer
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Dr. Thomas Witt

Stellen für die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
Stell-Nr.: 1476/100.004, 157/100.019/07
E-Mail: OZ@18850091@18850091.de
FIC: 33848337

Telefon: 0731 500-100
Fax: 0731 500-104000
E-Mail: 11@18850091@18850091.de
IC: 33848337

Seite 2 von 2

Dies gilt auch für unsere wissenschaftlichen Hilfskräfte, Praktikanten und Doktoranden, die Patientenkontakt haben.

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

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

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

mit besten Grüßen



Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Erweitertes Führungszeugnis muss von jedem Mitarbeitenden in regelmäßigen Abständen vorgelegt werden.

Erweitertes Führungszeugnis

Wohnort/Str. + Postleitzahl - 88774 Ulm

Herr/Frau
Name
Straße
PLZ und Ort

Klinikumsverwaltung
Bereich Controlling und Personal-
betreuung
Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm (Hausadresse)
Telefon: 0731 500-86481
Telefax: 0731 500-86403
kontakt@hochschule@uniklinik-ulm.de

1. März 2013

Erweitertes Führungszeugnis

Sehr geehrte(r) Frau/Herr „Name“,

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Name + Unterschrift Sachbearbeiter

Anlage

Bundesamt für Justiz

20.02.2013

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

über

JÖRIS RICHARD FIEBIGER

Umschreibung:
Nationalagentur für
ALEXIS FÜR KIDDER UND JUGENDSOZIOLOGIE

Angaben zu Ihnen
Geburtsdatum: 1987
Geburtsort: -/-
Vorname(n): JÖRIS RICHARD
Geburtsort: 89081 ULM
Geburtsort: ALEXIS
Migrationshintergrund: DEUTSCH
Geburtsort: 89081 ULM

Keine Eintragung

Das erweiterte Führungszeugnis darf nur zu dem Zweck verwendet werden, zu dessen Erfüllung es erteilt wurde. Die Angabe der Kosten des erweiterten Führungszeugnisses ist nicht verbindlich. Die Kosten des erweiterten Führungszeugnisses werden Ihnen, nach der Vorlage bei uns, im Rahmen der nächsten Gehaltsabrechnung erstattet.

Erweitertes Führungszeugnis muss von jedem Mitarbeitenden in regelmäßigen Abständen vorgelegt werden.

Erweitertes Führungszeugnis (EFZ als Chance)



Bundesamt für Justiz

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM
 BEREICH CONTROLLING & PERSONAL
 PERSONALSTRUKTUR
 ALBERT-EINSTEIN-ALLEE 29
 89081 ULM

Bonn, den **20.02.2023**

Hausnummer (Adressen für 9510) - 5213 Bonn
 Telefon: 0228 99410 40 (Zentrale)
 Adresszeichen
 00023 - 0642100000 -

Das Dokument bitte eingeben

**Erweitertes Führungszeugnis
 zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 a BZRG**
 über
JÖRG MICHAEL FEGET

Geschäftsnummer: /-/
 Verwaltungswahl: KLINIK FÜR KINDER UND JUGENDPSYCHIATRIE

Angaben zur Person

Geburtsname: FEGET
 Familienname: /-/
 Vorname: JÖRG MICHAEL
 Geburtsdatum: [REDACTED] 1956
 Geburtsort: HEILBRONN
 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Anschrift: [REDACTED] ULM

Inhalt: Keine Eintragung

Dieses Führungszeugnis darf nur zu dem Zweck verwendet werden, zu dessen Erfüllung es ausgestellt wurde. Die prüfen Sie die Angaben der Person, um Verwechslungen zu vermeiden. Offiziell gültig ist nur, auch in Hinblick auf den Inhalt, das Führungszeugnis, wenn Sie zur Unverzüglichkeit ggf. bei der Behörde - anzufragen, um eine fehlende Unterschrift zu ermöglichen. Dieses Führungszeugnis wurde mit Hilfe elektronischer Eintragungen erstellt und stellt keine Kopie dar.

Bundesamt für Justiz

Bonn, den **15.05.2020**

Bundesamt für Justiz, 53061 Bonn
 Dr.
 Jörg Michael Feget
 Zeitblomestr 31 1
 89073 Ulm

Geburtsname/Name at birth/Nom de naissance:
Feget
 Familienname/Surname/Nom de famille:
 /-/
 Vorname/Forename/Prénom:
Jörg Michael
 Geburtsdatum/Date of birth/Date de naissance:
15.11.1956
 Geburtsort/Place of birth/Lieu de naissance:
Heilbronn
 Staatsangehörigkeit/Nationality/Nationalité:
deutsch
 Anschrift/Address/Adresse:
**Zeitblomestr 31 1
 89073 Ulm**

Dieses Führungszeugnis besteht aus
 1 Blatt (Blatt 1/1)

Verarbeitungsdaten:
 249057015/294081893/15052020230831000/
 NE/DTV/-/-

**Erweitertes Führungszeugnis
 über Jörg Michael Feget**

**Keine Eintragung
 (No record/Néant)**

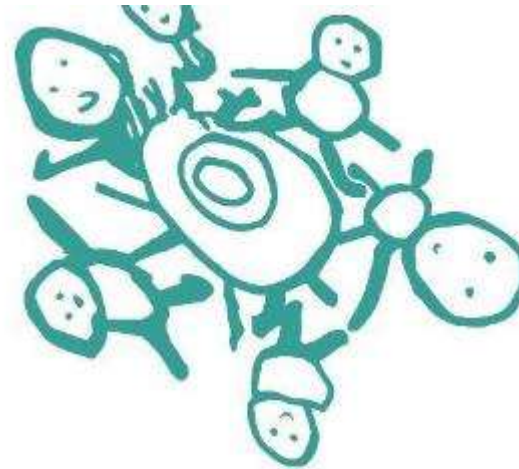
Siehe prüfen Sie die Angaben. Sollten Sie Unrichtigkeiten feststellen, teilen Sie diese bitte dem Bundesamt für Justiz möglichst schriftlich - ggf. schriftlich - mit.
 Bundesamt für Justiz, Anhaltstraße 94-100, 53113 Bonn
 Telefon: 0228 99410 40, Telefax: 0228 99410 5050
 Dieses Führungszeugnis wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Erweitertes Führungszeugnis muss von jedem Mitarbeitenden in regelmäßigen Abständen vorgelegt werden.

Ein Motto entsteht bei einem Schulprojekt (2017)



Überarbeitung Leitbild unter dem Motto „Dazugehören“



Leitbild der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie

Dazugehören...

mit Vertrauen, Respekt und

Einfühlungsvermögen



Überarbeitung Leitbild unter dem Motto „Dazugehören“



Dazugehören... mit Vertrauen, Respekt und Einfühlungsvermögen

Unsere Grundhaltung beinhaltet einen vertrauensvollen und respektvollen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bezugspersonen. Diese Haltung leben wir auch innerhalb unseres Teams.

Wir begegnen persönlichen Lebensentwürfen und kulturellen Unterschieden von Menschen möglichst unvoreingenommen. Auf diese Weise wollen wir zu einem gemeinsamen Austausch und Verständnis kommen.

... unterstützen

Wir legen ein besonderes Augenmerk auf die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen sowie ihres Umfeldes. Aus ihrer aktuellen Lebenssituation leiten wir gemeinsam mit unseren Patient*innen sowie deren Bezugspersonen passende Therapieziele ab. Wir achten darauf, den Kindern und Jugendlichen möglichst viel Entscheidungsspielraum zu lassen und ihre Eigenständigkeit zu fördern. Es ist uns wichtig, mit begleitenden Helfersystemen Hand in Hand zusammen zu arbeiten.

... gesehen und gehört werden

Die Persönlichkeit und die jeweilige Problematik der Kinder und Jugendlichen bilden den Ausgangspunkt unseres Handelns. Wir sehen uns dabei als Hüter*innen unserer Patient*innen.

... durch Vernetzung und Austausch

Die enge Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen und Fachbereiche innerhalb und außerhalb der Klinik ist Grundlage der Behandlung. Hierfür sind das Fachwissen und die Erfahrungen jeder*er einzelnen Mitarbeitenden ein unverzichtbarer und wertvoller Teil des Teams.

... im geschützten Rahmen

Wir wollen den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen sowie den Mitarbeiter*innen Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt jeglicher Art bieten. Unsere Klinik soll für alle ein sicherer Ort sein.

Fehler können passieren. Wir ermutigen unsere Patient*innen und Mitarbeiter*innen, Kritik offen zu äußern und die eingerichteten Anregungs- und Beschwerdemöglichkeiten zu nutzen. Daraus wollen wir für die Zukunft lernen und uns weiterentwickeln.

... durch die Verknüpfung von Patientenversorgung, Lehre und Forschung

Für die Patientenversorgung benötigen wir gut ausgebildete Mitarbeiter*innen. Ausbildung und regelmäßige Schulung sind uns deshalb sehr wichtig. Hier bringen wir auch Ergebnisse aus unseren Forschungsbereichen ein. Die Mitarbeiter*innen aus Patientenversorgung und Forschung arbeiten eng zusammen. Diese Erfahrungen fließen in webbasierte Fort- und Weiterbildungsprogramme ein (E-Learning), welche wiederum von Mitarbeitenden in der Klinik, z.B. im Rahmen der Einarbeitung oder Vertiefung ihrer Qualifikation genutzt werden können.

... teilhaben

Wir setzen uns innerhalb der Klinik und in der Öffentlichkeit für einen vorurteilsfreien Umgang mit psychisch kranken Menschen ein. Wir unterstützen die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien dabei, in der Gesellschaft selbstbewusst mit der Erkrankung umzugehen.

Fragen-und-Antworten-Fächer Hans-Lebrecht-Schule



Fächer Patienteninformation Hans-Lebrecht-Schule



Die **Klinikschule*** ist Teil deines Klinikalltages und damit Übungsfeld für schulische Themen. Schulbesuch üben, Konzentrationsfähigkeit steigern, strukturiertes Arbeiten, Hausaufgaben machen, Teamarbeit – es gibt viele Möglichkeiten.

In den ersten Tagen in der Klinikschule soll dir die Gelegenheit gegeben werden, die Schule und deine **Lehrer** und Mitschüler in Ruhe kennenzulernen.

So triffst du zum Beispiel gleich an deinem ersten Tag in einer **Kennlernstunde** deinen **Bezugslehrer**. Er erklärt dir z.B. unseren Stundenplan, zeigt dir die **Klassenzimmer** und macht dich auch mit unseren Schulregeln vertraut.

Die ***fett gedruckten Begriffe** werden dir auf den nächsten Seiten genauer erklärt.

Wichtig ist: du stehst im Mittelpunkt und wir möchten, dass du bei uns nicht nur viel lernst, sondern, dass es dir gut geht und du Freude daran hast. Deshalb darfst du all deinen Lehrern auch jederzeit Fragen stellen zu Unklarheiten und/oder Unsicherheiten. Eine gute Möglichkeit dafür bietet dir die **Bezugslehrerstunde**.

Ergebnisse AG Klinische Abläufe

Schutzkonzepte KJPP Ulm:

Leitfaden für eine körperliche Untersuchung (KU) (Stand April 2022)

Grund- sätzlich

- Die Durchführung erfolgt durch approbierte Ärzt*innen und nach der Einarbeitung von Ärzt*innen im praktischen Jahr (PJ). Eine alleinige Durchführung durch Medizinstudent*innen ist nicht möglich.
- Sich die Situation des Kindes/Jugendlichen bewusst machen.
- KU gegen den Willen des Kindes/Jugendlichen nur bei Gefährdungsaspekten.
- Die KU sollte im Tandem (mit Pflege – und Erziehungsdienst/Sorgeberechtigten/Begleitpersonen) und wenn möglich gleichgeschlechtlich durchgeführt werden.
- Untersuchung des Intimbereiches nur nach strenger Indikationsstellung und in Absprache mit dem Kind/Jugendlichen. Für eine Tandemsituation und wenn möglich gleichgeschlechtliche Untersucher*innen sorgen.

Vor- bereitung

- Der Untersuchungsraum sollte nicht einsehbar (auf Sichtschutz achten), störungsfrei (mit „Bitte nicht stören“ kennzeichnen) und der Außentemperatur entsprechend angepasst sein.
- Bei Ankündigung der KU Ablauf und Zeitrahmen erklären, auf Fragen eingehen und den Termin ankündigen.
- Auf Wunsch des Kindes/Jugendlichen können Eltern/Bezugspersonen mit einbezogen werden.

Durch- führung

- Alle Schritte erklären, Grenzen respektieren, ein Nein zu konkreten Untersuchungen akzeptieren, vor Berührung fragen und über den Grund informieren.
- Nie ganz entkleiden lassen, nur was für den nächsten Schritt notwendig ist; Unterwäsche darf anbehalten werden. So wenig wie möglich, so viel wie notwendig.
- Kind/Jugendlicher soll sich nicht unnötig lange angeschaut fühlen.
- Während des EKG's eine Abdeckung des Oberkörpers anbieten.

Nach- bereitung

- Direkte Rückmeldung über Untersuchungsergebnisse an Kind/Jugendlichen.
- Dokumentation jeder KU im SAP; besonderes Augenmerk auf begründete Abweichungen zum Vorgehen.

Schutzkonzepte KJPP Ulm:

Leitfaden Lehrveranstaltung mit Patient*innen (Stand April 2022)

Grund- sätzliches

- Die Teilnahme ist freiwillig.
- Prüfung im Vorfeld, ob die Anwesenheit eines Kindes/Jugendlichen notwendig ist.
- Ist eine Alternative möglich? Z.B. Videos Medienprojekt Wuppertal oder Videos des E-Learning-Portals nutzen
- Kind/Jugendlicher soll während des Klinikaufenthaltes höchstens zwei Mal angefragt werden.
- Nicht in Frage kommen Kinder/Jugendliche in schlechtem Allgemeinzustand. Die freiwillige Entscheidungsfähigkeit sollte gegeben sein (z.B. nicht in akuter Psychose).
- Durch die Lehrveranstaltung sollten dem Kind/Jugendlichen keine Nachteile entstehen (zum Beispiel bei Besuchszeit/Tagesurlaub/Therapien, ansonsten für Ausgleich durch Station sorgen, bspw. längere Besuchszeit).
- Kind/Jugendlicher sollte möglichst einen Benefit haben (z.B. Expo bei sozialer Phobie).

Vor- bereitung

- Eine Woche vor der Lehrveranstaltung anfragen, damit Kind/Jugendlicher ausreichend Bedenkzeit hat und diese in den Wochenplan eingetragen werden kann.
- Grundvoraussetzung ist ein Vorgespräch (Ziel, Inhalt, Grund, Zeit, Ort, ...).
- Dozent*in informiert Sorgeberechtigte im Vorfeld telefonisch (Ziel, Inhalt, Grund, Zeit, Ort, ...) und holt mündliches Einverständnis ein.
- Erreichbarkeit für mögliche Rückfragen hinterlassen.
- Prüfung, ob Kind/Jugendlicher die Teilnahme an der Veranstaltung schafft oder dies ggf. eine Überforderung darstellen könnte; Austausch mit Behandler sinnvoll.

Durch- führung

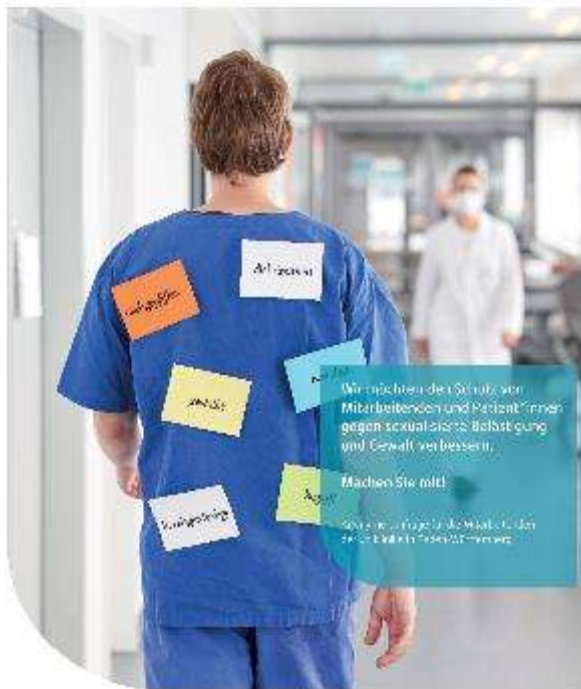
- Abholung/Zurückbringen des Kindes/Jugendlichen sicherstellen
- Die lehrende Person ist während der Veranstaltung anwesend und verantwortlich für einen respektvollen Umgang des Publikums mit dem Kind/Jugendlichen.
- Kind/Jugendlichen darüber aufklären, wer und wie viele in der Veranstaltung sitzen, ggf. kurze Vorstellungsrunde; auch auf Schweigepflicht der Anwesenden hinweisen.

Nach- bereitung

- Kurze Stimmungsabfrage nach der Veranstaltung, sowie Übergabe an die Station.

Umfrage an der UKU

Sexualisierte Belästigung. Wir schauen hin!



Sexualisierte Belästigung. Wir schauen hin!



Über den QR-Code gelangen Sie direkt zur Umfrage



bedrängt diskriminiert sexualisiert

MACHEN SIE MIT – AUCH WENN SIE NICHT DIREKT BETROFFEN SIND!

Mitarbeitende in Kliniken sind häufig von sexualisierter Belästigung betroffen. Mithilfe dieser anonymen Umfrage möchten wir Ihre Erfahrungen im Klinikalltag mit sexualisierter Belästigung und Gewalt erfassen.

Unser Ziel ist es, die Verbreitung sexualisierter Belästigung und Grenzverletzungen für die Mitarbeitenden der Uniklinika in Baden-Württemberg zu untersuchen und den Schutz von Mitarbeitenden und Patient*innen gegen sexualisierte Belästigung und Gewalt zu verbessern.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten ist es wichtig, dass alle bei der Umfrage mitmachen – unabhängig davon, ob sie von sexualisierter Belästigung betroffen sind oder nicht.

Mit Ihrer Teilnahme können Sie langfristig dazu beitragen, ein Klima des Respektes zu schaffen, in dem alle gerne arbeiten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Materialien, Programme, Dissemination

Wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „Schutz vor (sexueller) Gewalt in Institutionen“



Lehre und Dissemination | Verbesserung der Lehre zum Thema Kinderschutz



Zentrum für Traumaforschung Ulm



ulm university universität
uulm

Informationen ▾ Forschung ▾ Veranstaltungen ▾ 🔍



[STARTSEITE](#) [ÜBER COM.CAN](#) [PROJEKTE](#) [VERANSTALTUNGEN](#) [VORTRÄGE](#) [BERICHTE/EXPERTISEN](#) [LEHRE](#) [JOURNAL WATCH](#)

COM.CAN - COMPETENCE CENTER CHILD ABUSE AND NEGLECT
Kompetenzzentrum
Kinderschutz in der Medizin
Baden-Württemberg

Webbasierte Weiterbildungsangebote



E-Learning Kinderschutz
(<https://elearning-kinderschutz.de>)



Weitere Online-
Kurse

Basiswissen Kinderschutz Baden-Württemberg



[Kennwort vergessen?](#)

Basiswissen Kinderschutz Baden-Württemberg

Projekt zur webbasierten Wissensvermittlung durch E-Learning im Kinderschutz:
Interprofessionelles Grundlagenwissen zur Entwicklung einer gemeinsamen Sprache
bei der Zusammenarbeit im Kinderschutz.

[Zur Registrierung >](#)

Anmeldungen zum Kurs bis einschließlich **31.10.21** unter:
www.bw-basiswissen.elearning-kinderschutz.de

Kontakt: basiswissen@elearning-kinderschutz.de

Webseite

Anmeldename

Passwort

Login

[Kennwort vergessen?](#)

E-LEARNING KINDERSCHUTZ

Sexueller Missbrauch und sexuelle Übergriffe

Kinderschutz aus Sicht der Schule

Sexueller Missbrauch und sexuelle Übergriffe

Kinderschutz aus Sicht der Schule

Falltrainer: Fallbeispiel Anna des Basismoduls 2



2.1.1 Erstes Gespräch mit Anna (1/2)

Erstes Gespräch mit Anna

- Sexualisiertes Vokabular
- Gespräch mit Kollegin Frau Bäumlle
- In der Turnstunde
- Erneutes Gespräch mit einer Kollegin
- Gespräch mit dem Schulleiter
- Gespräch mit Anna
- Besprechung des weiteren Vorgehens
- Telefonat mit der insoweit erfahrenen Fachkraft
- Gespräch mit der Mutter
- Weiteres Gespräch mit Frau Amoth

Die Klassenlehrerin Frau Schmid bemerkt seit einigen Wochen, dass Anna (9 Jahre) kaum mehr in der Lage ist, dem Unterrichtsgeschehen zu folgen. Frau Schmid führt dies zuerst auf fehlendes Interesse am Unterrichtsstoff und mangelnde Leistungsbereitschaft zurück. Erst als Frau Schmid bemerkt, dass Anna sich auch ihren Mitschülern gegenüber häufig gereizt, ungeduldig und verschlossener als früher zeigt, beschließt sie, mit Anna ein Gespräch zu führen. Frau Schmid befürchtet, dass das eigentlich beliebte und in der Klassengemeinschaft gut integrierte Mädchen zu einer Außenseiterin werden könnte.

Frau Schmid geht am Ende der Stunde, als die anderen Kinder bereits Richtung Pausenhof laufen, auf Anna zu und setzt sich neben das Kind.

Hier sehen Sie einen Auszug aus dem Gespräch:

Frau Schmid: „Hey Anna, warum bist du nicht mit den anderen raus gelaufen?“
Anna: „Weil ich nicht mag.“
Frau Schmid: „Früher bist du doch immer als erste raus gelaufen!“
Anna: „Ja, das stimmt. Ich kann schnell laufen, wenn ich mag!“
Frau Schmid: „Du kannst ganz viel, Anna! Du bist ja sowieso ganz super in Sport. Aber auf die Schule hast du gerade nicht so viel Lust, oder?“
Anna: „Mhm, nee!“
Frau Schmid: „Ja, das sehe ich auch an deinen Noten gerade. Das ist sehr schade, weil du viel bessere Noten schreiben könntest.“
Anna: Schaut auf den Boden. „Der Papa sagt, ich bin so süß, ich kann bei Filmen mitmachen. Da brauch ich doch keine guten Noten, oder?“

Weiter Speichern Schließen

Fallbearbeitungsbereich

Falltrainer: Entwicklung eines Schutzkonzeptes (Basismodul 3)



Fazit

Fazit: Exklusion in der Inklusion?



- Kinder mit (drohenden) Behinderungen haben ein erheblich erhöhtes Risiko für alle Formen von Misshandlung
- Dies gilt sowohl für den familiären Kontext als auch für ihren Aufenthalt in Einrichtungen z.B. der Frühförderung
- Es ist notwendig, spezifische Schutzkonzepte auch in diesen Einrichtungen zu entwickeln und hierbei die besonderen Risiken der Kinder in den Blick zu nehmen
- Kindeswohlgefährdung bezieht sich nicht nur auf Handlungen und Unterlassungen der Kindeseltern, sondern auch auf Kindeswohlgefährdung in Institutionen (z.B. schlechte oder ungeeignete Versorgung) => auch hier haben Jugendämter einen Handlungsauftrag
- Frühförderung ist in sich interdisziplinär, nach außen aber zu oft nicht vernetzt z.B. Beratungsbeziehung mit einer externen Fachberatungsstelle

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

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

Albert Einstein (*1879 in Ulm)

