



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# Guter Start ins Kinderleben Projekt, Ergebnisse, Empfehlungen und Perspektiven

Jörg M. Fegert

Abschlussveranstaltung zum Modellprojekt „Guter Start ins  
Kinderleben“

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie und Frauen und Universitätsklinikum Ulm

Montag, 13. Juli 2009





## Guter Start ins Kinderleben

**Ein von den Ländern Baden-Württemberg,  
Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen  
gefördertes Modellprojekt zur  
Verbesserung des Kinderschutzes**

Modellstandorte: Erlangen, Gera,  
Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis,  
Pforzheim, Traunstein, Trier

**Förderung der wissenschaftlichen  
Evaluation:**

Bundesministerium für Familien, Senioren,  
Frauen und Jugend und  
Nationales Zentrum Frühe Hilfen





## Guter Start ins Kinderleben

### **Projektleitung:**

Prof. Dr. Jörg M. Fegert  
PD Dr. Ute Ziegenhain

### **Projektmitarbeiterinnen:**

Dr. Anne Katrin Künster  
Dipl. Soz. Päd. Angelika Schöllhorn  
Dipl. Psych. Alexandra Hofer  
Dipl. Psych. Carolin Knorr  
Dipl. Psych. Cornelia König

### **in Kooperation mit:**

Dr. Thomas Meysen, Hanne Stürtz, Lydia Schönecker,  
Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, DIJuF, Heidelberg

Dr. Heinz Kindler,  
Deutsches Jugendinstitut, DJI, München

Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe, Inga Wangenknecht,  
Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und  
Familienwissenschaft, Justus-Liebig-Universität Giessen





# Aktionsprogramm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" (BMFSFJ)







## Die Ausgangssituation

- Vernachlässigung als zentrales Risiko; Ziel: Sicherstellung von kindlichen Basisbedürfnissen
- Vernetzung als zentrales Problem und Ansatz der Verbesserung
- Familienbeziehungen insbesondere Feinfühligkeit in der Eltern-Kind-Interaktion als wichtiger familienbezogener Ansatzpunkt





## Vernachlässigung als zentrales Risiko

**Schätzungsweise 5% aller Kinder** wachsen in Verhältnissen auf, in denen ein **Risiko für Vernachlässigung** besteht, d.h. ca. 30 000 Kinder jedes Geburtsjahrgangs

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.4640.5168.5232.5233>

Esser und Weinel (1990) schätzen, dass etwa 5-10% aller in Deutschland lebenden Kinder von Vernachlässigung betroffen sind.

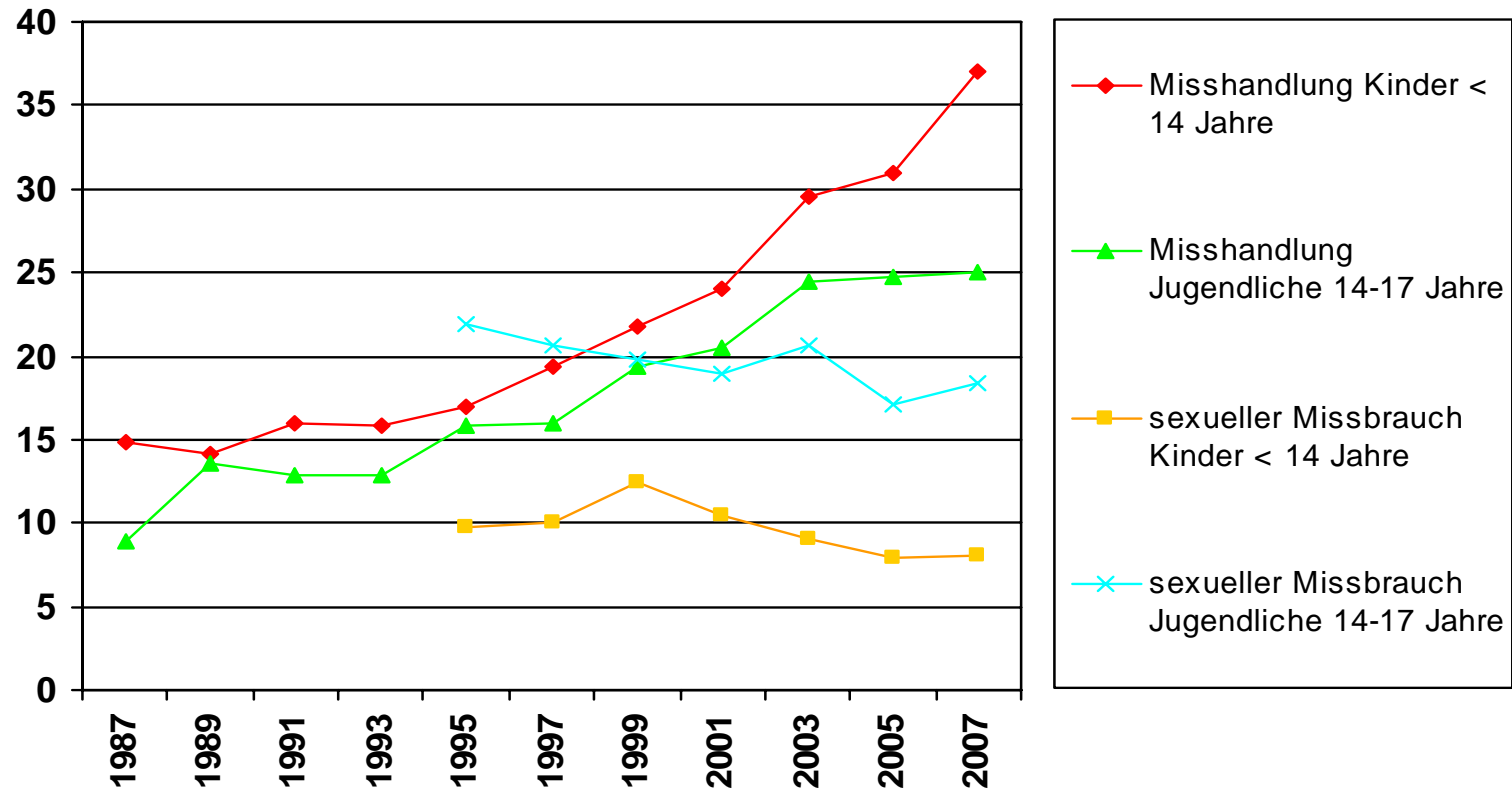
*„Wie viele Kinder in der Bundesrepublik von Vernachlässigung betroffen sind, lässt sich nur schwer ermitteln. Als Untergrenze wird geschätzt, dass mindestens 50.000 Kinder unter erheblicher Vernachlässigung leiden, nach oben hin schwanken die Zahlen von 250.000 bis 500.000.“* (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales & Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen e.V., 2002)





## PKS: Misshandlung (§ 225 StGB) und sexueller Missbrauch (§ 174 StGB) von Schutzbefohlenen

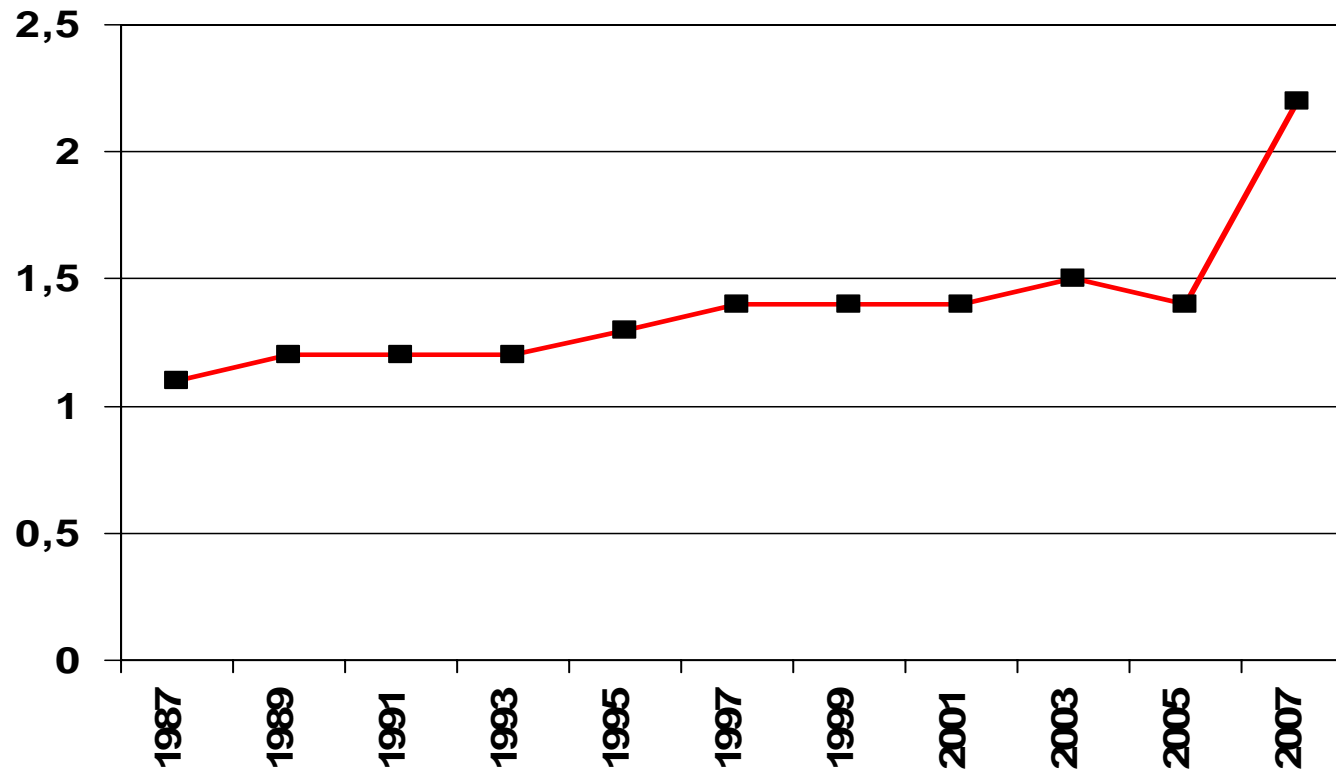
Anzahl pro 100.000





## PKS: Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht (§171 StGB)

erfasste Fälle pro 100.000





# Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen

Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des  
Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse

Analyse  
Kinder  
Schutz





### Stichprobe

1.1.2007 – 17.4.2008: **133 Kinderschutzfälle**

203 Kinder von Vernachlässigung oder Misshandlung betroffen

#### **Geschlecht der betroffenen Kinder**

88 Jungen

88 Mädchen

(in 27 Fällen fehlende Angaben)

#### **Alter der betroffenen Kinder**

Median: 2 Jahre

Mittelwert: 3 Jahre 11 Monate

Minimum: neugeboren

Maximum: 17 Jahre





### Betroffene Kinder in Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl	Prozent
Neugeborene	35	18,2
unter einem Jahr	38	19,8
ein Jahr bis zwei Jahre	32	16,7
über zwei bis vier Jahre	22	11,5
über vier bis acht Jahre	33	17,2
über acht Jahre	32	16,7
Gesamt	192*	100

\* bei 11 Kindern war das Alter nicht zu ermitteln





## Zusammenfassung Kapitel 2

### Art der Misshandlung

Art der Misshandlung	Anzahl	Prozent
Tötung unmittelbar nach der Geburt	34	16,7
Vernachlässigung/ Verwahrlosung	83	40,9
Vernachlässigung/ Verwahrlosung mit Todesfolge	7	3,4
Misshandlung	30	14,8
Misshandlung mit Todesfolge	18	8,9
gezielte Tötung	31	15,3
Gesamt	203	100





## Zusammenfassung Kapitel 2

### Familiäre Situation der betroffenen Kinder nach Fällen

Familiäre Situation	Anzahl	Prozent
zusammenlebende leibliche Eltern	53	47,7
alleinerziehende Mutter	42	37,8
alleinerziehender Vater	2	1,8
Mutter lebt mit neuem Partner	11	9,9
Vater lebt mit neuer Partnerin	1	0,9
Kind lebt bei Verwandten	1	0,9
Kind lebt bei Pflegefamilie	1	0,9
Gesamt	111	100,00

Keine Angaben in 22 Fällen





### Täter der Misshandlung

(mutmaßlicher) Täter	Anzahl	Prozent
leibliche Mutter	73	58,4
leiblicher Vater	21	16,8
neue Partnerin des Vaters	1	0,8
neuer Partner der Mutter	14	11,2
Vater und Mutter	14	11,2
sonstige Personen	2	1,6
Gesamt	125*	100

\*Keine Angaben in 8 Fällen



## Schutzfaktoren

### Resilienz oder Wider- standskraft beim Kind

robustes, aktives,  
kontaktfreudiges  
Temperament

überdurchschnittliche  
Intelligenz

positives Selbstkonzept

### soziale Ressourcen in der Betreuungsumwelt

verlässliche und sichere  
Bindungsperson

soziale Unterstützung der  
Familie

Schulbildung

### Stressoren in der Betreuungsumwelt

Armut

beengte Wohnbedingungen

chronische Disharmonie in der  
Familie

jugendliche und allein erziehende  
Mütter

psychische Erkrankung eines  
Elternteils

Kriminalität eines Elternteils

### Vulnerabilität beim Kind

schwieriges  
Temperament

genetische  
Belastung

geringes  
Geburtsgewicht



## Herausforderung für die Planung und die Entwicklung von Hilfen

Familien benötigen unterschiedliche und unterschiedlich intensive Hilfen

(von Information → spezifische Hilfen zur Erziehung)

Übergänge zwischen Normalität, Belastung und pathologischer bzw. gefährdender Entwicklung sind fließend

→intelligente Kombination von Allgemeinmaßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Familien und spezifischen Hilfen:

**Kinderschutz beginnt mit Prävention**





## Frühe Hilfen: Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen

Eltern können das körperliche und psychologische Wohlbefinden und die Entwicklung eines Säuglings und Kleinkindes entscheidend fördern, aber auch einschränken

frühe Verhaltensprobleme und –störungen zeigen sich (zunächst) in der Beziehungsdynamik

→ **elterliche Erziehungs- und Beziehungskompetenzen als wichtiger Ansatzpunkt für Frühe Hilfen**

**! in Kombination mit anderen Indikatoren/  
Angeboten**





## Bedeutung von Familienbeziehungen

Bella Studie (Ravens - Sieberer 2006) und RKI Survey KIGGS (2006, 2007) bestätigen englische Befunde:

doppeltes Risiko bei Alleinerziehen(OR:2,09)

aktuelle Familienkonflikte(OR: 4,97)

Konflikte in der Familie der Eltern (OR: 2,02-3,89)

Unzufriedenheit in der Partnerschaft (OR: 2,75)

**Risiko für psychische Erkrankung steigt mit mehreren Belastungen**

bei 3 Risiken 30,7%

bei 4 Risiken 47,7% aller betroffener Kinder





GRUNDLAGENTEXTE PSYCHOLOGIE

Wissenschaftlicher  
Beirat für Familienfragen

# Familiale Erziehungs- kompetenzen

Beziehungsklima und  
Erziehungsleistungen in  
der Familie als Problem  
und Aufgabe



JUVENTA





## Kindliche Basisbedürfnisse und die Berücksichtigung dieser Tatsachen 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
<b>Bindung und soziale Beziehungen</b>	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





## Frühe Hilfen und Kinderschutz

kein Unterstützungs-  
bedarf

Frühe Hilfen

Gefähr-  
dung





## Besondere Herausforderungen an interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

---





## Was erschwert Vernetzung?

- Riesenerwartung an die anderen Professionen
- Schwierigkeiten beim Beschreiben der eigenen Kernkompetenzen
- Datenschutz- oder Pseudodatenschutzargumente
- Angst vor Beeinflussung und Dominierung in der Zusammenarbeit (Streit um Federführung unterschiedlicher Berufsgruppen)
- Emotionalisierung der Debatte um Kinderschutzfälle
- Fehlende gemeinsame Standards/Risikoinstrumente
- Vernetzung als Plädierformel bei gleichzeitiger Verweigerung der Finanzierung der Kosten für Zusammenarbeit
- Vernetzung als Verschleierung von Verantwortlichkeiten
- Vernetzung mit der Delegation von Verantwortung an Spezialeinheiten, Modellprojekte etc.





# Reibungsverluste in der interdisziplinären Zusammenarbeit

(vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht, Drucksache 16/12860; Stellungnahme der Bundesregierung S. 8-11)

Strukturelle Gegebenheiten; Leistungen und Angebote

- der Jugendhilfe (SGB VIII), des Gesundheitswesens (SGB V), der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)
- finanziert von der kommunalen Jugendhilfe, von den Krankenkassen, den örtlichen Trägern (Landkreisen) und den Sozialhilfeträgern
- vorgehalten von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, von medizinischen Institutionen, niedergelassenen Praxen und Trägern des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Frühförderung
- **Hilfen/Versorgungsleistungen entweder nur von dem einen oder dem anderen System bzw. nicht koordiniert** (Überschneidungen /Doppelfinanzierungen/parallele Vergabe von Hilfen)
- **ergänzende und unterstützende Angebote des jeweils anderen Systems werden nicht einbezogen**
- Vielfalt der Angebote/Qualität innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe abhängig von der individuellen Angebotspalette einzelner freier Träger in der Kommune/wenig gesteuert





## Reibungsverluste in der interdisziplinären Zusammenarbeit

unterschiedliche theoretische Grundlagen und Denkmodelle

### Jugendhilfe

- pädagogisch orientiert
- familienzentriert
- „ressourcenorientiert“

### Gesundheitswesen

- medizinisch orientiert
- individuumszentriert
- orientiert sich am „identifizierten Patienten“ (störungs- und krankheitsrelevante Diagnose)

- **fehlende** interdisziplinäre Verständigung auf standardisierte und wissenschaftlich geprüfte Verfahren und Vorgehensweisen
- **es fehlen:** leicht einsetzbare, aber aussagekräftige Verfahren zur Risikoerkennung und –dokumentation
- **es fehlen:** gemeinsame Standards und Leitlinien
- **Schwierigkeiten** beim Beschreiben der eigenen Kernkompetenzen ebenso wie Unkenntnis über die Aufgabenbereiche und das Vorgehen der anderen Disziplin





## Projektergebnisse: 1. Praxisentwicklung

**Individuelle Ebene:** präventive und frühe Unterstützung belasteter Eltern (durch evaluierte in der Entwicklung BMFSFJ und Länder geförderte Entwicklungspsychologische Beratung)

**Strukturebene:** Entwicklung und Erprobung interdisziplinärer Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen

- aufbauend auf bestehenden Regelstrukturen und eingebunden in bestehende Regelstrukturen
- systematische Koordinierung von Angeboten von Jugend- und Gesundheitshilfe
- auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüchen und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten

**Fachwissen und Skills:** Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Risiken), Workshop Kinderschutz, Expertise Datenschutz





## 2. Forschungsbegleitung und Evaluation (Abschluss nächstes Jahr)

Evaluation der Wirksamkeit verbesserter niedrigschwelliger und interdisziplinärer Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen

**Experteninterviews:** Herausarbeiten von Erwartungen/ Vorurteilsstrukturen, (strukturellen) Reibungsverlusten in der Zusammenarbeit

**Vernetzungsanalyse:** Funktionierende Zusammenarbeit als wichtige Arbeitsbasis im Kinderschutz: Häufigkeit und Zufriedenheit der Kontaktes mit den Kooperationspartnern vor Ort insbesondere an der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem (**unmittelbare Rückbindung an die Runden Tische**)

**Evaluation Entwicklungspsychologische Beratung:** Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Kinder und ihrer Familien





Was leistete unser Modellprojekt? Das Rad nicht neu erfinden, aber ...

**Unterstützung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit in den bestehenden Strukturen und mit den vorhandenen Ressourcen**

→ **sozial- und datenschutzrechtliche Expertise**

→ *Etablierung interdisziplinärer runder Tische*

standardisierte **Erfassung empirisch belegter Risikoindikatoren:**

Verständigung auf verbindliche und empirisch abgesicherte Standards

- systematisches Prüfen bekannter Risiken
- erprobte Verfahren

→ *für Jugend- und Gesundheitshilfe*

**Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen**

- präventive Angebote

→ *Einbindung von **Interaktionsdiagnostik und –förderung** (bewährt und erprobt, aber bisher kaum systematisch genutzt)*





DEUTSCHES INSTITUT  
FÜR JUGENDHILFE UND  
FAMILIENRECHT e. V.



FORUM FÜR FACHFRAGEN

Postfach 10 20 20  
D-68018 Heidelberg  
Tel. 0 62 21 99 18-6  
Fax 0 62 21 99 18-20  
mailto:service@djujf.de  
www.djujf.de

### Expertise

des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht  
(DJuF) e. V.

vom 26. Juli 2007

Im Auftrag des

Universitätsklinikums Ulm, Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Im Rahmen des Projekts

**Guter Start ins Kinderleben –**

Länderübergreifendes Modellprojekt mit bundesgeförderter Evalu-  
ation zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungs-  
kompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen. Ins-  
besondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohl-  
gefährdung im frühen Lebensalter

**Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben  
– der rechtliche Rahmen**

Dr. Thomas Meysen/Lydia Ohlemann

**Projekträger**

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie  
und Frauen

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen  
Rheinland-Pfalz

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend





## Gemeinsame Grundsätze Jugend- und Gesundheitshilfe (Meysen & Schönecker)

Transparenzgebot:  
Aufklärung über

- Zweck der Erhebung
- potenzielle Weitergabebefugnisse und -pflichten



Informationsweitergabe:

**„Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen“**





## Leistungen der Gesundheitshilfe



### Meldepflicht nach § 294a SGB V

Pflicht zur Mitteilung drittverursachter  
Gesundheitsschäden an Krankenkassen

- Angaben über Ursachen
- Angaben über mögliche Verursacher

Krankenkassen lassen sich von  
Strafverfolgungsbehörden unterstützen

- Ermittlung des Täters
- Ermittlung des Tathergangs





Jörg M. Fegert & Ute Ziegenhain (Hrsg.). Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz

STUDIEN UND PRAXISHILFEN ZUM KINDERSCHUTZ

Thomas Meysen,  
Lydia Schönecker, Heinz Kindler

## Frühe Hilfen im Kinderschutz

Rechtliche Rahmenbedingungen  
und Risikodiagnostik  
in der Kooperation von  
Gesundheits- und Jugendhilfe



JUVENTA





Was leistete unser Modellprojekt? Das Rad nicht neu erfinden, aber ...

**Unterstützung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit in den bestehenden Strukturen und mit den vorhandenen Ressourcen**

→ sozial- und datenschutzrechtliche Expertise

→ **Etablierung interdisziplinärer runder Tische**

standardisierte **Erfassung empirisch belegter Risikoindikatoren:**

Verständigung auf verbindliche und empirisch abgesicherte Standards

- systematisches Prüfen bekannter Risiken
- erprobte Verfahren für Jugend und Gesundheitshilfe

→ *Anhaltsbogen, Unterstützungsbogen JH, Leitfäden*

**Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen**

- präventive Angebote (Einbindung von Interaktionsdiagnostik und –förderung (*bewährt und erprobt, aber bisher kaum systematisch genutzt*))

→ *Entwicklungspsychologische Beratung*





## Runde Tische als Instrument interdisziplinärer Vernetzung (**manualisiertes Vorgehen**)

gemeinsame Informations- und Kommunikationsplattform als Grundlage für die Vereinbarung klarer Zuständigkeiten und verbindlicher Verfahrenswege

1. Runder Tisch  
Einführung ins Thema, Datenschutz, Screeninginstrument  
„Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“
2. Runder Tisch  
Rückmeldungen zur Angebots- und Vernetzungssituation  
(*Einsatz Anhaltsbogen, Diskussion der Angebots- und Vernetzungssituation vor Ort*)
3. Runder Tisch  
weitere Planung und Vereinbarungen, weitere Instrumente  
(*Unterstützungsbogen JH und Handreichungen*)

zwischen den Runden Tischen: **steuerungsfähige Arbeitsgruppen**, Treffen nach Bedarf, Erledigung von „Arbeitsaufträgen“





## Runde Tische als Instrument interdisziplinärer Vernetzung

klarer Auftrag und hohe Motivation der beteiligten Kommunen/  
hohe Verbindlichkeit (aber: zum großen Teil freiwilliges  
Engagement der beteiligten Akteure)

Zusammenstellung: **alle** Berufsgruppen und Institutionen, die  
mit Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in  
Berührung kommen

**(interdisziplinär/niedrigschwellig bis hochschwellig)**

Informationsvermittlung in die Kommune: **Multiplikatoren** bzw.  
Schlüsselpersonen (Rückmeldung der Informationen und  
Ergebnisse der Runden Tische in die jeweiligen  
Berufsgruppen/Institutionen bzw. Einbringen von Informationen  
und Anliegen in die Runden Tische)

Organisation und Steuerung vor Ort: **Koordinator/Innen** (wenn  
möglich aus der Kinder- und Jugendhilfe **und** aus dem  
Gesundheitssystem)





Was leistete unser Modellprojekt? Das Rad nicht neu erfinden, aber ...

**Unterstützung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit in den bestehenden Strukturen und mit den vorhandenen Ressourcen**

- sozial- und datenschutzrechtliche Expertise
- Etablierung interdisziplinärer runder Tische

standardisierte **Erfassung empirisch belegter Risikoindikatoren:**

Verständigung auf verbindliche und empirisch abgesicherte Standards

- systematisches Prüfen bekannter Risiken
- erprobte Verfahren für Jugend und Gesundheitshilfe

→ **Anhaltbogen, Unterstützungsbogen JH, Leitfäden, Entscheidungsbaum**

**Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen**

- präventive Angebote (Einbindung von Interaktionsdiagnostik und –förderung (*bewährt und erprobt, aber bisher kaum systematisch genutzt*))

→ *Entwicklungspsychologische Beratung*





## Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch (Kindler, 2007)

- empirisch gesicherte Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung
    - (5 Variablen, von denen jede für sich allein die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Kindeswohlgefährdung erhöht)
  - Übergang von Gesundheitshilfe zur Kinder- und Jugendhilfe (rund um den Zeitpunkt der Geburt)
  - Geburtskliniken und ggf. andere niedrigschwellige Institutionen
- Vermittlung früher und präventiver Angebote
- nicht „melden“, sondern ansprechen! (Rollenspiel)





# Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch



Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“



Werden Hilfen für einen guten Start ins Kinderleben benötigt?

## Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

mit \_\_\_\_\_

Name + Geburtsdatum Kind: \_\_\_\_\_

ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

(Mehrfachnennungen möglich)

- Mindestens eine besondere soziale Belastung**  
Ja Nein  
Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen / U-Untersuchungen**  
Ja Nein
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**  
Ja Nein  
Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes**  
Ja Nein  
Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden**  
Ja Nein
- Es treffen keine der genannten Kriterien zu.**





## Ergänzende Angebote für die Vernetzungscoordination

Workshop Kinderschutz (in Kooperation mit DIJuF)

Sensibilisierung für **diskrete Zeichen** von (drohender)  
Kindeswohlgefährdung

**Kommunikationstraining**, um Eltern ressourcenorientiert  
und unbedrohlich weiterführende Hilfen anzubieten und zu  
vermitteln

**datenschutzrechtliche Aspekte** im Kontext von (drohender)  
Kindeswohlgefährdung

**Dokumentationstraining** der Rechtsgüterabwägung von  
Datenschutz vs. Kindeswohlgefährdung

**Weitervermittlungstraining** von Eltern konkrete  
Ansprechpartner am Modellstandort absprechen





# Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter (Kindler et al.)



Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“



## Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe

Eltern: \_\_\_\_\_

Name + Geburtsdatum Kind: \_\_\_\_\_

ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

### 1. Grundlegende Probleme der Bezugsperson(en) (Mehrfachnennungen möglich)

- Eingeschränkte Fürsorgevorstellungen und –fähigkeiten der Bezugsperson(en) aufgrund eigener problematischer Kindheitserfahrungen  
Ja Nein
- Starke Überzeugung der Bezugsperson(en), der Versorgung und Betreuung des Kindes nicht gewachsen zu sein (negative Selbstwirksamkeitsüberzeugung)  
Ja Nein
- Es besteht ein Konflikt zwischen Fürsorgeanforderungen des Kindes und anstehenden eigenen Entwicklungsaufgaben der primären Bezugsperson(en)  
Ja Nein
- Die Fürsorge für das Kind verursacht gravierend und nachhaltig negative Stimmung bei der / den primären Bezugsperson(en)  
Ja Nein
- Vorliegen von Suchtverhalten bei der / den primären Bezugsperson(en), das den Fürsorgeanforderungen des/der Kinder entgegensteht.  
Ja Nein
- Generell starke Stimmungsschwankungen (erhöhte emotionale Instabilität) bei der /den primären Bezugsperson(en)  
Ja Nein
- Lebensgeschichtlich tiefgehend verankerte antisoziale Verhaltensweisen  
Ja Nein
- Stark herabgesetzte Belastbarkeit, evtl. aufgrund kognitiver Einschränkung oder depressiver Verstimmung  
Ja Nein





# Handreichung zum Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung („rote Fälle“)



Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“



Handreichung für Heilberufe zum Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung („roten Fällen“) – Schweigepflicht und Informationsweitergabe

Wenn im Kontext (potenzieller) Kindeswohlgefährdung („rote Fälle“) zeitnahes Tätigwerden erforderlich erscheint, kann zur näheren Einschätzung der Gefährdung und/oder der Etablierung weitergehender Hilfen im Einzelfall notwendig sein, dass Sie zwar nicht ohne Wissen, aber gegen den Willen der Patient/Innen bzw. Klient/Innen andere Stellen hinzuziehen (z.B. das Jugendamt).

Zunächst ist festzustellen, ob ein „roter Fall“ vorliegt. In diesem ersten Schritt ist die Gefährdungssituation einzuschätzen, und zwar sowohl im Hinblick auf das Gefährdungspotenzial als auch den Grad Ihrer Gewissheit.

### Grad der Gefährdungspotenziale:

Wie hoch schätzen sie die Beeinträchtigungen für das Kind ein, die von der Gefährdung (potenziell) ausgehen?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
sehr niedrig	niedrig	eher hoch	hoch	sehr hoch

### Grad der Gewissheit:

Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Einschätzung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
sehr unsicher	unsicher	eher sicher	sicher	sehr sicher

Befindet sich ein Fall unter beiden Aspekten im helloranen bis roten Bereich (3 bis 5), so ist im zweiten Schritt des Abwägungsvorgangs die konkrete Hilfebeziehung zu Ihnen als Berater/In zu bewerten. Erst aus dieser Einschätzung ergibt sich, ob Sie zur Informationsweitergabe gegen den Willen der Beteiligten etwas unternehmen sollten und ob sie dazu berechtigt sind. Einzuschätzen sind sowohl die eigenen Hilfemöglichkeiten als auch die Belastbarkeit Ihrer Beziehung zu den Patient/Innen bzw. Klient/Innen.

### Tragfähigkeit der konkreten Hilfebeziehung:

Wie gut ist es möglich, mit den eigenen beruflichen Hilfemöglichkeiten die Gefährdung abzuwenden?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht

Kann im Hinblick auf die Gefährdung verantwortet werden, die bestehende Hilfebeziehung zur/zum Patient/In für das (weitere) Werben für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfe zu nutzen?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht

Im diesem zweiten Schritt der Abwägung kommt es in besonderem Maße auf Ihre spezifischen fachlichen Möglichkeiten im Rahmen der konkreten Hilfebeziehung und Ihre persönlichen Kompetenz an. Diese haben Einfluss auf die Entscheidung und dürfen dies auch. Es ist hilfreich, dass Sie Ihre persönlichen Begrenzungen offen legen und als eine wesentliche Grundlage für die Hinzuziehung weiterer Hilfen mitteilen.

Befinden sich alle vier Einschätzungen im helloranen bis roten Bereich (3 bis 5), ist eine Informationsweitergabe sinnvoll und zulässig. Wenn keine andere Möglichkeit besteht, die Gefährdung abzuwenden, ist sie sogar geboten. In allen anderen Fällen bedarf es einer vorherigen Einwilligung der Patient/Innen bzw. Klient/Innen.

**Beachten Sie:** Wegen der Komplexität und hohen Subjektivität der Einschätzungsvorgänge sowohl bezüglich der Gefährdung als auch der Tragfähigkeit der konkreten Hilfebeziehung ist erforderlich, hierbei entsprechend erfahrene Fachkräfte zur – wenn möglich anonymisierten – Fachberatung hinzuzuziehen.

Die Entscheidung ist sorgfältig zu dokumentieren. Neben den obigen Einschätzungen soll die **Dokumentation** insbesondere enthalten

- eine differenzierte Beschreibung der Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Gefährdung sowie eine Gewichtung der Informationen,
- eine Schilderung, wann und wie und mit welchem Ergebnis mit den Beteiligten über die Gefährdungseinschätzung gesprochen und für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen geworben wurde.

Denken Sie daran, sich auch und gerade bei einer Informationsweitergabe gegen den Willen der Patient/Innen bzw. Klient/Innen diesen gegenüber **transparent** zu verhalten. Sie bringen damit Ihre **Verlässlichkeit** zum Ausdruck und belasten die bestehende Hilfebeziehung nicht zusätzlich. Dies erleichtert ein mögliches Anknüpfen, ggf. zu einem späteren Zeitpunkt, und stärkt für die weiteren Hilfeprozesse insgesamt das notwendige Vertrauen in die verschiedenen helfenden Stellen und Institutionen.





Was leistete unser Modellprojekt? Das Rad nicht neu erfinden, aber ...

**Unterstützung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit in den bestehenden Strukturen und mit den vorhandenen Ressourcen**

- sozial- und datenschutzrechtliche Expertise
- Etablierung interdisziplinärer runder Tische

standardisierte **Erfassung empirisch belegter Risikoindikatoren:**

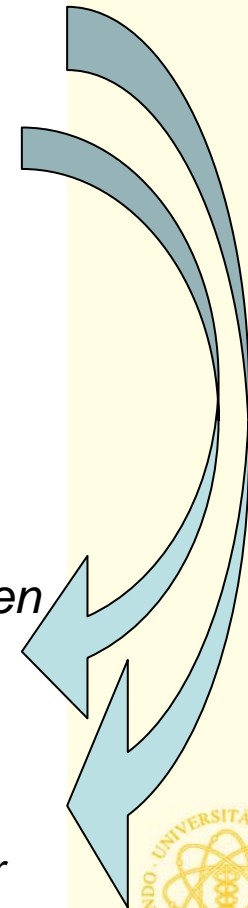
Verständigung auf verbindliche und empirisch abgesicherte Standards

- systematisches Prüfen bekannter Risiken
- erprobte Verfahren für Jugend und Gesundheitshilfe
- Anhaltsbogen, Unterstützungsbogen JH, Leitfäden

**Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen**

- präventive Angebote (Einbindung von Interaktionsdiagnostik und –förderung (*bewährt und erprobt, aber bisher kaum systematisch genutzt*))

**→ Entwicklungspsychologische Beratung**





## Intervention

Video-Sequenzen gelungener Interaktion  
Video-Sequenzen nicht gelungener  
Interaktion  
Anwesenheit des Kindes

Videoaufnahme

Videoaufnahme  
gemeinsamer  
Interaktion





# Forschungsbegleitung und Evaluation

---





## Interviews mit ExpertInnen zum Thema interdisziplinäre Kooperation im Kinderschutz

### Datenbasis:

### 27 Experteninterviews:

14 Interviewpartner aus der Gesundheitshilfe

13 Interviewpartner aus der Jugendhilfe

(Lesestoff insgesamt: ca. 1000 DIN A4 –Seiten)





## Auswertung

- **Anonymisierung und Transkription der Interviews**
- **deskriptive und qualitative Inhaltsanalyse** (atlas.ti; Mayring 2004)

### **Auswertungsraster:**

- Kooperationserfahrungen über Fallbeschreibungen
- hemmende / förderliche Faktoren
- Wunschliste mit Realitätsabgleich
- Emotionen
- Erwartungen / Vorurteile
- Verhaltensbeschreibungen von Risikofamilien
- Risikofaktoren
- Handlungsauslöser
- Zeitliche Aspekte
- Aspekte für Glossar (z.B. Fachbegriffe)
- datenschutzrechtliche Aspekte
- Präventionsansätze





## Wer kooperiert mit wem wie oft? Anzahl der Nennungen von Kontakten

	Jugendamt	Freie Träger Jugendhilfe	Gesund- heitsamt	Ärzte/ Psycho- therapeuten	nicht- akademische Berufe des Gesund- heitswesens	<i>Total</i>
Jugendamt	2	7	3	13	6	31
Freie Träger Jugendhilfe	7	9	3	11	3	33
Gesund- heitsamt	4	5	1	7	6	23
Ärzte/Psych o- therapeuten	4	9	0	14	2	29
Nicht- akademische Berufe des Gesund- heitswesens	2	2	1	8	1	14
<i>Total</i>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>130</b>





## Wie wird die Qualität der Zusammenarbeit bewertet?

(am Beispiel Jugendämter vs. Gesundheitswesen)

### **Bewertung der Jugendämter** aus der Sicht ihrer Kooperationspartner

- fallbezogene Aufgaben (z.B. Absprachen, Aufgabenteilung): werden ausgewogen als gelingend sowie nicht-geliegend bewertet ( + / - )
- fallübergreifende Aufgaben (z.B. Schaffung einer gemeinsamen Arbeitsbasis in der Kooperation, gemeinsame Standards): überwiegend nicht- gelingend ( - )
- Haltung gegenüber den Kooperationspartnern (z.B. Begegnung auf Augenhöhe, Wertschätzung): tendenziell positiv bewertet (+)





## Wie wird die Qualität der Zusammenarbeit bewertet?

(am Beispiel Jugendämter vs. Gesundheitswesen)

**Bewertung der Ärzte/Psychotherapeuten, sowohl an Kliniken als auch niedergelassene** aus der Sicht ihrer Kooperationspartner

- fallbezogene Aufgaben: werden überwiegend gelingend bewertet ( + )
- fallübergreifende Aufgaben: überwiegend nicht-gelingend (Schwierigkeit Ärzte in Fallübergreifende Strukturen wie z.B. Runde Tische oder Arbeitsgruppen einzubinden) ( - )
- Haltung gegenüber den Kooperationspartnern: deutlich nicht-gelingend bewertet (Kooperationspartner fühlen sich durch die Ärzte dominiert) ( - )





## Hemmfaktor: fehlendes Verantwortungsgefühl

*„Was es meiner Meinung nach am meisten hemmt ist, dass nicht jeder sich dafür zuständig fühlt (...)  
Es gibt dieses „Zuständigkeitsgefühl“ dafür nicht.  
Nicht bei vielen Ärzten und aber auch nicht bei vielen Mitmenschen.“*





## Jugendamt als letzte Alternative ...Zusammenarbeit als eigenes Versagen

*„Ja es war schon, also als wir die überhaupt nicht erreicht haben, fühlt man sich schon relativ hilflos. Also wirklich hilflos. Ich meine man steht da und erreicht die nicht. Und, ja, dann weiß man, dass das dann übers Jugendamt laufen muss“*





## Angst vor Anschuldigung

*„Ein heikles Thema, „ich will den Eltern nicht unrecht tun“, „ich will niemanden anschuldigen“, ja, auch einfach Unwissen „was kommt als nächstes?“. Das sind alles Aspekte, die zu einer Vermeidung führen, damit das Thema erst gar nicht ins Bewusstsein gelangt. Ausgeblendet sozusagen“*





## Hemmfaktor: Kinderschutz nicht als eigentliche Aufgabe

*„Jeder hat seine Aufgaben und wenig Zeit und ich denke nicht, dass es wirklich absichtlich ein Symptom ist, dass man sich davon fern hält von diesen Themen. Aber in der Pädiatrie wird es einem eher leicht gemacht, sich mehr auf den somatischen Bereich, auf die medizinischen Aspekte zu konzentrieren, damit ist man hinreichend ausgelastet, um diese psychosozialen Fragen eher gar nicht zu betrachten.“*





## Hemmfaktor: Dokumentation und mangelnde Übergaben

*„Der Bezirkssozialarbeiter war natürlich zu dem Zeitpunkt in Urlaub. Dann bin ich hin und hab die Akte gesucht. Tatsächlich bekannt. Dann hat man anhand der Akte allerdings nicht erkennen können, ob das wirklich „Kindswohlgefährdung“ ist oder nicht.“*





# Fragebogenuntersuchung „Vernetzung der Institutionen“



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm



## Guter Start ins Kinderleben Fragebogen zur Vernetzung

---

Ihre Standort-Kennziffer:

**Bitte beachten Sie:**

Im Folgenden werden Sie zu jeder der aufgezählten Institutionen/Praxen/... bezüglich Ihrer Zusammenarbeit befragt. Wenn Sie bei einer Institution die **Eingangsfragen A, B und/ oder C mit JA beantworten, überspringen Sie bitte alle weiteren Fragen bezüglich dieser Institution und gehen Sie zur nächsten über.**

Andernfalls beantworten Sie bitte auch die jeweiligen Fragen 1 bis 3.

---





# Fragebogenuntersuchung „Vernetzung der Institutionen“: Beispiel

## Erziehungsberatungsstelle

**A Ich arbeite in einer Erziehungsberatungsstelle.**

ja (bitte weiter zu Familienbildungsstätten)  nein

**B Ich habe (fast) nie Kontakt mit Erziehungsberatungsstellen.**

ja (bitte weiter zu Familienbildungsstätten)  nein

**C In dieser Stadt / diesem Landkreis gibt es keine Erziehungsberatungsstellen.**

ja (bitte weiter zu Familienbildungsstätten)  nein

**1 Wie häufig stehen Sie mit Erziehungsberatungsstellen bezüglich Fallarbeit im Kontakt?**

eher 1x in sechs Monaten  eher 1x im Monat  
 eher 1x pro Woche  mehrmals pro Woche

**2 Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)**

schriftliche Rückmeldungen  Fallkonferenzen  
 informeller Austausch  sonstiges

**3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Erziehungsberatungsstellen?**

schlecht  eher schlecht  
 eher gut  gut



## Analyse von Netzwerkstrukturen in den Kommunen

### Graphische Darstellung der Netzwerke

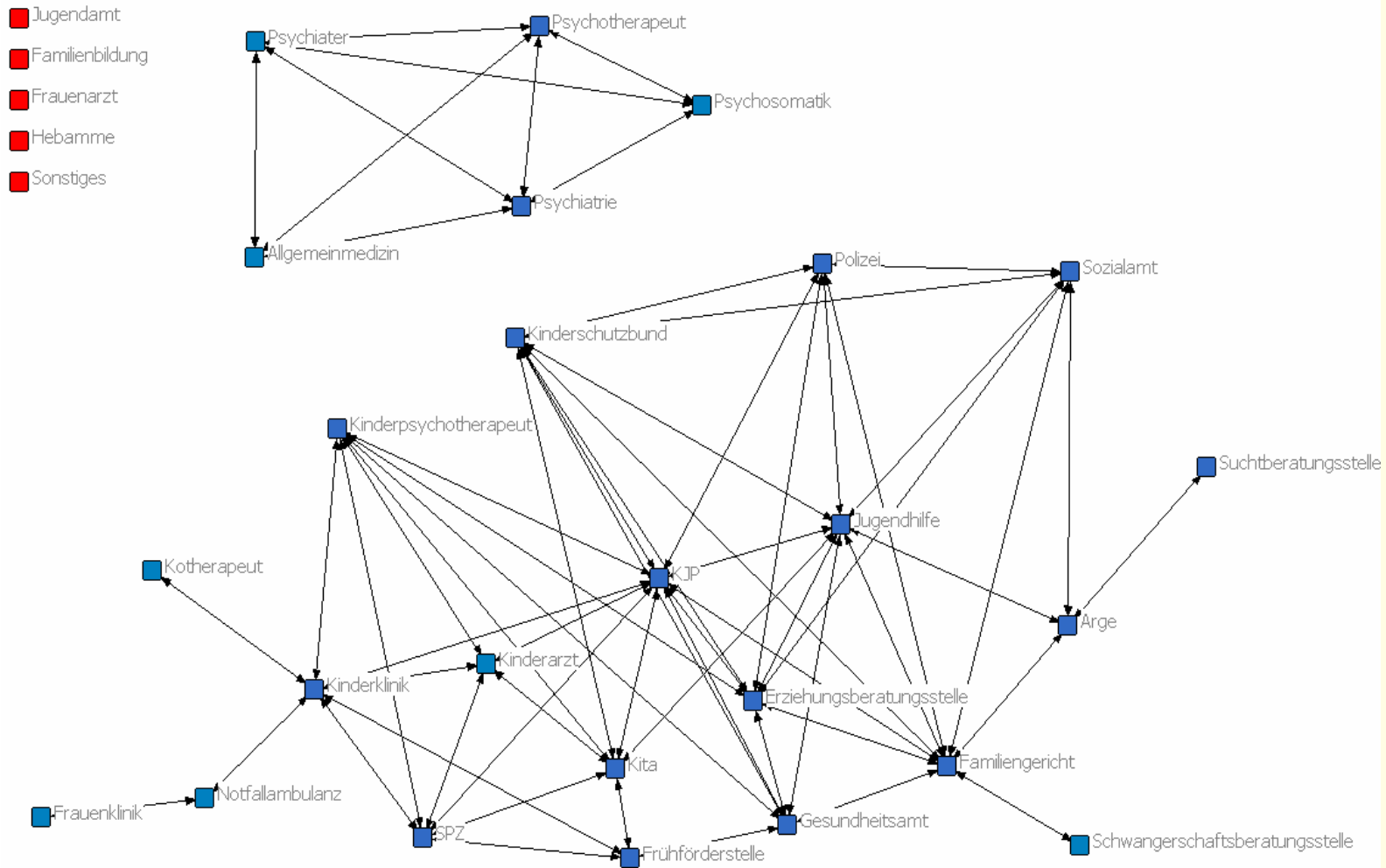
- Je mehr Verbindungen ein Knoten hat, desto zentraler ist er im Netzwerk.
- Die roten isolierten Knoten oben links sind so genannte Isolets. Diese haben *auf dem dargestellten Korrelationsniveau* keine Verbindungen zum Netzwerk.
- Die Länge der Linien hat keine Bedeutung.
- Die Position eines Knotens im Raum hat keine Bedeutung.





# Graphik: Netzwerk Kontakthäufigkeit

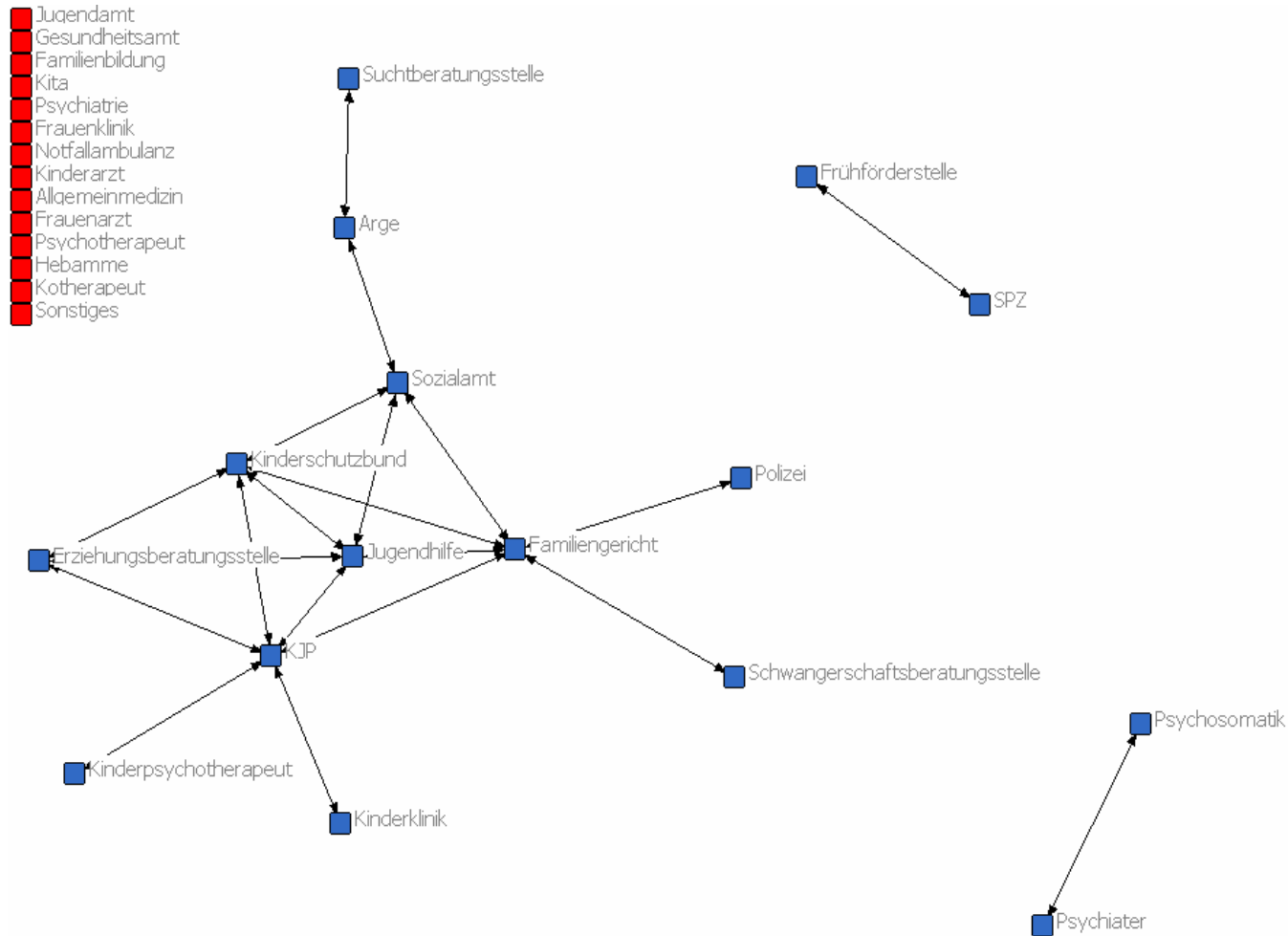
Datengrundlage: Korrelation von .4 der Häufigkeit des Kontaktes bezüglich der Fallarbeit.





# Graphik: Netzwerk Qualität der Zusammenarbeit

Datengrundlage: Korrelation von .5 der Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit.





## Fallbezogene Evaluation: Fragestellungen

### Hypothesen:

Mütter mit entwicklungspsychologischer Intervention verhalten sich zunehmend und nachhaltig feinfühlig und unterscheiden sich von den Müttern der Kontrollgruppe

Primary endpoints: > Feinfühligkeit Mutter (CARE-Index)  
> Kooperation Kind (CARE-Index)

- differenziell im Verlauf der ersten drei Lebensmonate des Säuglings
- im Vergleich mit einer Gruppe von Müttern ohne Intervention
- mittelfristiger Effekte drei und sechs Monate nach Beendigung der Intervention
- und zwölf Monate nach Beendigung der Intervention sowie mit 6 Jahren angestrebt





# Fazit

---





## Vernetzung im Kinderschutz: Was hilft? - Etablierung von Strukturen

**Runder Tisch** (manualisiert als Instrument interdisziplinärer Einbindung Institutionen/Personen; transparente, zeitnahe Informationen)

- neutrale Moderation (entlastend, versachlichend, verbindlich)
- Multiplikatoren (Rückbindung in die Berufsgruppen/Institutionen)

**themenbezogene** und **interdisziplinäre Arbeitsgruppen** (kleinere, arbeitsfähige Einheiten zur Planung und Steuerung)

**Koordinatoren vor Ort** (Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe)

**„One face-to-the Customer“**: Fachstelle/Clearingstelle an der Schnittstelle Jugend- und Gesundheitshilfe (Fallvermittlung, anonymisierte Beratung, Information)

**Etablierung verbindlicher Verfahrenswege und Verfahrensabläufe / Standards** (z.B. geregelte Zuständigkeitsklärung, standardisierte und empirisch abgesicherte Risikodiagnostik)





## Vernetzung im Kinderschutz: Was hilft? – Etablierung von Strukturen und Qualifizierungsmaßnahmen

Politisch administrative Top-Down-Verankerung → Nachhaltigkeit  
durch

- **administrative Verankerung und Steuerung** (Allokation von Ressourcen, Finanzierung der Zusammenhängearbeiten, Entgeltfinanzierung etc.)
- **Kinderschutzgesetze der Länder**  
(Bayern: Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz –  
-GDVG Art 14)
- **Länderinitiativen zur finanziellen Förderung** (z.B. Qualifizierungsoffensive zum Kinderschutz in Baden-Württemberg, E-learning Programm: Frühe Hilfen  
**Förderrichtlinie „Koordinierende Kinderschutzstellen“ zur interdisziplinären Vernetzung in Bayern,**  
Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz,  
Maßnahmenkatalog frühe Hilfen für Familien und wirksamen Kinderschutz“ in Thüringen )





Bayern

**Unterstützung der Kommunen bei der Etablierung  
„sozialer Frühwarnsysteme“ in der Form von  
Koordinierenden Kinderschutzstellen bayernweit**



Kinderschutz  
**Förderprogramm Koki**





Kinderschutz  
Förderprogramm KoKi

- Entschluss der Bayerischen Staatsregierung (12. Februar 2008): Kommunen werden seit 2009 bei der Etablierung sozialer Frühwarn- und Fördersysteme finanziell unterstützt: Verantwortungsbereich der Jugendämter: **Koordinierende Kinderschutzstellen**
  - Aufgabenbereich der KoKis: Netzwerkbetreuung und familienbezogenen Beratung vor Ort
  - geschieht durch Bündelung vorhandener Kompetenzen vor Ort und verstärktem interdisziplinären Austausch
  - Ziel: niedrigschwellige und frühzeitige Unterstützung von Eltern in problematischen Lebenslagen und Risikosituationen





Kinderschutz  
Förderprogramm KoKi

- KoKis sind **präventiv** mit der Sicherstellung des Kinderschutzes durch **Frühe Hilfen** befasst
- KoKis sollen eine nachhaltige und flächendeckende Etablierung eines systematischen, interdisziplinären Netzwerks für latent oder akut belastete Familien erreichen
- KoKis sollen etwaige Hemmschwellen bei den Familien und den Netzwerkpartnern gegenüber Hilfeangeboten der Kinder- und Jugendhilfe weiter abbauen
- Zielgruppe sind insbesondere Familien, deren soziale und ökonomische Lebensverhältnisse auf hohe Benachteiligung und Belastungsfaktoren hinweisen und deshalb erhöhter Unterstützung bedürfen





## KOMMENTAR

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



Die Politik hat in letzter Zeit das Ziel verfolgt, Lücken im Kinderschutz zu identifizieren und durch Modellprojekte und die Gesetzgebung zu schließen. Dadurch ist ein föderales Wettstreben um die bestmöglichen Zugänge zum Kinderschutz entstanden. Vorerorts sind verbindliche Früherkennungsuntersuchungen eingeführt worden. Doch das ist nicht ausreichend: Ein Bundeskinderschutzgesetz ist aus ärztlicher Sicht dringend erforderlich.

Datenschutznormen und die Angst vor einem Bruch der strafrechtlich ge-

vorgelegt worden, welche auch den Umgang mit der Schweigepflicht von Berufsheimlichkeitsgeheimnissen betreffen. Da § 203 Strafgesetzbuch die unbefugte Informationsweitergabe unter Strafe stellt, wird in vielen Bundesländern eine spezielle Befugnis zur Informationsweitergabe konstruiert. Diese macht sich an gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung fest. In manchen Bundesländern bezieht sich eine solche Befugnisnorm nur auf die Früherkennungsuntersuchungen. Bayern hat im Mai 2008 generell Melde-

che Vielfalt von Meldepflichten versus Befugnisnormen für Ärzte aus der Welt geschafft. Die vorgesehene Neuregelung, die das „Abtauchen von Familien durch Jugendamtschopping“ verhindern soll und eine zuverlässige Fallübergabe bei einem Ortswechsel sicherstellen soll, ist dringend geboten. Zu begrüßen ist, dass eine Evaluationspflicht mit klarer zeitlicher Befristung bis zum 31. Dezember 2012 vorgesehen wird. So kann sichergestellt werden, dass die vielfältigen positiven Veränderungen in den einzelnen Ländern auch empirisch über-

### KINDERSCHUTZ UND SCHWEIGEPFLICHT

## Bundeseinheitliche Regelung dringend notwendig

schützten ärztlichen Schweigepflicht werden immer noch als Hindernis wahrgenommen. Das scheinbare Gegensatzpaar Datenschutz versus Kinderschutz ist allzu oft problematisiert worden. Dabei hat man übersehen, dass es in den meisten Fällen gelingt, Sorgeberechtigte in Risikosituationen davon zu überzeugen, mit dem Jugendamt Kontakt aufzunehmen – wenn sich die behandelnden Ärzte in einem persönlichen Gespräch dafür einsetzen. Es bleibt der Königsweg bei der Übermittlung von Daten, die Eltern hierüber zu informieren und die Zustimmung einzuholen. Häufig drohte auch angesichts der Parole „Kinderschutz geht vor Datenschutz“ in Vergessenheit zu geraten, dass die privilegierte und geschützte Arzt-Patienten-Beziehung im Kinderschutz eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass sich Patienten den Ärzten anvertrauen. Wenn ein Arzt Daten weitergibt, darf die Grundlage dafür nur eine Güterabwägung im Einzelfall sein.

Seit 2007 sind in zahlreichen Ländern neue Gesetze in Kraft getreten beziehungsweise sind Gesetzentwürfe

pfllichten für Personen, die der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt unterliegen, eingeführt. Diese gut gemeinte Regelungsvielfalt hat nicht zu mehr Handlungssicherheit bei der Ärzteschaft geführt. Die Regelungen, die den Arzt in nicht täglich auftauchenden Extremsituationen unterstützen sollen, müssen nachvollziehbar und bundeseinheitlich sein.

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf für ein Bundeskinderschutzgesetz (Drucksache 16/12429 vom 25. März 2009) vorgelegt, der nach einer Expertenanhörung zu scheitern droht. Fachorganisationen und Verbände der Jugendhilfe haben sich an die Bundesfamilienministerin gewandt und gefordert, den Gesetzentwurf aufzugeben. Eine sachliche Erörterung sei nicht erfolgt und die vom Familienministerium angekündigten Kompromisse seien nur im Sog des Wahlkampfs zu verstehen. Dies ist falsch, denn unter Druck zeichnet sich ein guter Kompromiss mit Beschränkung auf unbestreitbar Wichtiges ab: Wegen der Vorrangigkeit der Bundesgesetzgebung würde die unüberschaubare und schädli-

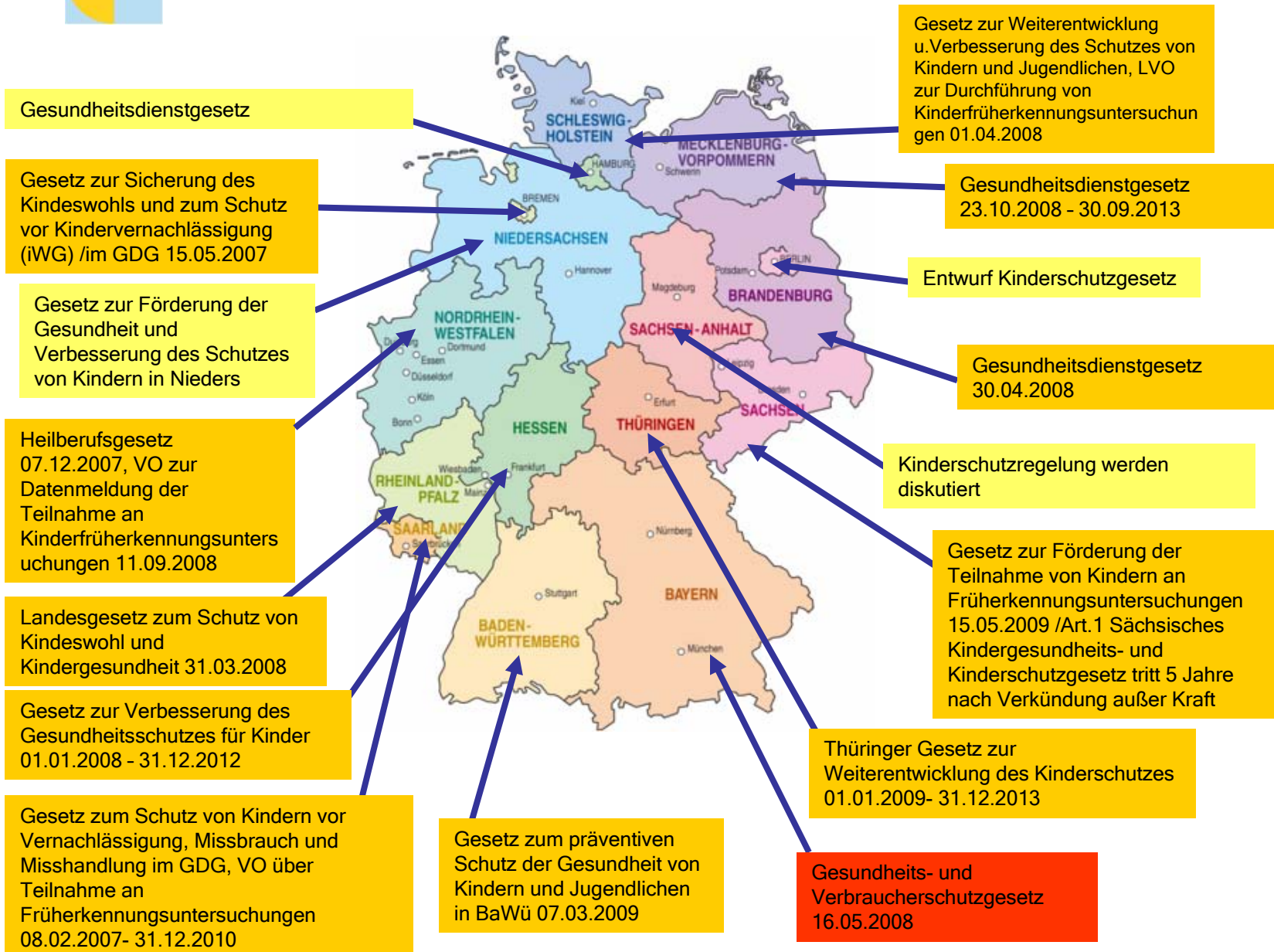
prüft und dann das Bewährte bundesweit eingesetzt wird. Allerdings werden weiterhin wichtige Bereiche, wie die Vernetzung und die Förderung präventiver Hilfen nicht erfasst. Aus ärztlicher Sicht ist zu bedauern, dass der § 294 a Sozialgesetzbuch V durch dieses Gesetz nicht verändert wird. Nach wie vor führt die Pflicht zur Mitteilung dritter verursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen dazu, dass in der ärztlichen Praxis meist entsprechende Diagnosedokumentationen unterbleiben.

Sollten diese Bestimmungen nicht verabschiedet werden, könnte deutlich mehr Schaden entstehen. Alle Berufsgruppen sind bereits aufgeteilt und verunsichert. Die Verabschiedung eines vernünftigen Kompromisses gäbe den Berufsheimlichkeitsgeheimnissen Handlungssicherheit und würde die bundeseinheitliche Überarbeitung der ärztlichen Leitlinien ermöglichen. Vor allem würden der Praxis die notwendige Ruhe, Zeit und hoffentlich auch die entsprechenden Ressourcen gegeben, die vielen positiven Veränderungen im Kinderschutz besser zu etablieren und auch bundesweit zu evaluieren. ■





# Regelungslandschaft





## Gegenüberstellung der Regelungen zu Meldebefugnissen und Meldepflichten

	<b>Baden-Württemberg (§ 1 V KiSchG)</b>	<b>Bayern (Art. 14 VI GDVG)</b>
<b>Adressaten</b>	Beschäftigte der Gesundheitsämter oder sonstige Personen im Sinne des § 203 StGB	Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger
<b>Anlass</b>	Gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls	gewichtige Anhaltspunkte für Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch eines Kindes
<b>Besondere Voraussetzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fachliche Mittel reichen nicht aus</li><li>• Personensorge-berechtigte nicht in der Lage oder nicht bereit</li></ul>	
<b>Folge</b>	Befugnis zur Mitteilung an das Jugendamt	Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung an das Jugendamt



## Gesetzesregelung Bayern

- Ist „versteckt“ im: **Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz - GDVG)**
- **Da heißt es in Artikel 14 zum Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter (6):**  
Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen





## Expertenbefragung in Ulm und Neu Ulm (beide Kommune keine Modellregion ! )

Knorr und Fegert (2009)

- Telefonisch befragt wurden **sämtliche Kinderärzte (Vollerhebung)** und die **Allgemeinmediziner** in Ulm und Neu - Ulm die innerhalb von 3 Wochen im Juni und Juli 2009 erreicht werden konnten.
- Da in Ulm wesentlich mehr Ärzte tätig sind, nahmen auch mehr Ärzte aus Ulm an der Untersuchung teil.
- Repräsentativität: Bei den Kinderärzten wurde eine Beteiligung von 100% erreicht.





## Die Stichprobe

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



Wissen Sie ob Ihr Bundesland eine eigene gesetzliche Regelung zu diesem Thema getroffen hat?

	Häufigkeit	Prozent
ja	<b>4</b>	<b>6,9</b>
nein	49	84,5
verweigert	5	8,6
Gesamt	58	100,0



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

	Häufigkeit	Prozent
ja	22	37,9
nein	<b>31</b>	<b>53,4</b>
verweigert	5	8,6
gesamt	58	100,0



## Ist die Schweigepflicht jetzt anders geregelt als früher?

	Häufigkeit	Prozent
ja	12	20,7
nein	32	55,2
weiss nicht	9	15,5
verweigert	5	8,6
gesamt	58	100,0



## Fazit der Befragung

- Nur 5 der 58 erreichten Ärzte verweigerten die Auskunft
- Der Kenntnisstand von Kinderärzte/ Ärztinnen unterscheidet sich nicht signifikant von dem der Allgemeinmediziner/ -innen.
- Der Kenntnisstand um die Gesetzgebung unterscheidet sich zwischen den beiden Bundesländern nicht signifikant.
- Keiner der befragten bayerischer Ärzte nennt seine Meldepflicht.
- In Ba-Wü gehen zwei Ärzte fälschlicherweise davon aus, dass sie Meldepflicht haben.
- Keiner der befragten Ärzte in Ba-Wü nennt die Tatsache, dass er erst selbst den Rahmen seiner Möglichkeiten ausschöpfen muss, bevor er weiter meldet.
- Ein einziger Arzt in Ba-Wü sagt, dass er zu aller erst mit den Angehörigen spricht.
- Insgesamt geben nur 4 Ärzte an, nicht zu wissen wie Ihre Schweigepflicht im Bereich Kinderschutz geregelt ist.
- 54 Ärzte machen Angaben. Diese entsprechen inhaltlich am ehesten der Befugnisnorm, wie es sie in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz gibt, sind aber häufig sehr unpräzise und nicht immer richtig.





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

- Zitat: „Weiß nicht. Ich rede mit Jugendschutz - Menschen über alles was mir am Herzen liegt. Ich fühle mich da nicht unsicher.“
- Zitat: „Die Schweigepflicht ist immer gleich geregelt.“  
Nachfrage: „Wie denn konkret?“ Antwort: „Das weiß ich nicht. Das entscheide ich dann für mich.“



## Vernetzung im Kinderschutz: Was hilft? – unterstützende Strategien **Bottom up**

### Beziehungstiftung/Beziehungspflege

- Projektname, „Kick-Off“-Veranstaltung, Modellprojekt als identitätsstiftende Initiative, („wir haben doch das gemeinsame Projekt ...“)
- Integration aller im Frühbereich Tätigen
- „Win-Win“-Situationen gestalten (vertrauensbildend)

### anonymisierte Fallberatung/kollegiale Supervision

- Entwicklung gemeinsamer Sprache
- zunehmendes Wissen um Kompetenzen und Grenzen der jeweils anderen Berufsgruppe
- Entwicklung/Verbesserung von Verfahrensabläufen

**gemeinsame Lerngruppen** (z.B. interdisziplinäre Weiterbildung  
Entwicklungspsychologische Beratung; Workshop Kinderschutz)

(modifiziert nach Modellen aus der Wirtschaft/Management z.B. Neuberger, 1991)





## Vernetzung im Kinderschutz: Was hilft? - **Kommunikation und Haltung**

Fähigkeit zur Kommunikation „auf Augenhöhe“ von allen  
Seiten

Kenntnis der Rahmenbedingungen und der Rechtslage

gegenseitige Wertschätzung (subjektive  
Vorurteilsstrukturen)

Transparenz und Partizipation

Perspektive des Kindes

hinreichend gut statt perfekt

„Fehlerkultur“





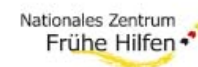
# DISSEMINATION

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





# Werkbuch Vernetzung - Inhaltsübersicht

Vorworte

Einleitung

1. Frühe Hilfen und Kinderschutz: Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung
2. Das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“
3. Die Partner der Vernetzung
4. Die Instrumente der Vernetzung
5. Die Schaffung gemeinsamer Standards und Vorgehensweisen
6. Die Absicherung der Nachhaltigkeit

Glossar





Themenheft aus dem Projekt

B 8495

# Frühförderung interdisziplinär



Zeitschrift für Praxis  
und Theorie der frühen  
Hilfe für behinderte und  
entwicklungsauffällige  
Kinder

28. Jahrgang 2. Quartal  
**2/2009**





## Frühe Hilfen und interdisziplinäre Vernetzung

49 *Editorial*

*Originalarbeiten:*

51 Anne Katrin Künstler, 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.

[www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de)

 reinhardt





## Fazit: Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe als Schlüssel

Gesundheitsberufe einbinden, damit sie:

Eltern erreichen und für Hilfe gewinnen

öffentliches Bewusstsein verändern

prekäre Lebenssituationen erkennen

gemeinsame Sprache , Fachlichkeit und Rechtskenntnis entwickeln

gemeinsam helfen und schützen

mit vergleichbaren Standards dokumentieren

→ nachhaltige Verbesserung im Kinderschutz





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!





**Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie**

**Universitätsklinikum Ulm**

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /  
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

**Steinhövelstraße 5  
89075 Ulm**

**[www.uniklinik-ulm.de/kjpp](http://www.uniklinik-ulm.de/kjpp)**



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

