



# Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie



# Abschätzung des Gefährdungsrisikos von Kindern und Jugendlichen, (Diagnostik und Prognose)

**Weiterqualifizierung von  
Fachkräften,  
Kooperation und Vernetzung**

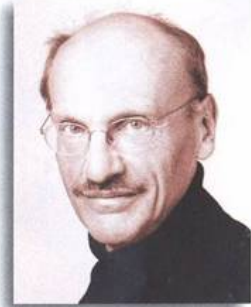
**J.M. Fegert, Ulm Villa Eberhardt 2.5.06, Ravensburg 3.5.06**

- **Diagnostik und Entwicklungsprognose**  
(Interaktions-/Risikoeinschätzung) praktische und methodische Probleme
- präventive und risikogruppenspezifische Angebote  
(manualisierte und evaluierte Interventionsprogramme)
- Weiterqualifizierung von Fachkräften (entwicklungs-  
(psycho)pathologisch fundierte diagnostische Kompetenzen)
  - klare und verbindliche Verfahrensstandards (z.B. Deutscher Städtetag, 2003; Zeit, Hausbesuche, Vorgehen bei Zuständigkeitswechsel etc.)
- **Interdisziplinäre Vernetzung**

- (1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das **Gefährdungsrisiko** im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

- **(2) In Vereinbarungen mit den Trägern und Einrichtungen, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des **Gefährdungsrisikos** eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.**

# Der Referenten - Kommentar jetzt



Ministerialrat Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner hat als langjähriger zuständiger Referatsleiter im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das SGB VIII maßgeblich mitgestaltet, ebenso wie die jüngsten Änderungsgesetze TAG und KICK.

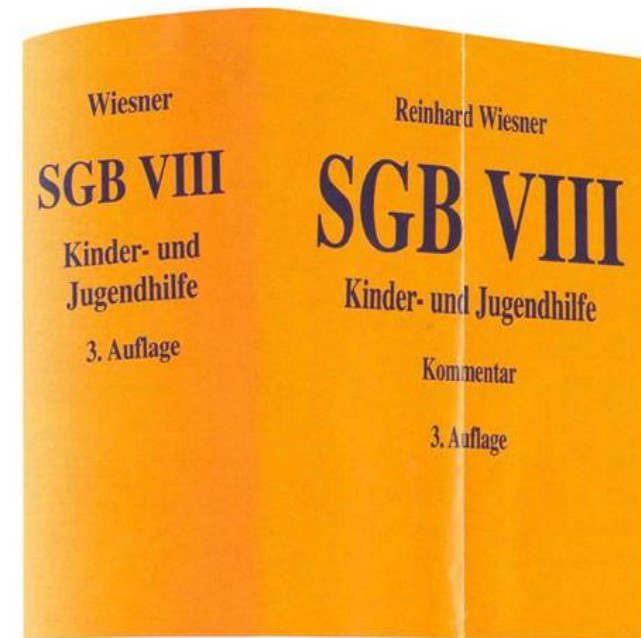
*„Unser Kommentar wendet sich in erster Linie an die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, genügt aber in gleicher Weise auch hohen wissenschaftlichen Ansprüchen. Er ist für alle Professionen geschrieben, die in diesem Fachgebiet tätig sind: Juristen, (Sozial-)Pädagogen, Verwaltungsfachkräfte, Ärzte und Psychologen.*

*Das Werk stellt das komplexe Feld des Kinder- und Jugendhilferechts mit seinen verfassungsrechtlichen Grundlagen und seinen Schnittstellen zum Kindschafts- und zum Jugendstrafrecht dar. Die Kommentierung ist kompakt gehalten und ermöglicht dank ihrer übersichtlichen Struktur den schnellen Zugriff auf alle Themen.“*

Wiesner  
**SGB VIII**  
Kinder- und Jugendhilfe  
3. Auflage. 2006.  
XXXII, 1853 Seiten.  
In Leinen € 79,-  
ISBN 3-406-51969-5  
Erscheint Mitte April 2006

**Bearbeitet von  
ausgewiesenen Kennern**

Prof. Dr. Jörg Fegert, Ulm;  
Thomas Mörsberger, Stuttgart;  
Prof. Dr. Helga Oberloskamp,  
Köln; Jutta Struck, Ministerial-  
rätin in Berlin; Prof. Dr. Dr. h.c.  
Reinhard Wiesner, Ministerial-  
rat in Berlin



C.H.Beck



- Behl, Conyngham, May 2003 (Child abuse and neglect 27, p. 215 -229)
  - Analysebasis 2090 Artikel in 6 Fachzeitschriften von 1977 – 1998
    - Zunahme quantitativ – empirischer Arbeiten & Abnahme theoretischer Arbeiten
    - Anstieg sexueller Missbrauch, Rückgang Kindesmisshandlung
    - Vernachlässigung und emotionale Misshandlung gleich bleibend niedrig
    - Forschungsdefizit zu Jungs als Betroffene auch bei körperlicher Mißhandlung

- Kategorialer vs. dimensionaler Ansatz
- Situative Momentaufnahme vs. Verlaufseinschätzung
- Diagnostik des Kindes vs. Interaktionsdiagnose
- Risikoerfassung vs. Ressourcenwahrnehmung
  - Resilienz?
  - Vorhersagegenauigkeit (Sensitivität/Spezifität)
  - Irrtumswahrscheinlichkeit bei Prognosen gerade angesichts des großen Entwicklungspotentials

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

# Risikoindikatoren für Entwicklungsgefährdung bei Säuglingen

Bereich	Risiko
<b>Eltern-Kind-Interaktion</b>	<p><b>Mutter:</b> <u>emotional zurückgezogen</u> (ausdruckslos, Schweigen, körperlich entfernt) und/oder <u>(verdeckt) feindselig, aggressiv</u> (hänseln, abrupt, invasiv, anstarren, beschimpfen, schütteln etc.)</p> <p><b>Kind:</b> <u>passiv</u> und/oder „eingefroren“, <u>erstarrt, körperlich inhibiert</u> (leerer Gesichtsausdruck, eingeschränktes Spiel, wenig Kontaktinitiative, apathisch, teilnahmslos, auffällig wenig Signale von Missbehagen, Weinen; Verhalten wirkt entwicklungsinadäquat)</p>
<b>Gesundheits-Zustand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kind wirkt mangelernährt, blass;</li> <li>- mangelnde Hygiene</li> </ul>
<b>Erziehungskompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- massive Über- und/oder Unterschätzung dessen, was der Säugling (entwicklungsgemäß) kann</li> <li>- fehlendes Einfühlungsvermögen in Bedürfnisse/Befindlichkeit des Kindes</li> </ul>
<b>Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nimmt Vorsorgeuntersuchungen nicht regelmäßig wahr und/oder wechselt häufig den Kinderarzt</li> <li>- unzuverlässige, unregelmäßige Versorgung</li> </ul>
<b>Einsicht/Offenheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wenig Einsicht in eigene erzieherische/pflegerische Unzulänglichkeiten; erlebt Hilfeangebote/Beratung als Vorwurf</li> </ul>
<b>Kontext/Lebenssituation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine soziale Unterstützung (kein Babysitter/Vertrauensperson bei Belastung/praktische Hilfen)</li> <li>- psychische Erkrankung</li> <li>- Drogen-/Alkoholmissbrauch,</li> <li>- Gewalt in der Partnerschaft</li> <li>- keine selbständige Lebensführung</li> </ul>

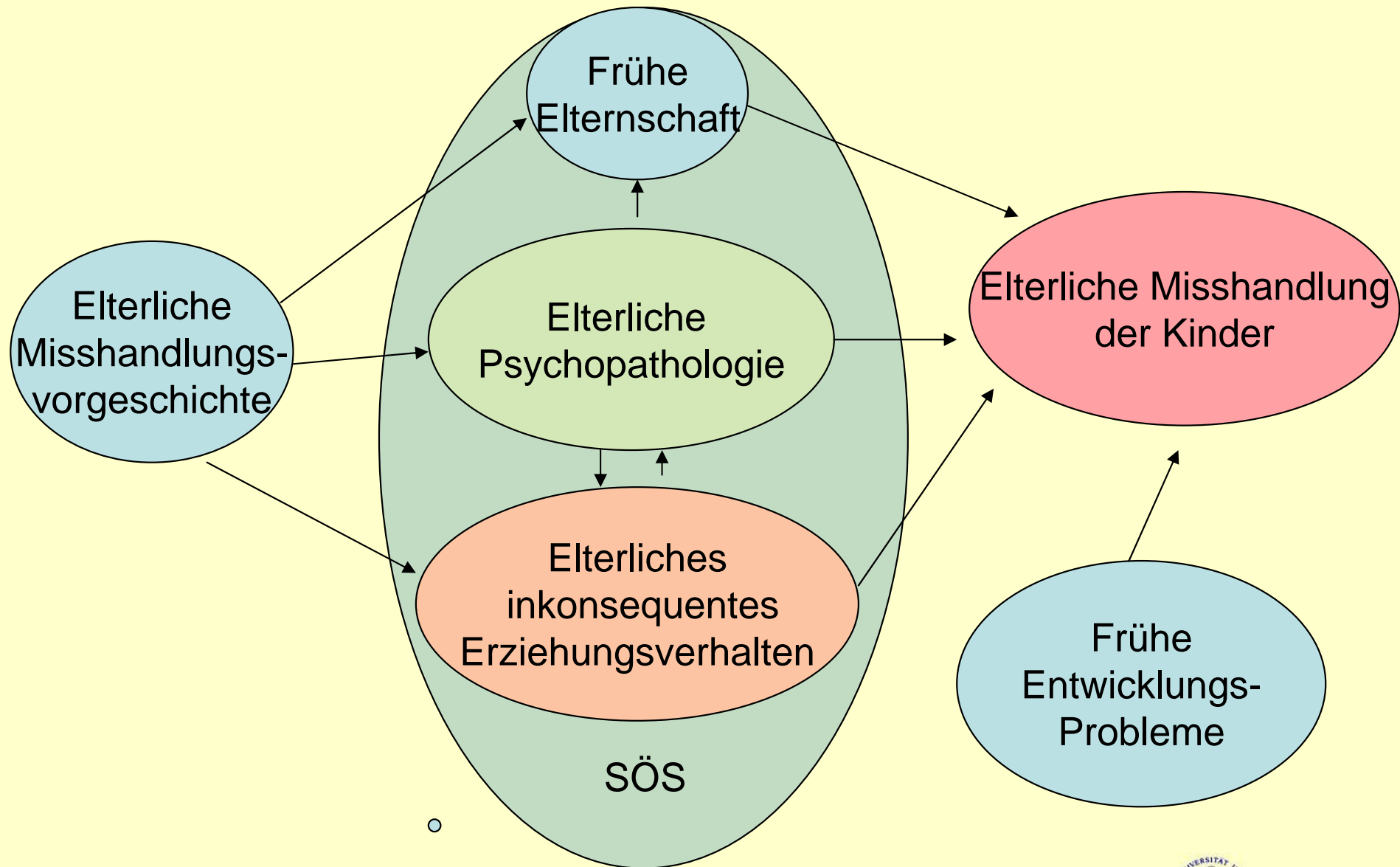
- Schwere psychische Erkrankung der Betreuungsperson
  - Sucht und Drogen
  - Depression, Suizidalität
  - Schizophrenie
- Häufige Wechsel des Betreuungssettings
- Sozioökonomische Belastung, Stigma
- Belastung durch Trennungsfolgen, erzwungener Umgang etc.
- Belastung durch vorausgegangene Traumata
- Belastung durch Behinderung oder schwere Erkrankung eines Kindes



# Prospektivstudie zur intergenerationalen Misshandlung

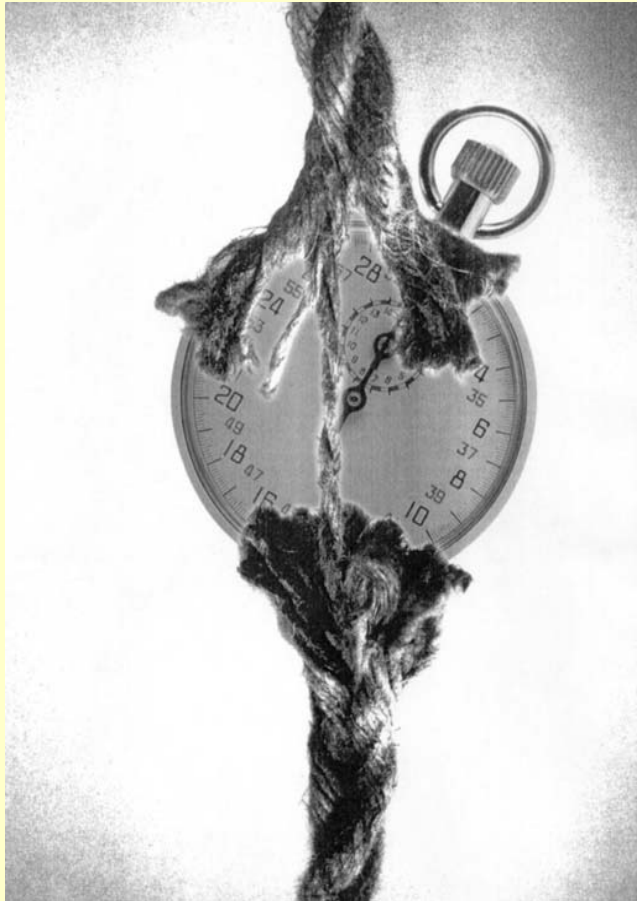
- Pears & Capaldi 2001 Child Abuse & Neglect 25, 1439 – 1461
- 109 Eltern und ihre männlichen Kinder
  - Transmissionsrate 23% (vgl Studie Zigler 1987 30%)
  - Die Eltern, die misshandelten waren doppelt so häufig selbst misshandelt worden
  - Eltern die mehrfach missbraucht worden waren und dabei körperliche Gewalt erfahren hatten, zeigten das höchste Risiko selbst zu misshandeln

# Modell Pears & Capaldi 2001



# Kindeswohlgefährdung eine Prognosefrage (Minimalbedingungen)

- Der deutsche BGH in Zivilsachen definierte Kindeswohlgefährdung juristisch als „mit ziemlicher Sicherheit vorhersehbare erhebliche Schädigung in der weiteren Entwicklung“
- „wertausfüllungsbedürftiger Rechtsbegriff“
  - Eingriffsmaßstab und Eingriffslegitimation
    - (MünchKomm-Hinz 1987 §1666 BGB Rz. 23)
- Nach Münder et al. 2000 treffen Gerichte
  - auf der Basis humanwissenschaftlicher Erkenntnisse
  - Entscheidungen, die soziale Lebensverhältnisse mitgestalten



**Ziele: => Verbesserung der  
(Rückfall-)Prognose  
=> risikoadjustierte  
Interventionsplanung**

- **Empirische Prädiktor-Verfahren:  
Risikofaktoren-Checklisten**  
z.B. Michigan-Modell (Wagner et al. 1996),  
Ontario-Risk-Assessment-Modell (Trocme et  
al. 1999)
- **Konsensus-basierte  
Entscheidungsmodelle** (z.B. Baird &  
Wagner 2000, Children and Youth Services  
Review 22:839-871)

**Cave: Sensitivität u. Spezifität  
max. 70 %**

## Mangel an Evaluation, kaum kontrollierte Studien

- **Primärprävention:**  
**home visitors (junge Eltern aus Risikogruppen)**  
**=> bessere Eltern-Kind-Beziehungen**  
**=> geringere Inzidenz körperl. MH 4% : 19 %**  
(Daro & Gelles 1992, J Interpers Violence 7:517-31)  
**flächendeckende Programme wenig effektiv** (Healthy Start Hawaii, Daro & McCurdy 1996, Gomby et al. 1999, The Future of Children 9:4-26)
- **Sekundärprävention: kontinuierliche Anbindung an Sozialdienst reduziert MH-Risiko um 33 %** (DePanfilis & Zuravin 2002, Child Abuse & Neglect 26:187-205)
- **Psychotherapie nach sex. Missbrauch:** kaum Evidenz, aggressives und sexualisiertes Verhalten persistiert, anfängliche Symptomarmut und Spätfolgen beachten  
(Finkelhor & Berliner 1995, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:1408-1423)

## Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/034

# Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch

### 1. Klassifikation

Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch sind relevante psychosoziale Belastungsfaktoren und werden deshalb auf der Achse 5 des multiaxialen Klassifikationsschemas (assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) erfasst: *Extrafamilialer Missbrauch (6.4); sexueller Missbrauch innerhalb der Familie (1.4), körperliche Kindesmisshandlung (1.3)* und Vernachlässigungssymptome wie *Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (1.0), Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (4.2), unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung (4.1) und unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern (4.3)* sowie *feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung (1.2)*.

Die Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1 bzw. DSM-IV 309.81) setzt voraus, dass die Person, bei der diese Diagnose gestellt wird, mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert war. Sie findet sich deshalb gehäuft bei Kindern, die Opfer von Misshandlungen und Missbrauch wurden. Im Kontext früher Vernachlässigung, aber auch bei den anderen Misshandlungsformen gilt es vor allem bei frühzeitigem Einwirken auch die Diagnose der reaktiven Bindungsstörungen des Kindesalters F94.1 zu beachten.

#### ◦ 1.1. Definition

##### ***Vernachlässigung:***

- Körperliche Vernachlässigung: nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen kann (bis hin zum psychosozialen Minderwuchs)
- Emotionale Vernachlässigung (Deprivation): Ein nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot.

# Die Entdeckung des Kinderschutzes im 20. Jahrhundert



**C. Henry Kempe**  
1958 Child Protection  
Team (Denver)

Kempe CH et al. (1962)  
The battered child  
syndrome. JAMA  
282:107-112

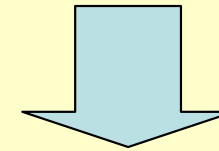
**Meldepflicht => Child protective services**

1968 Kempe CH & Helfer RE (Eds.)  
The Battered Child, 1st Ed., Chicago

1972 National Center for the Prevention  
and Treatment of Child Abuse and  
Neglect

1977 International Journal: Child Abuse  
and neglect

- **1896: BGB §1631 Abs.2**  
väterliches Züchtigungsrecht



- **2000: BGB §1631 Abs.2**  
„Kinder haben ein Recht auf  
gewaltfreie Erziehung“
- **1989: UN-Kinderrechts-**  
**konvention Art. 19** „Schutz  
vor ... Misshandlung, Verwahr-  
losung oder Vernachlässigung,  
... Ausbeutung einschl. sex.  
Missbrauch“

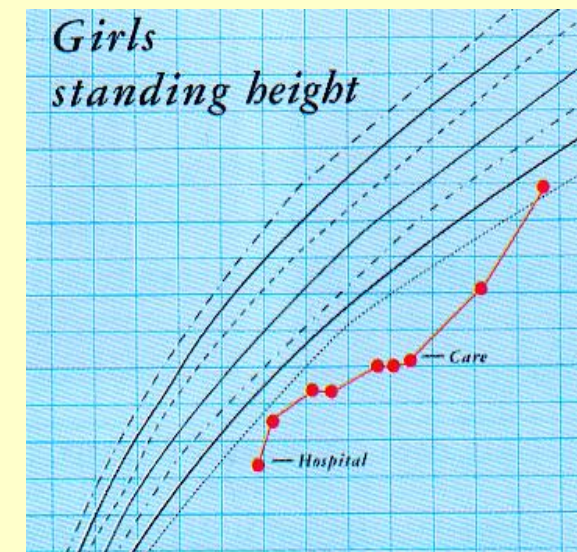
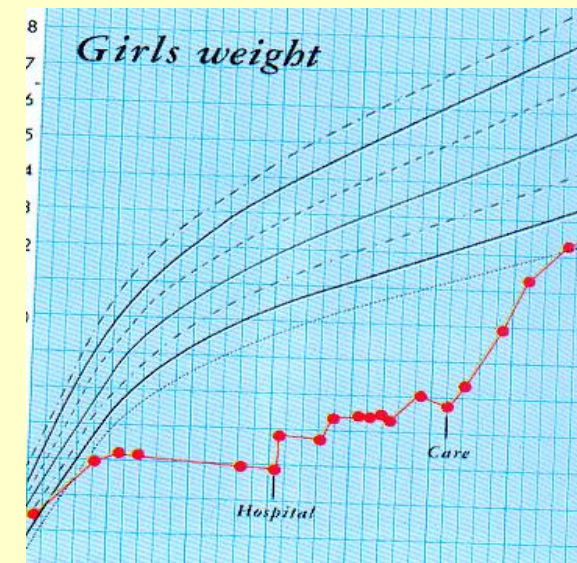
# Formen der Kindesmisshandlung: 1. Vernachlässigung

Mangel an: Pflege, Ernährung,  
Bekleidung, Gesundheitsförderung,  
sozialen Kontakten, emotionaler  
Zuwendung, Schutz und Aufsicht  
durch Erwachsene, erzieherischer  
Leitung und Anregung  
=> Entwicklungsstörungen

Heimkinder:

42 % Sterblichkeit (Chapin 1915)  
„anaklitische Depression“ (Spitz 1945)

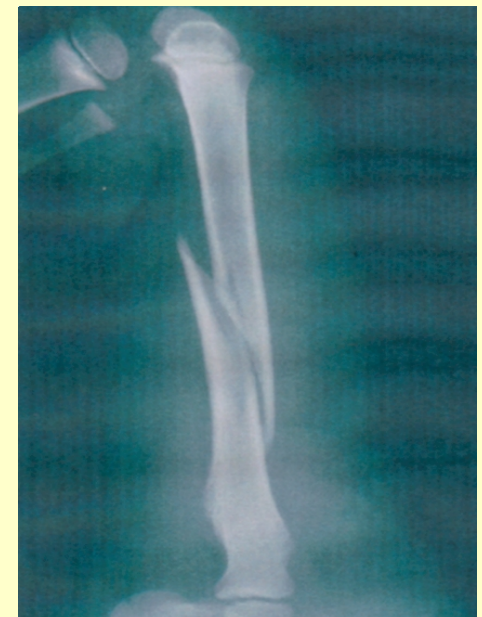
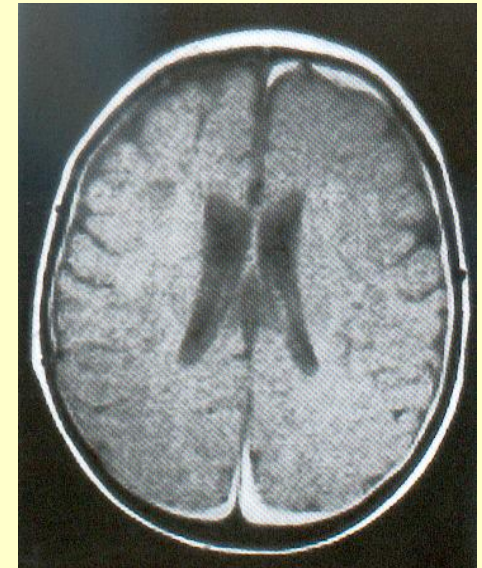
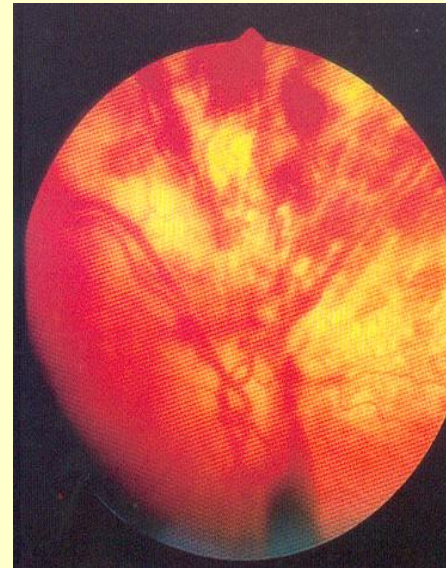
z.B. Psychosoziale(r) Minderwuchs/  
Gedeihstörung, deprivationsbedingt,  
ohne krankhafte organische Ursache  
**Wachstumshormonsuppression?** Ja:  
Powell et al. 1967, New England J Med 276:1279-83;  
variabel: Hopwood & Becker 1979, Child Abuse &  
Neglect 3:439-447



**DD: Unfall => Anamnese,  
Verletzungsmuster,  
=>Plausibilitätskriterium:**  
radiologische Diagnostik:  
keine intrakraniellen  
Verletzungen bei Stürzen  
aus Klinikbett (Nimityongskul  
1987, Oates 1997) oder akziden-  
tellen Treppenstürzen (William  
1991)

**Häufig impulsive Aggression  
in Stresssituationen:**  
Schläge, Schütteln,  
Festhalten, Würgen,  
Verbrennungen,...

**vulnerabel: Säuglinge und  
Kleinkinder**



**Def.:** „Beteiligung an sex. Handlungen, die Ki. und Jgdl. nicht verstehen, dazu kein wesentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus verletzen und zur sex. Befriedigung eines Nichtgleichaltrigen oder Erwachsenen dienen“ (Schechter & Roberge 1978)

- **Überwiegend Familientäter, Strafanzeigen eher gegen Fremdtäter**
- **selten spez. körperliche Befunde (Schwangerschaft, Geschlechtskrankheit, Sperma) => gyn. (Über-)diagnostik?**
- **keine spezifischen Verhaltensauffälligkeiten** (Fegert, Prax. Kinderpsychol, Kinderpsychiat. 36, 1987),  
**gehäuft sexualisiertes Verhalten** (Friedrich 1993, Child Abuse & Neglect 17:59-66)
- **Aussage des Kindes/Jgdl.: Realkennzeichen** (Steller et al. 1992, Z exp angew Psychol 39:151-170) **Cave: Suggestionen**

## 4. Münchhausen-Syndrom by proxy

- Def.: Mutter/Bezugsperson erzeugt Krankheit beim Kind**  
(Meadow 1977, Lancet 2: 343-345) = **artifizielle Störung by proxy**  
**präsentiert werden körperl. Symptome oder eine**  
**entsprechende Anamnese (z.B. Apnoe, Anfälle,**  
**Somnolenz, ...) => Provokation iatrogener Schädigung,**  
**Berichte von Todesfällen** (Mitchell et al. 1993, Pediatrics 92:810-14)
- UK/IRL: 128 dokumentierte Fälle in 2 Jahren, Alter < 5 J.,**  
**häufig Vergiftung mit Antiepileptika**  
(McClure et al. 1996, Arch Dis Child 75:57-61)
- psychiatrisch auffällige Mütter, gehäuft Persönlichkeits-**  
**störungen** (Bools et al. 1994, Child Abuse & Neglect 18:773-788)
- häufig persistent, falls Verbleib bei schädigender Mutter**  
(Bools et al. 1993, Arch Dis Child 69:625-630)

**Klassifikation einer US amerikanischen Hochrisiko-Stichprobe nach MCS:**  
Emotionale Vernachlässigung (EM), Physische Vernachlässigung (PN),  
körperliche Misshandlung (PA) und sexueller Missbrauch (SA) N = 492 vs 322  
Kontrollgr.

- **Physische Vernachlässigung war häufigste Form 79% aller betroffenen Kinder**
- **Kombinationen 64%**
  - Eine isolierte Mißhandlungsform 36% (n = 168)
    - In der Regel Vernachlässigung
  - 2 Subtypen 34% (n = 156);
  - 3 Subtypen 23% (n = 108);
  - alle 4 Formen 6% (n = 29):

- **Glider Manual** (ISA-Münster)
- **Stuttgarter Kinderschutzbogen** (Jugendamt Stuttgart)
- **Sozialpädagogische Diagnosetabellen** (Bayerisches Landesjugendamt)
- **Münchner Qualitätssicherungsverfahren** (Jugendamt München)
- **Rahmenmodell der Einschätzung bei Kindeswohlgefährdung** (Deutsches Jugendinstitut)
- **Child neglect Index**
- **Framework for the Assessment of Children in Need and their Families** (Department of Health)

*Framework for the Assessment of  
Children in Need and their Families*

Department of Health  
Department for Education and Employment  
Home Office

# CORE ASSESSMENT RECORD

**Child aged 0–2 years**

Name \_\_\_\_\_

Gender \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

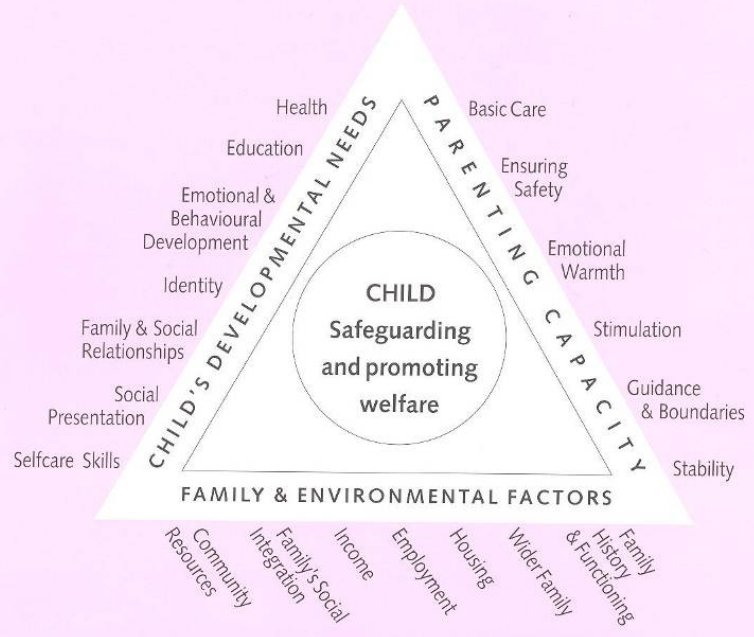
Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone number \_\_\_\_\_

Name of social worker completing assessment: \_\_\_\_\_



# Verhaltenskomponenten elterlichen und kindlichen Verhaltens (CARE-Index; Crittenden, 2000)

**feinfühlig** -Anpassung an Verhalten des Kindes  
(angemessenes Handlungstempo, zugewandte Körperhaltung, Verbalisierung von Gefühlen etc)

**nicht-responsiv** - mimisch, sprachlich, körperlich zurückgezogen,  
(Wegschauen, Schweigen etc)

**verdeckt kontrollierend** - pseudo-feinfühlig (hänseln, abruptes Unterbrechen der kindlichen Aktivität)  
**offen kontrollierend** - feindselig  
(Anstarren, Beschimpfen, Schütteln etc)

**kooperativ** -  
(freundlicher Gesichtsausdruck, einladend, aktiv)

**passiv** -  
(leerer Gesichtsausdruck, eingeschränktes Spiel, wenig Kontaktinitiative)

**schwierig** -  
(abwehrend, widerständig, ärgerlich)

**bemüht angepaßt**-  
(gehemmt, wachsam, starr angespannt, „eingefroren“)

- **Supervision** („Monitoring“; Wissen um Aufenthaltsorte/ Kontakte)
- **körperliche Versorgung**
  - Essen
  - Kleidung/Hygiene
- **körperliche und seelische Gesundheit**
  - medizinische Versorgung
  - Befriedigung emotionaler Bedürfnisse
- **Förderung von Entwicklung und Bildung**

# Ziemliche Sicherheit ?

Welche Wahrheiten/Sicherheiten sollen gefunden werden?

- Wahrheitsfindung in Bezug auf die Aussage des Kindes
- Wahrheitsfindung in Bezug auf die klinische Einschätzung/ Diagnose (Traumata vs. unsichtbare chronische Belastungen)
- Wahrheitsfindung in Bezug auf die Sicherstellung von Basisbedürfnissen von Kindern
- Wahrheitsfindung in Bezug auf die vorhersehbare erhebliche Schädigung
  - Prognose

## Der Wunsch nach einem optimalen Vorgehen und die Interdependenz der Fehler

Intuitive Wahrnehmung von unklaren Problemen  
vs. klares Benennen der Verursachung

Verhaltensweisen  
psych. Störungen

Hilfebedarf

Sicherheit

Sensitivität

Spezifität

wenig falsch negativ

wenig falsch positiv

## Grundsätzlich bestehen vier Möglichkeiten der kategorialen fachlichen Einschätzung:

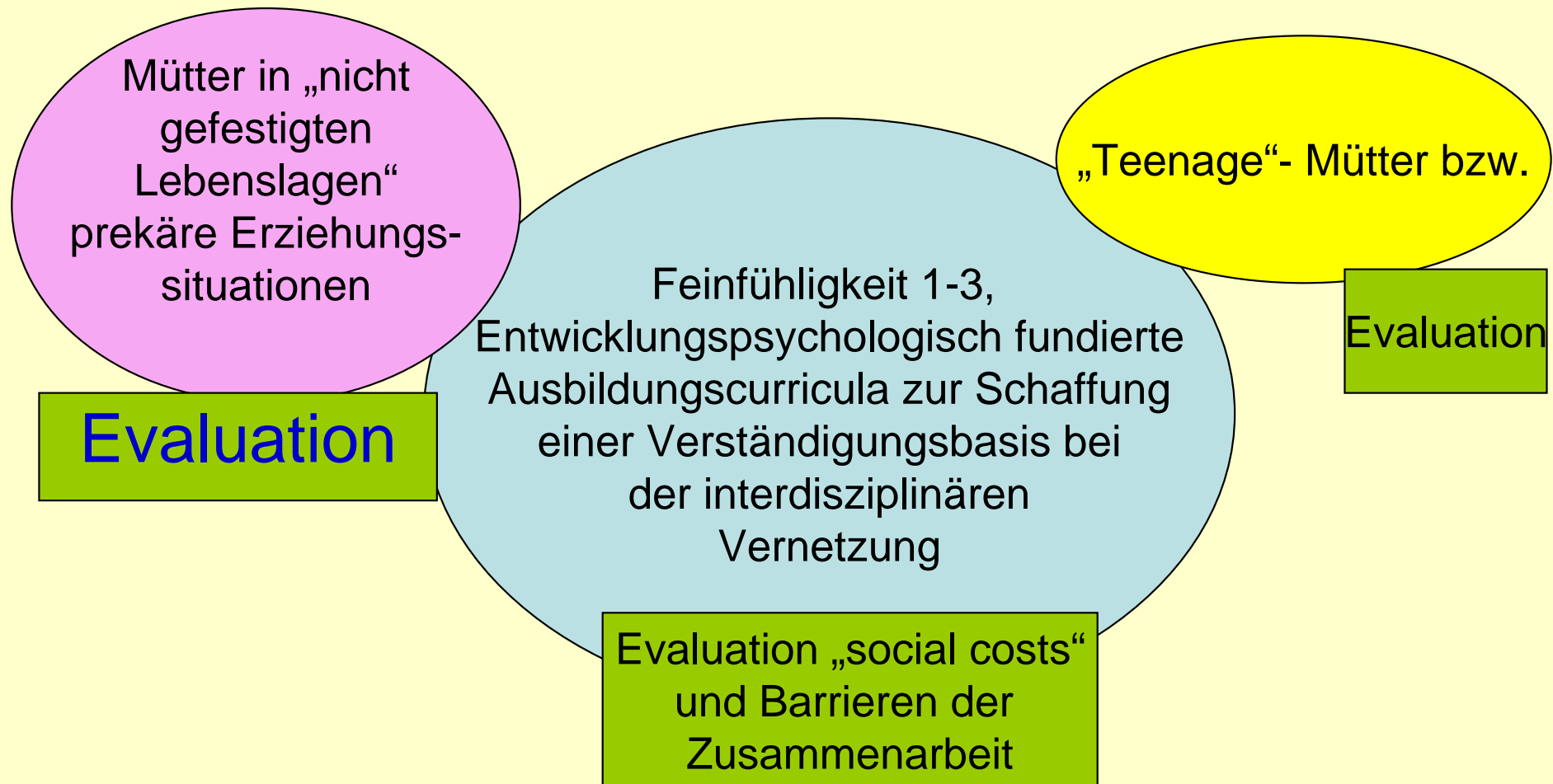
- Kind real betroffen ... Fachkraft kommt zum richtigen Ergebnis.
  - ❖ Aufgrund der Güte der Untersuchungsmethode
  - ❖ Zufallstreffer, Intuition ...
- Kind tatsächlich betroffen ... Fachkraft **kommt zum falsch negativen Schluss.**
- Kind nicht betroffen und Fachkraft kommt in Übereinstimmung mit den Tatsachen zum gleichen Ergebnis.
  - ❖ aufgrund korrekter Anwendung der Methode
  - ❖ aufgrund des Zufalls, Intuition, Vorurteilen..
- Kind nicht betroffen und Fachkraft kommt zum falsch positiven Ergebnis.

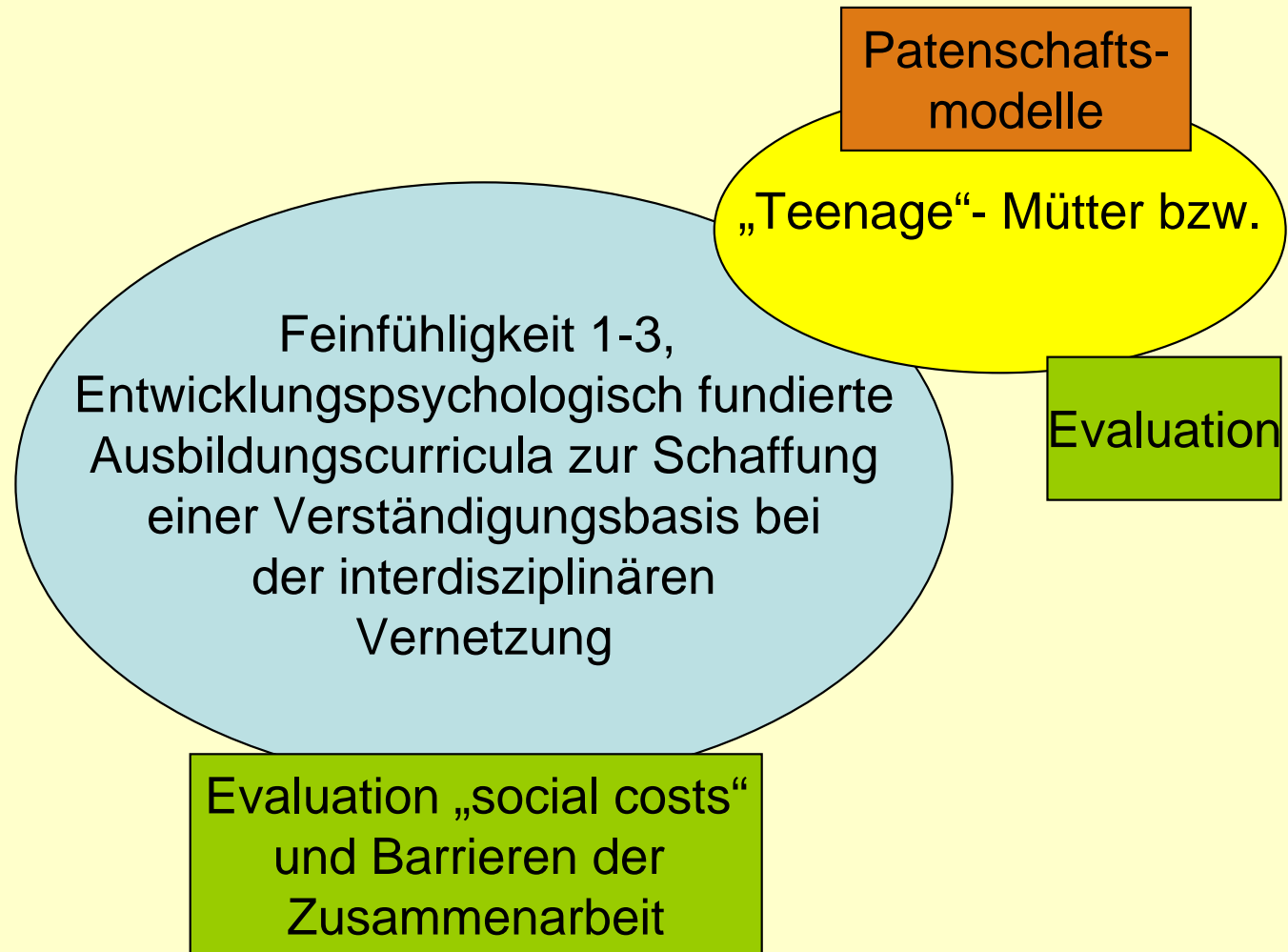
- Sensitivität vs. Spezifität kategorialer Entscheidungen
  - Oft sehr knappe Entscheidungen, Umgang mit Unsicherheit
    - Dokumentation von Einschätzungskonflikten als Güterabwägungen
    - Erhalt der Beratungsbeziehung trotz möglicher Eingriffe & Maßnahmen
- Strafrechtlicher Kontext, Akzentsetzung zu Gunsten der Spezifität, dadurch verringerte Sensitivität
  - **Konzentration auf die „Tat“ und den personenbezogenen Schuldnachweis und „Rückfallprognose“ des „Täters“**
- Im zivilrechtlichen oder sozialrechtlichen Kontext :  
Abklärung und Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung,  
primär Sensitivität nötig
  - **Konzentration auf Entwicklungsgefährdung und Entwicklungsprognose des Kindes**

# Fehleranalyse bei Kinderschutzentscheidungen

- In UK 45 „child abuse inquiry reports“ veröffentlicht zwischen 1973 und 1994
- Eileen Munro Child Abuse and Neglect 23, 1999
  - Risikobeurteilung beruht auf schmaler Datenbasis
  - Wichtige Informationsquellen werden vernachlässigt
  - Starke emotionale Beteiligung und Unfähigkeit Fehler und Irrtümer einzuräumen führt zu Problemen
  - Fehler in der Fallarbeit sind keine unvorhersehbaren Katastrophen sondern sind aufgrund von Haltungen und Arbeitsmängeln erwartbar

- Frühwarnsysteme
  - wie breit, wie global angelegt?
  - welche Angebote/Hilfen werden vorgehalten?
  - störungsspezifische Probleme berücksichtigen (psychisch kranke Eltern, Eltern mit Alkohol- und/oder Drogenproblemen)  
spezifische Vernetzungsaufgaben
- Diagnostik/Risikoeinschätzung
  - stärkerer Fokus auf Interaktionsdiagnostik
  - systematische Prüfung aller empirisch belegten Risiken







Klinik  
für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie/Psychotherapie

## „mündige Familie“

## „Problemsituationen“

Reduzierung des  
Verwaltungsaufwandes, der  
Einmischung, Überwachung  
und Kontrolle

Erkennen: Diagnostik möglichst  
zuverlässige Prognosen

Beraten, Informieren (häufig  
aktive Nachfrage)

Beraten, Informieren  
(Schwellenängste, mangelnde  
Erreichbarkeit)

Hilfen anbieten

Hilfen anbieten,  
Kontrollieren „Wächteramt“

Eltern berücksichtigen die  
altersentsprechenden  
Kindesinteressen

Spezifische Kindesinteressen  
angesichts vieler Akteure im  
Blick behalten

**DEREGULIERUNG**

widerstreitende  
politische  
Zielsetzungen

**SPEZIALISIERUNG**

- Konrad Lorenz
  - *Gesagt ist nicht gehört.*
  - *Gehört ist nicht verstanden,*
  - *Verstanden ist nicht einverstanden.*
  - *Einverstanden ist nicht durchgeführt.*
  - *Durchgeführt ist nicht beibehalten*
- Güterabwägungen müssen getroffen werden
- unbedingt diskutierte positive und negative Argumente dokumentieren und nicht nur das Ergebnis der Beratung aufschreiben

- gesellschaftspolitische Gestaltungsaufgabe (... und begrenzte Mittel)
  - gute Infrastruktur für alle?
  - Schwerpunkte für Hochrisikofamilien?
- Forschungsbefunde
  - aufsuchende Angebote
  - Angebote für Risikogruppen
  - eher breit angelegte oder eher selektive Angebote

- Auswertung vorhandener Forschung
  - Wirksamkeitsüberprüfung
- „das Rad nicht neu erfinden“
  - aufsuchende Angebote
  - frühe Bindungsförderung
  - präventives Vorgehen (z.B. „a healthy start to life“)
- gestufte Angebote

## Fachliche Voraussetzungen

- entwicklungs(psycho-)pathologisch fundierte diagnostische sowie Beratungs- und therapeutische Kompetenzen

## Strukturelle Voraussetzungen

- Koordinierung und Vernetzung bestehender und neu zu etablierender Hilfen

- Anpassung an rasche Entwicklungs-  
veränderungen
- keine frühe kategoriale Pathologisierung
  - Unsinn der frühen Festlegung der Behinderungsform z.B. wg  
Frühförderung
- Betrachtung der Adressaten als  
Beziehungsdiade oder Triade
- Standardisierte mehrdimensionale  
Diagnostik im Frühbereich
- Zugang zu den Familien
- Interdisziplinarität

# Funktion von Standards

Fachliche Standards haben die Funktion, inhaltlich anerkannte Zugangsweisen zu vereinheitlichen und das Risiko einer unzureichenden Hilfeerbringung für die Betroffenen zu verringern. Sie dienen für Ehrenamtliche und Professionelle als Orientierung. Werden Standard für die Leistungserbringung mit Kostenträgern vereinbart, sind sie auch überprüfbarer Gegenstand für die tatsächliche hinreichende Erbringung der Leistung.

## Ebenen:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität
  - 11. Jugendbericht klagt eklatanten Mangel der Forschung zur Ergebnisqualität in der Jugendhilfe ein.
  - Andererseits aber das Ende von „anything goes“.
  - z. B. Ausschuss der Bundesärztekammern zu Psychotherapie.
- Manualisiertes Vorgehen.

**tertiär**  
(indiziert)

**Symptomreduktion oder Verhinderung  
psychischer Störung/Erkrankung  
bei erkennbaren Verhaltensauffälligkeiten**

**sekundär**  
(selektiv)

**Vorbeugung erwarteter kindlicher  
negativer Entwicklungsverläufe in  
Risikofamilien**

**primär**  
(universell)

**Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen**



Klinik  
für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie/Psychotherapie

GRUNDLAGENTEXTE PSYCHOLOGIE

Wissenschaftlicher  
Beirat für Familienfragen

# Familiale Erziehungs- kompetenzen

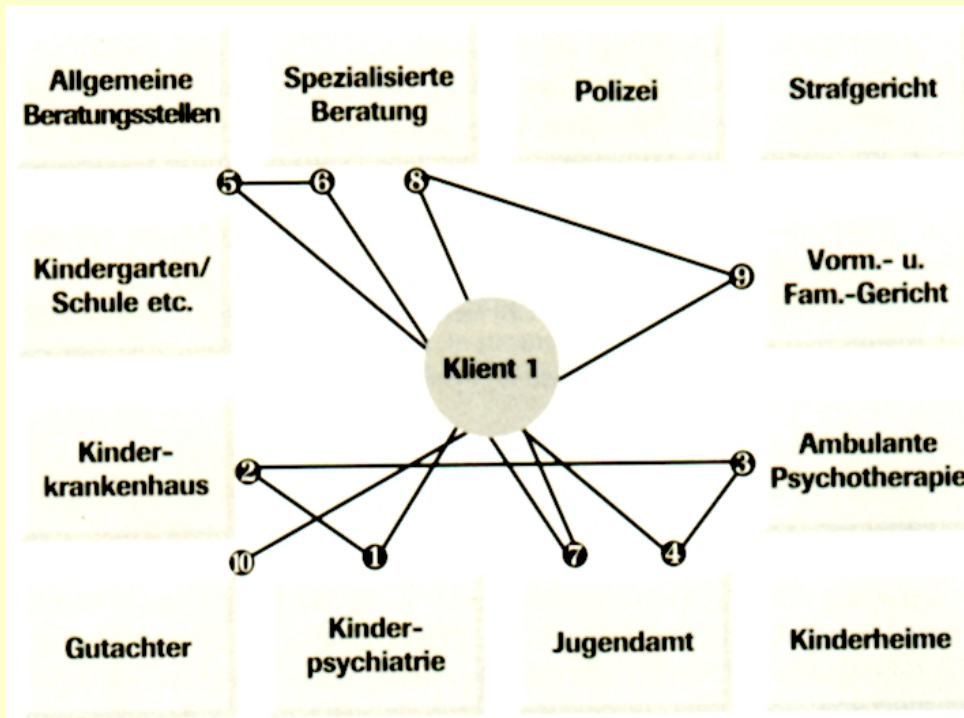
Beziehungsklima und  
Erziehungsleistungen in  
der Familie als Problem  
und Aufgabe



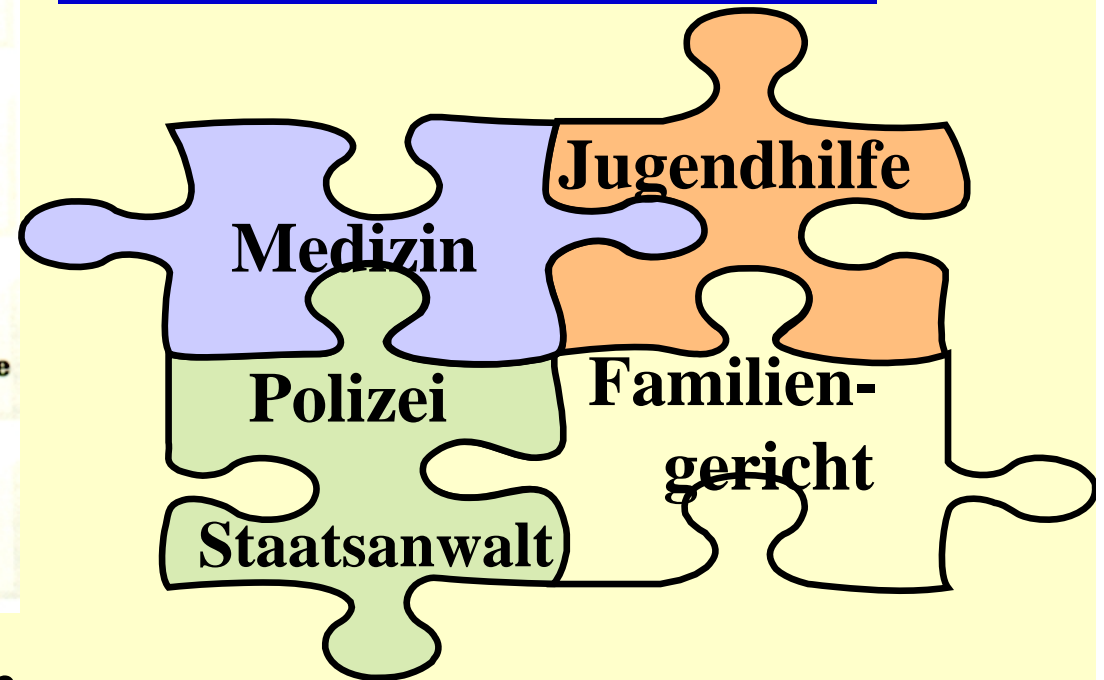
JUVENTA



Universitätsklinikum Ulm



## Koordinationsprobleme:



## Rollenkonfusion: Therapeuten ermitteln, Polizisten wollen Kinder schützen

(Fegert et al. 2001)

„Fehlender Konsens ist lebensgefährlich“

(Macdonald 2001)

Der Weg eines sexuell missbrauchten Kindes durch die Institutionen (Klopfer et al. 1999, Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 48:647-663; Fegert et al. 2001)

70 % der Kinder hatten multiple ( $\geq 4$ ) Institutionskontakte bis zur Aufdeckung der MH => Wdh.-Befragungen



Klinik  
für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie/Psychotherapie

Jörg M. Fegert  
Christina Berger  
Uta Klopfer  
Ulrike Lehmkuhl  
Gerd Lehmkuhl

Umgang mit  
sexuellem Missbrauch  
Institutionelle und  
individuelle Reaktionen  
Forschungsbericht



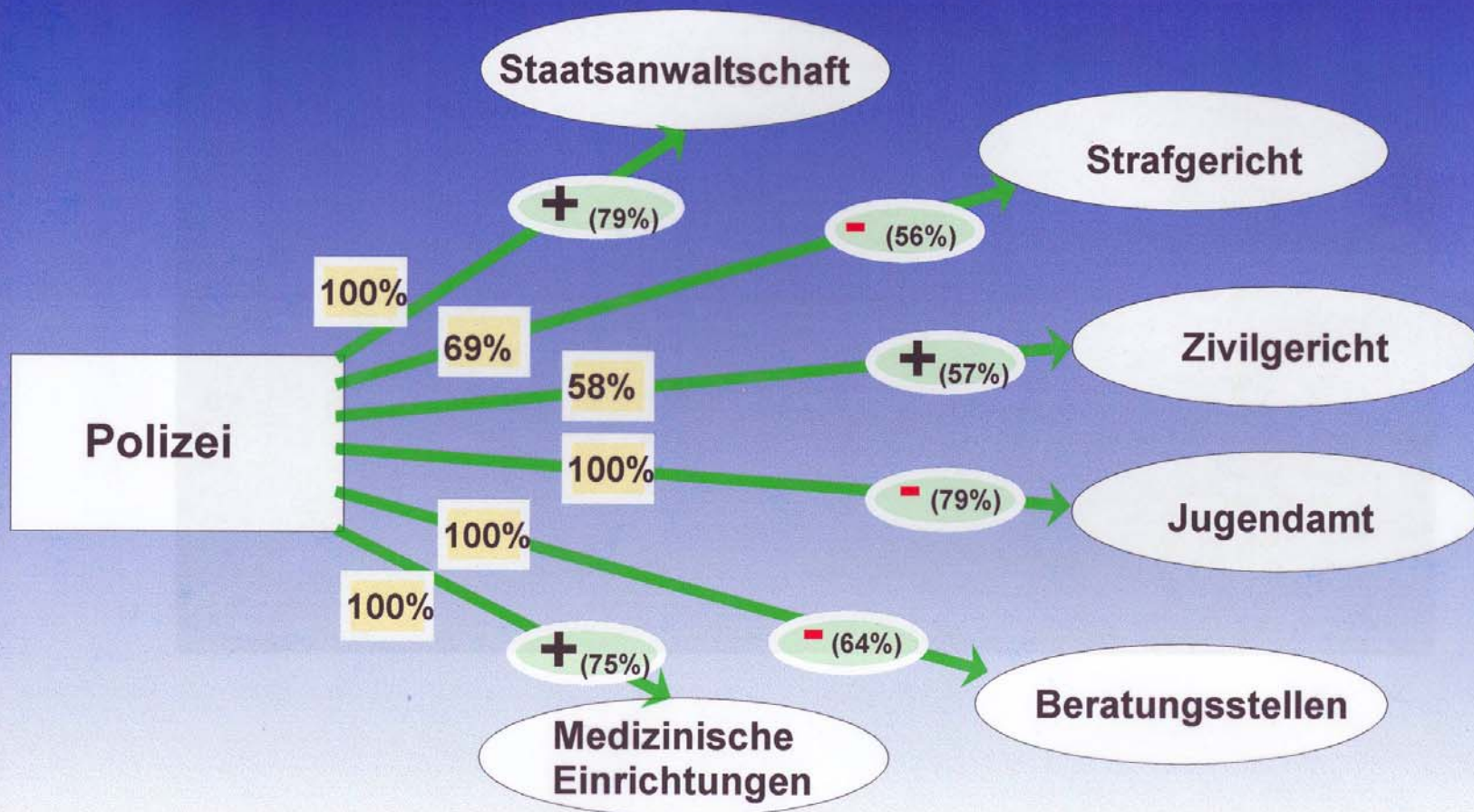
VOTUM 



Universitätsklinikum Ulm

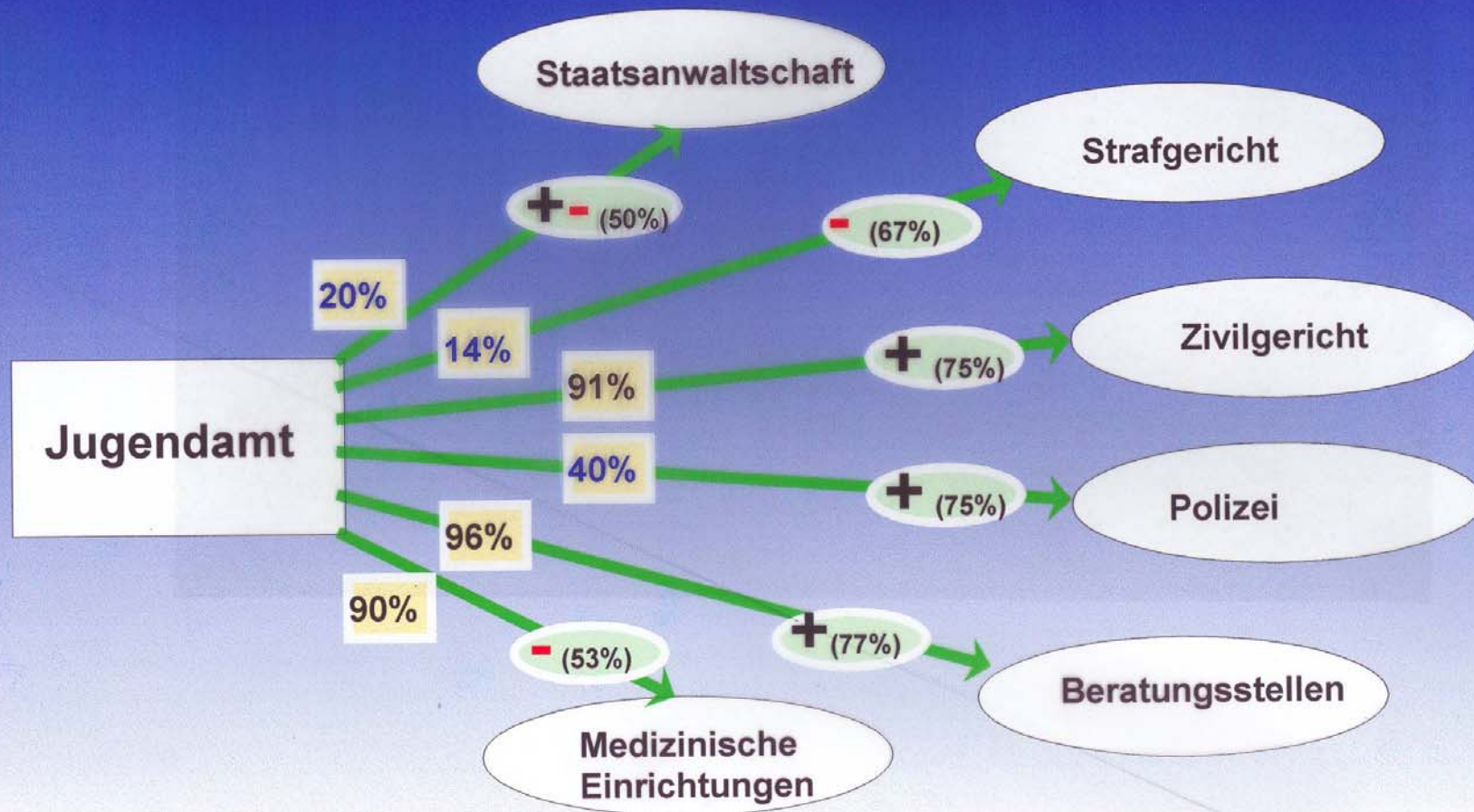
## Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen durch die Polizei

Vorkommen und Zufriedenheit

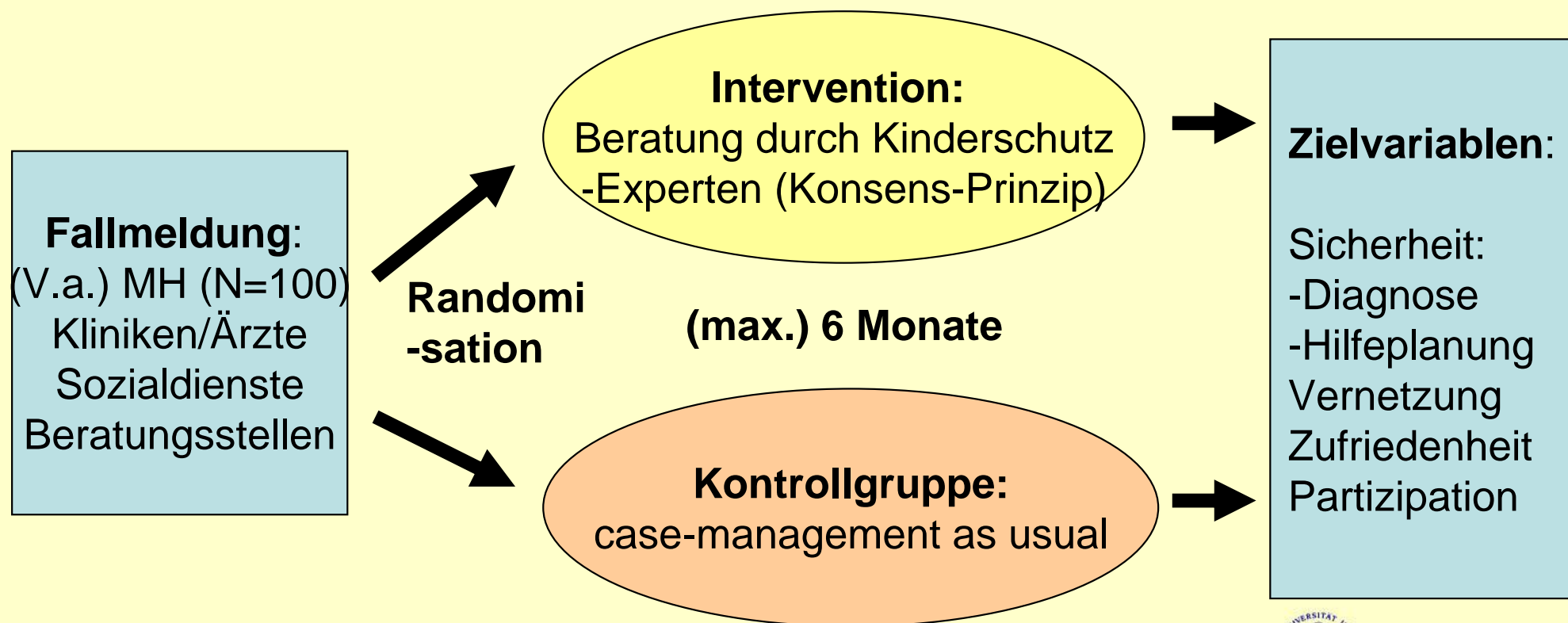


# Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen durch das Jugendamt

Vorkommen und Zufriedenheit



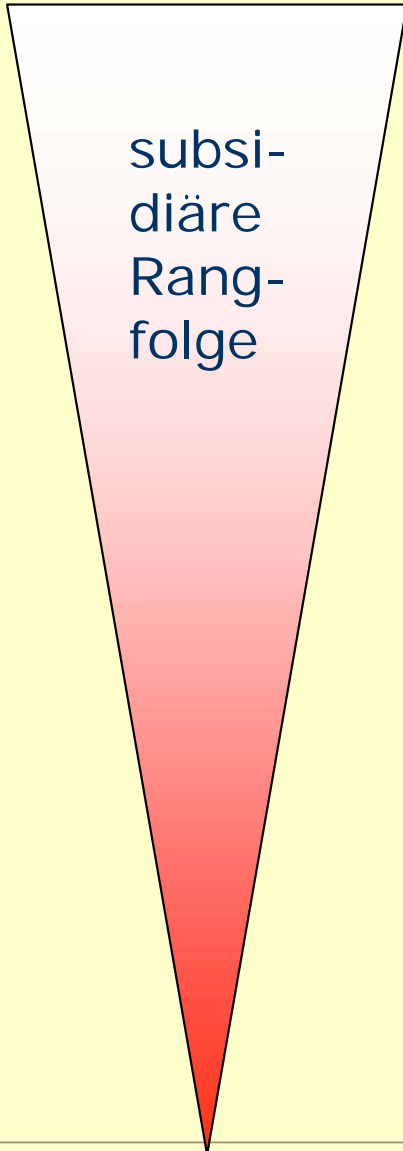
=> **Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie**  
**2003-2005: Hilfeprozess-Koordination im**  
**Kinderschutz** (Goldbeck, Laib-Koehnemund, Fegert;  
Förderung: World Childhood Foundation)



- Positives Ergebnis der fachlichen externen Unterstützung: Verunsicherung bei scheinbar klaren schweren Mißhandlungsverdachtsfällen bessere Differentialdiagnose; größere Sicherheit bei Vernachlässigungsfällen
- Negatives Ergebnis: Koordination der Fachkräfte führte tendenziell zu geringerer Partizipation der Betroffenen
  - §8a KJHG „... dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen...“

- Bereitschaft aller Beteiligten
- Gegenseitige Wertschätzung (subjektive Vorurteilsstrukturen)
- Wissen um Kompetenzen und Grenzen des anderen
- Definition des Aufwandes und der Kosten
  - Vernetzungskosten
  - Stellenbeschreibungen, Vernetzung und Kooperation als Teil der Aufgabenbeschreibung
- **Case-Management** (geregelter Zuständigkeitsklärung; Nutzung der vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten zur Mobilisierung diverser Ressourcen)
- **Überwindung von Ressortgrenzen** (Vermeiden doppelter Kosten, Ressourcenbündelung; subsidiäre Rangfolge der Kostenträger)

# Klassifikation von Hilfen Sinne der Vorrangigkeit der Kostenträger



Art der Maßnahme	Gesetzliche Grundlage	Leistungsträger
Eigenleistungen der Familie, Selbsthilfegruppen		Eigene Ressourcen
Spezielle Beschulung	Ländergesetze	Kultusbehörde
ärztl. Behandlungen -ambulant -teilstationär -stationär und Behandlungen durch Heilhilfsberufe -Logopädie -Krankengymnastik -Ergotherapie	<b>SGB V</b> RehaAnglG	gesetzl. Krankenversicherung bis zu gewissen Leistungsgrenzen
Versorgung mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln		
Hilfen zur Pflege	<b>SGB XI</b>	(Pflegeversicherung)
Frühförderung	SGB XII/KJHG=SGBVIII/SGB IX	Sozialamt oder Jugendamt
Hilfen zur Erziehung	KJHG= <b>SGB VIII</b>	Jugendamt
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder	<b>SGB VIII</b>	
Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Kinder vorrangig KJHG	SGB XII } SGB IX }	Sozialamt

Stärkung der Beziehungs- und Erziehungs-  
kompetenzen von Familien (wiss. Beirat BMFSFJ, 2005)

Rahmenbedingungen; intelligente Infrastruktur, Kinderärzte  
als zentrale häufig erstangefragte, vertrauenswürdige  
Akteure , abgestimmte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und  
Gesundheitswesen

Bedeutung der Heilhilfsberufe!

- Informationen (gezielt zugänglich)
- Tagesbetreuung
  - ausreichendes Platzangebot
  - flexible Betreuungszeiten
  - pädagogische Qualität der Betreuung
- interdisziplinäre Beratungs- und Versorgungsangebote

Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte

