



Unabhängiger Beauftragter
für Fragen des sexuellen
Kindesmissbrauchs



Deutsches
Jugendinstitut

Marie-Theres Pooch, Selina Kappler, Heinz Kindler, Inken Tremel

Schutzkonzepte im Gesundheitsbereich

Qualitative und quantitative Ergebnisse des Monitorings zum Stand
der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in
Deutschland (2015-2018)



Unabhängiger Beauftragter
für Fragen des sexuellen
Kindesmissbrauchs



Deutsches
Jugendinstitut

Marie-Theres Pooch, Heinz Kindler, Inken Tremel

So können Schutzkonzepte im Gesundheitsbereich gelingen!

Erkenntnisse der qualitativen Studien des Monitorings (2015–2018) zum
Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen
in Deutschland in stationären und ambulanten Einrichtungen

Teilbericht 2

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Kontext des Berichts	3
Institutionelle Schutzkonzepte	4
Monitoring zu Entwicklungen im Bereich sexualisierte Gewalt.....	6
Methodisches Vorgehen.....	7
A. Kliniken	11
A.1 Einleitung Kliniken.....	11
A.2 Fallstudie: Klinik für Kinder und Jugendliche.....	14
Steckbrief der Einrichtung.....	14
Anstoß und Entwicklung des Schutzkonzepts	15
Bestandteile des Schutzkonzepts.....	17
A.3 Fallstudie: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
Steckbrief der Einrichtung.....	24
Anstoß und Entwicklung des Schutzkonzepts	25
Bestandteile des Schutzkonzepts.....	28
A.4 Erkenntnisse aus der Fokusgruppe Kliniken	34
A4.1 Strukturelle Herausforderungen in Kliniken	34
A.4.2 Erfahrungen mit Schutzkonzept-Bestandteilen in Kliniken	40
B. Ambulanter Gesundheitsbereich.....	51
B.1 Einleitung ambulanter Gesundheitsbereich	51
B.2 Erkenntnisse aus den Fokusgruppen im ambulanten Gesundheitsbereich.....	57
Praxen als Kompetenzorte	57
Praxen als Schutzorte	67
Fazit: Schutzkonzepte im Gesundheitsbereich	73
Literatur.....	76

Kontext des Berichts

In der Geschichte der Heilberufe reichen die Bemühungen, sexuelle Übergriffe zu verhindern, weit zurück. So finden sich bereits im Hippokratischen Eid und anderen ärztlichen Eidesformeln Selbstverpflichtungen bezüglich einer generellen sexuellen Abstinenz im Rahmen der Berufsausübung (Perez u.a. 2006, Baltussen 2012). Gleichzeitig haben auch Fälle der Missachtung solcher berufsethischen Verpflichtungen eine lange Geschichte, die so verstanden werden kann, dass viele Behandlungssituationen ein Risiko von sexuellen Grenzverletzungen bergen (z.B. Tschan 2013, Alpert/Steinberg 2017). Der Gesetzgeber hat dem unter anderem 1998 mit der Einführung eines Sondertatbestandes ins Strafgesetzbuch Rechnung getragen (§ 174c StGB). Darin werden, unabhängig vom Alter der Patientin bzw. des Patienten, alle sexuellen Handlungen im Rahmen von Behandlungen unter Strafe gestellt.

Der Straftatbestand des § 174c StGB weist auf eine Besonderheit der Diskussion um sexuelle Übergriffe im Gesundheitswesen hin: Im Unterschied zur Geschichte der Debatte in anderen gesellschaftlichen Handlungsfeldern standen hier zunächst sexuelle Grenzverletzungen gegenüber erwachsenen Patientinnen bzw. Patienten im Mittelpunkt und wurden untersucht (z.B. Becker-Fischer/Fischer 1997, DuBois u.a. im Druck). Erst allmählich wurde auch sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern bzw. Jugendlichen im Kontext des Gesundheitswesens zum Gegenstand der Fachdiskussion. Wenngleich weniger im Mittelpunkt der Öffentlichkeit stehend, haben auch hier Skandale, etwa in einer Kinderklinik in Hildesheim (z.B. SZ vom 08.03.2013), eine Rolle gespielt. Weitere Vorfälle ohne mediale Aufmerksamkeit werden etwa bei Fegert u.a. (2013) oder Welther u.a. (2016) geschildert. Zwar hat sich die Befundlage zur Häufigkeit se-

xualisierter Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren nicht wesentlich verbessert. Das heißt, dieser Bereich hat die in anderen Feldern, wie der Heimerziehung (Allroggen u.a. 2017, Derr/ Hartl 2017), der Schule (Maschke/Stecher 2017, Hofherr/Kindler 2018) oder dem Sport (Allroggen u.a. 2016), erreichten Fortschritte bei der Aufhellung der spezifischen Prävalenz sexueller Übergriffe im jeweiligen Handlungsfeld nicht mit vollzogen. Jedoch war und ist unstrittig, dass Schutzkonzepte gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen auch in Einrichtungen des Gesundheitsbereichs entwickelt werden sollen. So jedenfalls die Empfehlung des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“, die ausdrücklich auch alle Institutionen des Gesundheitssektors anspricht, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (BMJ/BMFSFJ/BMBF 2011: 21).

Im Hintergrund dieser Empfehlung, die neben dem Gesundheitssektor auch auf Einrichtungen aus dem Bildungs-, Erziehungs- und Sozialbereich zielt, stand eine 2010 einsetzende öffentliche Debatte um sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Institutionen (vgl. hierzu auch Behnisch/Rose 2012, Görge u.a. 2015) sowie ein anschließender Verständigungsprozess zwischen Politik, Betroffenen, Spitzenverbänden und Wissenschaft, der am Runden Tisch zu den gemeinsam getragenen Ergebnissen führte.

Die Umsetzung der Empfehlungen des „Runden Tisches“ zu unterstützen ist eine der Aufgaben des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), eines 2010 von der Bundesregierung eingerichteten Amtes. Im Rahmen dieser Tätigkeit wurde der vorliegende Bericht von der Projektgruppe „Monitoring“ am Deutschen Jugendinstitut für den USBKM erstellt.

Institutionelle Schutzkonzepte

Institutionelle Schutzkonzepte gehören zum Kreis der Maßnahmen gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen, zu denen auch andere Ansätze, etwa die Tätertherapie, zählen (für Forschungsübersichten siehe Smallbone/Marshall/Wortley 2014, Quadara u.a. 2015).

Der Begriff der „institutionellen Schutzkonzepte“ bezeichnet ein ineinandergreifendes Set an einrichtungsweiten Maßnahmen, die einerseits sexualisierte Gewalt dort unwahrscheinlicher machen sollen (Einrichtungen als „Schutzorte“) und andererseits die Wahrscheinlichkeit erhöhen sollen, dass Kinder und Jugendliche im Fall sexualisierter Gewalt kompetente Ansprechpersonen vorfinden (Einrichtungen als „Kompetenzorte“). Ihrer Natur nach sind Schutzkonzepte eklektisch, d.h. sie greifen auf mehrere Theorielinien und Praxistraditionen in der Prävention zurück. Hierzu zählt etwa die sogenannte situative Prävention, die darauf abzielt, Situationen und organisationale Kontexte so zu gestalten, dass sexualisierte Gewalt so unwahrscheinlich wie möglich wird (Leclerc/Chiu/Cale 2015). Andere Strömungen, die aufgegriffen werden, betreffen eine kindbezogene Prävention, die Gefahren thematisierend und/oder allgemein die Persönlichkeit von Kindern stärkend angelegt sein kann (Kindler/Schmidt-Ndasi 2011). Im Hintergrund stehen, wenigstens teilweise, empirische Befunde zu Risiko- und Schutzfaktoren sexualisierter Gewalt in Institutionen (Kaufman/Erooga 2016). Kennzeichnend für die Idee institutioneller Schutzkonzepte ist weiterhin eine stark beteiligungsorientierte Herangehensweise (Wolff/Schröer/Fegert 2017).

Der umfassende Ansatz „institutioneller Schutzkonzepte“ stellt bislang eine Besonderheit der Fachdiskussion in Deutschland dar, wenn auch international mittlerweile zunehmend nach integrativen Konzepten gesucht wird, die über die

Logik temporärer Präventionsprogramme hinausgehen (z.B. Mathews 2017; Wurtele/Mathews/Kenny im Druck).

Bekanntheit erreichte die Idee institutioneller Schutzkonzepte in Deutschland erstmals 2011 durch die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“¹. In der Folge wurde die konzeptuelle Weiterentwicklung und institutionelle Umsetzung von Schutzkonzepten durch Frau Dr. Christine Bergmann als „Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)“ bzw. durch ihren Nachfolger, Herrn Johannes-Wilhelm Rörig begleitet und gefördert. In diesem Rahmen wurden in 2016 etwa Vereinbarungen zwischen dem USBKM und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschlossen, die beide positiv auf die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ Bezug nehmen.²

Die in den Empfehlungen des Runden Tisches enthaltenen institutionellen Schutzkonzepte sind allerdings in den Vereinbarungen zunächst einmal nicht handlungsfeldbezogen ausgearbeitet. Jedoch wird empfohlen, auf einer systematischen Analyse der einrichtungsbezogenen Risiken (Risikoanalyse) sowie der dort bereits vorhandenen Ansatzpunkte für Schutzkonzepte (Potenzialanalyse) aufzubauen. Wie etwa in der Vereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgeführt wird, beinhalten Schutzkonzepte dann regelhaft ein Zusammenspiel

von mehreren institutionellen und pädagogischen Maßnahmen, die auf einer Kultur des Respekts und der Wertschätzung gegenüber Kindern und Jugendlichen aufbauen. Als Elemente von Schutzkonzepten können betrachtet werden:

- ▶ Leitbild,
- ▶ Verhaltenskodex/
Selbstverpflichtungserklärung,
- ▶ Fortbildungen,
- ▶ Erweitertes Führungszeugnis,
- ▶ Partizipation,
- ▶ Präventionsangebote,
- ▶ Informationsveranstaltungen,
- ▶ Beschwerdeverfahren,
- ▶ Handlungsplan,
- ▶ Kooperation³.

Im Rahmen mehrerer Veröffentlichungen und Praxisprojekte wurden in den letzten Jahren, teilweise handlungsfeldübergreifende, teilweise handlungsfeldspezifische Vorschläge und Strategien zum Vorgehen bei der Entwicklung und Umsetzung institutioneller Schutzkonzepte beschrieben (UBSKM 2013; Wolff/Schröer/Fegert 2017). Verfügbare Erfahrungen für das Handlungsfeld des Gesundheitsbereichs werden etwa in der Vereinbarung zwischen USBKM und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgeführt.

¹ „PIA“-Leitlinien – Leitlinien zur Prävention und Intervention sowie zur langfristigen Aufarbeitung und Initiierung von Veränderungen nach sexualisierter Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen (vgl. BMFSFJ/BMBF 2011).

² Der Wortlaut der Vereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kann unter

<https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/partner/nachgelesen-werden>.

³ Vgl. Homepage des USBKM, online verfügbar unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/schutzkonzepte/> [19.01.2016].

Monitoring zu Entwicklungen im Bereich sexualisierte Gewalt

Vom UBSKM wurde in 2012/13 erstmals ein Monitoring in Auftrag gegeben, das mit zwei Befragungswellen in vier Handlungsfeldern – Bildung, Erziehung, Soziales und Gesundheit – Aufschluss über den Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches geben sollte. Im Handlungsfeld „Gesundheit“ konnten damals nur Kliniken bzw. Fachabteilungen in Kliniken für Kinder und Jugendliche per Fragebogen befragt werden. Der ambulante Gesundheitsbereich musste entsprechend ausgespart bleiben. Zentrales Ergebnis des Monitorings im Jahr 2013 war, dass bei einer Rücklaufquote von 26 % nahezu sieben von zehn (67 %) aller teilnehmenden Kliniken mindestens einzelne präventive Maßnahmen entsprechend den Empfehlungen des Runden Tisches in der Praxis umsetzten. Ein umfassendes klinik- bzw. abteilungsweites Schutzkonzept schrieben sich allerdings nur 14 % aller Kliniken selbst zu (vgl. UBSKM 2013: 50).

Da das Monitoring zum Stand der Prävention vor sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland einen längerfristigen Baustein im Arbeitsprogramm des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs darstellt, wurde es in der zweiten Arbeitsperiode des UBSKM (2014–2019) fortgesetzt, aber auch weiterentwickelt. Beauftragt damit wurde das Deutsche Jugendinstitut (DJI).

Im fortgesetzten Monitoring wird die Einführung und Umsetzung von Schutzkonzepten in verschiedenen Handlungsfeldern, einschließlich des Gesundheitsbereichs, möglichst umfassend dokumentiert.

Neben flächendeckenden Erhebungen zum Stand der Umsetzung von Schutzkonzepten in mehreren Bereichen und Handlungsfeldern, die

das Leben von Kindern und Jugendlichen nachhaltig berühren, werden zusätzliche Fragestellungen berücksichtigt. Vor allem ist es von hoher Bedeutung, genauer zu verstehen, wie die Umsetzung von präventiven und intervenierenden Maßnahmen im Alltag der Einrichtungen im Gesundheitsbereich und in anderen Handlungsfeldern konkret gestaltet werden kann bzw. welche Barrieren und förderlichen Faktoren für die Umsetzung relevant sind.

Um solche Prozesse der konkreten Einführung und Entwicklung von Schutzkonzepten in Einrichtungen in den Blick zu nehmen, wurde das methodische Spektrum des Monitorings erweitert. Begleitend zur quantitativen Befragung von Institutionen und Organisationen wurden mit qualitativen Zugängen die Präventionskonzepte und –maßnahmen einzelner, ausgewählter Einrichtungen in den verschiedenen Handlungsfeldern analysiert (Fallstudien zu guter Praxis) und multiperspektivisch diskutiert (Fokusgruppen). Dieses Vorgehen ermöglicht, förderliche und hinderliche Faktoren, die bei der Entwicklung und der Implementierung eines institutionellen Schutzkonzeptes bedeutsam sind, erkennbarer zu machen. Das Verbinden von Fallstudien und Fokusgruppen sichert gewonnene Erkenntnisse ab und ergänzt sie (siehe folgendes Unterkapitel „Methodisches Vorgehen“). Die erhobenen Erfahrungen können weitere Kliniken, Fachabteilungen oder Praxen animieren und dabei unterstützen, ein Schutzkonzept zu erarbeiten. Zusätzlich wurden die gewonnenen Einblicke genutzt, um das quantitative Erhebungsinstrument noch besser an die gelebte Praxis anzupassen.

Die qualitative Studie liefert folglich Einblicke, wie – unter Berücksichtigung der strukturellen Rahmenbedingungen – Schutzkonzepte in der Praxis gelingen können, welche Schwierigkeiten sich stellen und wie diese ggf. überwunden werden können. Folgende Fragestellungen sind dabei untersuchungsleitend:

- ▶ Welche Elemente von Schutzkonzepten finden sich in der Praxis im Handlungsfeld Gesundheit wieder?
- ▶ Wie werden Prozesse der Einführung und Umsetzung von institutionellen Schutzkonzepten in der praktischen Arbeit auf den unterschiedlichen Ebenen – von Leitungen und Mitarbeitenden – beschrieben?
- ▶ Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren werden sichtbar und welche Erfahrungen eines günstigen Umgangs damit gibt es?

Der Bericht „So können Schutzkonzepte im Gesundheitsbereich gelingen!“ bildet die qualitativ gewonnenen Erkenntnisse für die Handlungsfelder „Kliniken“ (Kapitel A) und „Ambulanter Gesundheitsbereich“ (Kapitel B) ab und schließt mit einem Fazit für den ganzen Gesundheitsbereich. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zur Verbreitung verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in Kliniken und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens sind 2017 bereits erschienen (Pooch/Kappler 2017), so dass an verschiedenen Stellen im hier vorliegenden qualitativen Bericht darauf verwiesen werden kann.

Methodisches Vorgehen

In vielen Handlungsfeldern hat mittlerweile ein Teil der Einrichtungen Erfahrungen mit der Entwicklung und Umsetzung umfassender institutioneller Schutzkonzepte gesammelt. Damit gewinnt die Frage, wie ein Austausch oder Transfer dieser Erfahrungen gelingen kann, an Bedeutung. Insbesondere Einrichtungen, die mit der Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten erst beginnen, könnten von Informationen über Aspekte, die für die Entwicklung von Schutzkonzepten förderlich bzw. hinderlich sind, profitieren. Ähnliches gilt für Einrichtungen, die bei sich selbst einen

Weiterentwicklungs- bzw. Reflexionsbedarf sehen. Qualitative Methoden, die vorliegend im Handlungsfeld des Gesundheitsbereichs angewandt wurden, sind für diese Aufgabenstellung besonders geeignet. Durch ihre diskursiv-dialogische Anlage können sie helfen, bisherige Erfahrungen sichtbar zu machen, zu reflektieren und Anregungen für die Praxis zu geben.

Kliniken

Zur Frage, wie Kliniken Konzepte zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt umsetzen, wurden am Ende des Jahres 2015 zwei deutsche Kliniken im Sinne von Beispielen guter Praxis befragt.

Die **erste Fallstudie** basiert auf zwei ca. zweistündigen Interviews mit Beschäftigten eines Krankenhaus mit Kinderstationen. Das erste Interview mit konzeptioneller Ausrichtung wurde mit einem Mediziner der Klinik geführt, der vier zentrale Beschäftigungsfelder hat: Erstens ist der Befragte als Oberarzt in der Kinderchirurgie tätig, zweitens ist er ärztlicher Leiter der klinikeigenen Kinderschutzambulanz, drittens Gründer der krankenhausesinternen, interdisziplinären Kinderschutzgruppe und viertens engagiert er sich in einer klinikübergreifenden Arbeitsgemeinschaft für Kinderschutz in der Medizin. Das zweite Interview mit dem Schwerpunkt auf die Umsetzungspraxis wurde mit dem Oberarzt und Leiter des Bereichs Kinder- und Jugendmedizin sowie mit einer Sozialarbeiterin, die im kinder-klinischen und gynäkologischen Bereich des Krankenhauses beschäftigt ist, geführt.

Die **zweite Fallstudie** wurde in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt und beruht ebenfalls auf zwei ca. zweistündigen Interviews. Das erste Interview mit konzeptioneller Ausrichtung wurde mit dem ärztlichen Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt. Das zweite

Interview mit dem Schwerpunkt auf der Umsetzungspraxis wurde mit vier Personen geführt: Der Leiterin der Kinder- und der beiden Jugendstationen, einer Psychologin und Psychotherapeutin, die supervisorische Aufgaben in der Klinik wahrnimmt, einem Patientenfürsprecher und ehemaligen Leiter der Angehörigenarbeit für psychisch Kranke, sowie dem leitenden Oberarzt, der zugleich stellvertretender ärztlicher Direktor der Klinik und außerdem Koordinator eines Kompetenzzentrum zum Kinderschutz in der Medizin ist.

Die Erkenntnisse der beiden Fallstudien wurden im Rahmen einer **Fokusgruppe** im Januar 2016 zur Diskussion gestellt, um sie in die handlungsfeldspezifischen Diskurse und Herausforderungen einzubetten und diese mit einbeziehen zu können. Diskutiert wurden insbesondere folgende Fragen:

- ▶ Welche besonderen Anforderungen stellen die strukturellen Gegebenheiten von Kliniken an Konzepte zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt?
- ▶ Wie und in welcher Form können die einzelnen Bausteine institutioneller Schutzkonzepte (z.B. praxistaugliche Beschwerdewege) in Kliniken umgesetzt werden?
- ▶ Wie kann die Bereitschaft und Motivation des haupt- und ehrenamtlichen Personals zur Mitarbeit im Rahmen von Schutzkonzepten im Alltag aufrechterhalten werden?

An der Fokusgruppe nahmen sechs Akteurinnen und Akteure aus dem Klinikbereich und angrenzenden Feldern teil:

- ▶ Ein Personalleiter eines mitteldeutschen Klinikverbands psychiatrischer Fachkliniken,

- ▶ ein Leiter des Pflegeerziehungsdienstes einer norddeutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- ▶ eine Kinderchirurgin einer ostdeutschen Uniklinik, die sich konzeptionell an einem interdisziplinären Kinderschutzprojekt beteiligt,
- ▶ eine zweite Kinderchirurgin, die zudem die Kinderschutzambulanz und Kinderschutzgruppe eines Krankenhauses in kirchlicher Trägerschaft einer süddeutschen Stadt leitet,
- ▶ ein Leiter eines Klinikums in kirchlicher Trägerschaft, von Beruf Kinderarzt, Kinderneurologe sowie Kinder- und Jugendpsychiater und
- ▶ eine Leiterin eines medizinischen Amtes für soziales Entschädigungsrecht, die Erfahrungen mit Anträgen auf Entschädigung in Fällen sexualisierter Gewalt besitzt.

Bei der Zusammenstellung der Fokusgruppe wurde zunächst auf Empfehlungen der AG Schutzkonzepte, ein beratendes Gremium des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), zurückgegriffen. Weitere Personen wurden vom Projektteam beim DJI recherchiert und um Teilnahme gebeten.

Kernerkenntnisse der qualitativen Erhebungen wurden im Rahmen einer vom UBSKM einberufenen Sitzung mit der Referentin einer Organisation, in der Spitzen- und Landesverbände von Krankenhausträgern zusammengeschlossen sind und einem Vertreter der Dachorganisation konfessioneller Krankenhäuser validiert.

Ambulanter Gesundheitsbereich

Da der ambulante Gesundheitsbereich in die Monitoringwellen 2012/2013 noch nicht einbezogen werden konnte, war es – auch zur Vorbereitung einer Ende 2016 erfolgten, ersten quantitativen Befragung in diesem Bereich – besonders wichtig, erstmals einen Zugang zu erschließen und breit gestreute Einsichten in hier bestehende strukturelle und praktische Herausforderungen zu gewinnen. Auch sollte, angesichts in der Recherche noch kaum aufzufindender Fachliteratur zu Schutzkonzepten im ambulanten Gesundheitsbereich ein erster vertiefter Eindruck dort vorhandener Ansätze erarbeitet werden. Es wurde entschieden, dass diese beiden Ziele am besten durch eine Konzentration auf die Methode der Fokusgruppe erreicht werden könnten. In der Folge wurden für den ambulanten Gesundheitsbereich im ersten Halbjahr 2016 zwei Fokusgruppen durchgeführt. Eine erste Fokusgruppe konzentrierte sich auf übergeordnete Strukturen, wie z.B. die Kammern und Berufsverbände. Eine darauf aufbauende zweite Fokusgruppe nahm Bedingungen und Ansätze im Praxisalltag breiter in den Blick.

Die etwa zweieinhalbstündige **erste Fokusgruppe** mit den Vertreterinnen und Vertretern der Kammern, Kassenärztlichen Landesvereinigungen und Berufsverbände wurde dazu genutzt, strukturelle Bedingungen für Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum Schutz von

Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt im ambulanten Gesundheitswesen zu erkunden. Zudem wurden auf der Ebene der übergeordneten Strukturen bekannte positive Praxisansätze und -erfahrungen erfragt. Die Auswahl der Fokusgruppenteilnehmenden erfolgte über Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die das Monitoring unterstützt. Ausgangspunkt war der Einbezug solcher Berufsverbände, die den Fokus auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben⁴ sowie derjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen (auf Landesebene), die bereits zum damaligen Zeitpunkt ein besonderes Engagement im Bereich Kinderschutz aufwiesen. An der Fokusgruppe nahmen insgesamt neun Vertreterinnen und Vertreter übergeordneter Strukturen des ambulanten Gesundheitsbereiches aus unterschiedlichen Bundesländern teil:

- ▶ Drei Vertreterinnen und Vertreter von Kassenärztlichen Vereinigungen (eine weibliche, zwei männliche Teilnehmende),
- ▶ ein Vertreter des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte,
- ▶ ein Vertreter des Deutschen Hausärzterverbands,
- ▶ ein Vertreter des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,
- ▶ eine Leiterin einer Kinderschutzambulanz,
- ▶ ein Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer und
- ▶ eine Vertreterin einer Landesärztekammer.

⁴ Der Fokus lag auf Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die aufgrund ihrer spezifischen fachlichen Ausrichtung schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche behandeln. Das Monitoring bezieht daher folgende fünf Berufsgruppen ein: Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bzw. -psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -psychotherapeuten, Hausärztinnen bzw. -ärzte und

Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen. Weitere Differenzierungen des Feldes, etwa nach der Art körperlicher Untersuchungen bzw. Behandlungen (z.B. keine sensiblen, sensiblen und hoch sensiblen Körperberührungen) oder nach Settings (z.B. therapeutisches 1:1- Setting) wurden im Hinblick auf die spätere quantitative Erhebung angesprochen, aber im Rahmen der qualitativen Erhebung aus Kapazitätsgründen nicht für spezifischer zusammengestellte Gruppen genutzt.

Zur qualitativen Untersuchung der Entwicklungs- und Umsetzungsprozesse von Schutzkonzepten im Praxisalltag wurde eine **vertiefende zweite Fokusgruppe** mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. Dabei standen Fragen im Mittelpunkt, die förderliche und hinderliche Faktoren im Prozess der Entwicklung und Umsetzung von Präventions- und Interventionskonzepten im Praxisalltag betreffen. Beispielhafte Fragen/Erzählimpulse waren:

- ▶ In welcher Form findet das Thema „Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt“ in Ihrer alltäglichen Arbeit Beachtung?
- ▶ Was tun Sie bei konkreten Hinweisen auf sexualisierte Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche in Ihrem Praxisalltag?
- ▶ Auf welche unterstützende Strukturen können Sie dabei zurückgreifen?
- ▶ Gibt es aus Ihrer Sicht Maßnahmen, die helfen sicherzustellen, dass es in Praxen nicht zu sexualisierten grenzverletzenden Verhaltensweisen kommt?

An dieser zweieinhalbstündigen Fokusgruppe nahmen sechs niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten aus verschiedenen Bundesländern teil. Die teilnehmenden Personen wurden dem Forschungsteam am DJI von den Vertreterinnen und Vertretern der übergeordneten Strukturen in der zeitlich vorausgegangenen ersten Fokusgruppe als im Kinderschutz engagiert und erfahren vorgeschlagen. Es handelte sich um:

- ▶ Drei Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten,
- ▶ eine Gynäkologin,
- ▶ eine Kinder- und Jugendärztin und
- ▶ eine Fachkraft mit Schwerpunkt auf medizinische Fortbildung zum Kinderschutz.

Die Kernerkenntnisse der qualitativen Erhebungen wurden im Rahmen einer vom UBSKM einberufenen Sitzung mit Vertreterinnen und Vertretern einer Dachorganisation der kassenärztlichen Vereinigung validiert.

A.1 Einleitung Kliniken

In der Altersgruppe der unter 15-Jährigen kam es 2015 in Deutschland zu mehr als 1,8 Millionen stationären Behandlungen in Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2016). In der repräsentativen KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Welle 1) fand sich eine Rate von 9,6 % der Kinder und Jugendlichen, die in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht hatten (Lampert u.a. 2015). Die Gründe für Klinikbehandlungen sind vielfältig und unterscheiden sich in den verschiedenen Altersgruppen. Einer genaueren Aufschlüsselung nach Diagnosegruppen entsprechend besitzen Erkrankungen der Atemwege sowie unfallbedingte Verletzungen im Kindes- und Jugendalter einen großen Stellenwert (Statistisches Bundesamt 2016). Stationäre Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen haben, einer vertiefenden Analyse von Plener u.a. (2015) zufolge, in Deutschland zwar zugenommen, spielen bezogen auf alle stationären Klinikbehandlungen zahlenmäßig mit durchschnittlich 2,6 % im Zeitraum von 2003 bis 2012 aber eine geringe Rolle. Dieses Bild ändert sich etwas, wenn zusätzlich die Liegezeit betrachtet wird. Betrug diese im Durchschnitt 6,3 Tage (Lampert u.a. 2015), so lag sie bei Kindern und Jugendlichen, die wegen psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen (überwiegend in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken) behandelt wurden, bei 44 Tagen (Plener u.a. 2015). Eine andere Gruppe mit durchschnittlich sehr langer Aufenthaltsdauer sind Kinder und Jugendliche, die stationär erbrachte Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen müssen. Hier beträgt die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 32 Tage (Widera u.a. 2017).

Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann verschieden organisiert sein. Sie kann etwa in speziellen, teilweise oder gänzlich autarken Kinderkliniken oder aber in Fachabteilungen der allgemeinen Kliniken, zum Beispiel in kinderheilkundlichen und kinderchirurgischen Fachabteilungen, erfolgen. Weiter existieren Fachkliniken, beispielsweise für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie Rehabilitations-einrichtungen für Kinder bzw. Jugendliche. Die Erbringer stationärer medizinischer Leistungen können sich in privater, öffentlicher oder freigemeinnütziger (z.B. kirchliches Krankenhaus) Trägerschaft befinden.

Werden Kliniken bzw. entsprechende Fachabteilungen unter dem Blickwinkel „Kompetenzort“ betrachtet, so kommt es darauf an, dass von sexualisierter Gewalt betroffene Kinder dort auf zugewandte Ansprechpersonen treffen, deren diagnostische Vorgehensweisen und Behandlungsangebote zum einen qualifiziert sind und die zum anderen notwendige Schutzmaßnahmen und Hilfen erbringen bzw. jenseits der Klinikbehandlung kompetent anregen oder gar anbahnen können. Rund um Fragen des diagnostischen Vorgehens nach sexualisierter Gewalt ist sowohl im Hinblick auf körperliche Untersuchungen als auch bezüglich möglichst aussagekräftiger Explorationen betroffener Kinder eine umfangreiche Forschungs- und Fachliteratur entstanden (Herrmann u.a. 2014; Saywitz/Lyon/Goodman, 2018; Rey-Salmon/Jung/Bellaiche 2018). Zudem enthält die, allerdings abgelaufene und daher in Überarbeitung befindliche, AWMF Leitlinie „Kindesmisshandlung und Vernachlässigung“ Hinweise zum Vorgehen nach sexualisierter Gewalt (AWMF 2008), ebenso der gemeinsame Leitfaden der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ; DGKiM/DAKJ 2016). Große Fortschritte sind schließlich in der wissenschaftlichen Befundlage zu Wirkungen von Therapieangeboten im Kindes- und

Jugendalter nach sexuellem Missbrauch zu verzeichnen (für eine Übersicht siehe Landolt/Cloitre/Schnyder 2017).

Wie häufig Kliniken tatsächlich mit Hinweisen auf sexualisierte Gewalt bei Kindern und Jugendlichen konfrontiert sind und welche Vorgehensweisen sie dann wählen, ist jedoch nicht bekannt, unter anderem weil entsprechende Diagnoseziffern erst seit Kurzem in Deutschland angewandt werden und daher noch nicht ausreichend etabliert sind (Jud u.a. 2016). Einige aktuelle Befunde aus der Versorgungsforschung deuten allerdings darauf hin, dass Kinder und Jugendliche nach sexualisierter Gewalt hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit häufig unzureichend versorgt werden (Ganser u.a. 2016). Modellversuche legen nahe, dass Strategien, die das stationäre Versorgungssystem mittels Trauma-Ambulanzen oder Sprechstunden in Jugendhilfeeinrichtungen öffnen, zu einer besseren Versorgung beitragen können (Besier/Fegert/Goldbeck 2009; Rassenhofer u.a. 2016). Zudem fordern gemeinsame Rahmenempfehlungen aus dem Jahr 2012 der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und des Spitzenverbandes Deutscher Krankenversicherungen (GKV) eine insgesamt verbesserte Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs aus allen Altersgruppen, wobei in Form einer geforderten Ausweitung spezieller Ambulanzen und integrierter Angebote für komplex Traumatisierte auch auf den Bereich der Kliniken eingegangen wird (BPtK/ DKG/ GKV/ Bundesärztekammer/KBV 2012). Ergänzend wird in der Literatur gefordert, solche Verbesserungen in der Versorgung, ebenso wie Schutzkonzepte, die sexuellen Übergriffen in Kliniken vorbeugen sollen, bei der Personalausstattung und Vergütung von Kliniken besser zu berücksichtigen (z.B. Schepker/Fegert/ Becker 2015).

Mit Maßnahmen, die sexuellen Übergriffen in Kliniken vorbeugen sollen, geraten diese auch als „Schutzort“ in den Blick. Wiederholt wurde in der Literatur auf besondere, je nach Art einer Klinik etwas unterschiedliche Risiken im Rahmen stationärer Behandlungen hingewiesen (Kaufman/Erooga 2016). So bedeutet ein stationärer Klinikaufenthalt für Kinder und Jugendliche, insbesondere bei einer längeren Dauer, eine ausgedehnte Zeit ohne Eltern oder vertraute Personen verbringen zu müssen. Diese Tatsache kann von potenziellen Täterinnen und Tätern ausgenutzt werden. Weitere Risiken können sich aus Situationen ergeben, in denen „Patientinnen bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Anal- und Genitalbereich mit Krankenhauspersonal alleine und von weiteren Personen unbeobachtet sind“. Risikobelastet sind auch Situationen mit „aufmerksamkeits- oder bewusstseinsreduzierten Patienten“ (z.B. in Aufwächerräumen) oder mit „chronisch und psychisch kranke(n) Patienten und in regelmäßig personalreduzierten Zeiträumen wie in Nachtdiensten“ (Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin 2014: 8). Gleichzeitig kann es dem Klinikpersonal schwer fallen gegenüber der Möglichkeit sexueller Übergriffe durch Leitungspersonal, Beschäftigte, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige aufmerksam zu sein, da Kliniken „von ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch in erster Linie als helfende und integre Organisation, aber nicht auch als potenzieller Tatort gesehen“ werden (Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin 2014: 1).

Empirische Forschung zur Häufigkeit sexueller Grenzverletzungen in Klinikkontexten steht weitgehend aus (Kaufman/Erooga 2016; für eine Ausnahme siehe Feldman/Mason/Shugarman 2001). Gleiches gilt für empirische Befunde zu Wirkungen von Gegenmaßnahmen. Immerhin liegen international (Kaufman/Erooga 2016) wie national (Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in

der Medizin 2014) eine Reihe von Vorschlägen zu Maßnahmen vor, die sexuelle Übergriffe im Kontext stationärer Behandlungen unwahrscheinlicher machen sollen und die in den nachfolgenden beiden Fallstudien und Fokusgruppen aufgegriffen werden.

Aktuelle quantitative Aussagen zur Verbreitung institutioneller Schutzkonzepte in Kliniken sind in einem Datenbericht unserer Projektgruppe „Monitoring“ beim Deutschen Jugendinstitut enthalten (Pooch/Kappler 2017). Bereits in der letzten Monitoringwelle 2012/13 hatte ein großer Teil der Kliniken einzelne Schutzmaßnahmen ergriffen (UBSKM 2013). Umfassendere Konzepte, wie in den nachfolgenden beiden Fallstudien, wurden damals von 14 % der Kliniken berichtet. In der aktuellen Erhebungswelle des Monitorings 2016/17 war der Anteil der teilnehmenden Kliniken, die sich selbst ein umfassendes Schutzkonzept zuschrieben, leicht auf 20,1 % gestiegen. Zudem berichteten 56,7 % der Kliniken davon, zumindest einzelne Präventionsmaßnahmen ergriffen zu haben. Bei einer aktuell von zwei Drittel der Kliniken bejahten, hohen oder sehr hohen Bedeutung der Schutzthematik erscheint es gut möglich, dass positive Beispiele und praktische Hilfestellungen zu einer weiteren Steigerung der Anzahl der Kliniken beitragen können, die sich Schutzkonzepte umfassend aneignen.

A.2 Fallstudie: Klinik für Kinder und Jugendliche

Steckbrief der Einrichtung

Bei dem Fallbeispiel guter Praxis handelt es sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgung in einer deutschen Großstadt. Dort können über tausend Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen werden, der Bereich Kinder- und Jugendmedizin macht insgesamt etwa 15 Prozent aus. Circa drei Viertel der Beschäftigten als auch der Patientinnen und Patienten sind weiblich. Das Krankenhaus gehört zu einem Klinik-Verbund, in dem acht ehemals städtische Krankenhäuser zusammengefasst sind.

Die im Folgenden aufgeführten Aussagen und wörtlichen Zitate entstammen den im Rahmen der Fallstudie durchgeführten Interviews mit einem Oberarzt der Kinderchirurgie, einem Oberarzt und Leiter des Bereichs Kinder- und Jugendmedizin sowie einer Sozialarbeiterin, die im kinderklinischen und gynäkologischen Bereich des Krankenhauses beschäftigt ist (vgl. die Beschreibung der Datenerhebung Seite 7).

Strukturelle Risiken in der Klinik

Die Befragten gehen für die eigene und andere Kinderkliniken von einem prinzipiell vorhandenem Risiko sexualisierter Übergriffe aus. Im Klinikalltag seien Kinder und Jugendliche zwischenzeitlich nackt oder teilbekleidet und es gäbe immer wieder Situationen, in denen Kinder und Jugendliche in der Therapie oder auch in der Pflege mit einer Person alleine seien. Darüber hinaus seien Kinder und Jugendliche zeitweise durch Narkose oder sedierende Medikamente ganz oder teilweise wehrlos. Es sei deshalb insgesamt nicht von der Hand zu weisen, „dass Menschen, die das [Möglichkeit zum sexu-

ellen Übergriff auf Kinder – Anm. d. Verf.] suchen, hier im Krankenhaus ein für sie interessantes Umfeld finden können“ (A.2.1, 13).

Dieses Gefährdungspotenzial sei den Beschäftigten – nach Einschätzung der Befragten – bisher nicht ausreichend bewusst. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden sich primär als „Helfende“ sehen und die potenziellen Gefahren, die mit ihrer Funktion einhergehen, nur selten reflektieren: „Einmal ist immer eine gewisse Schwierigkeit, dass neben dem Punkt, dass die altruistischen Krankenhausmitarbeiter immer eher so in einer Position sind, dass sie sagen, sie können sich das gar nicht vorstellen. Wir sind ja hier die Helfenden und nicht die Bösen“ (A.2.1, 57).

Die Möglichkeiten für potenzielle Täterinnen und Täter, in einem Akutkrankenhaus eine Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufzubauen (im Sinne klassischer Täterstrategien), sei wegen der relativ kurzen Aufenthaltsdauer – im Gegensatz zu Psychiatrien – erschwert: „Diese 5,5 Tage Verweildauer, die Kinder im Krankenhaus verbringen, betrifft natürlich nur die Akut-Kliniken. Es gibt schon auch Kliniken, wo das anders ist. Das sind entweder die sozialpädiatrischen Zentren oder auch Kinder- und Jugendpsychiatrien, wo die Patienten durchschnittlich schon deutlich länger verweilen“ (A.2.1, 27).

- ▶ Akutkrankenhäuser bergen strukturelle Risiken für sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen. In Kliniken mit durchschnittlich längerer Verweildauer nehmen diese noch zu.
- ▶ Eine Herausforderung besteht darin, das Klinikpersonal über die helfende Rolle hinaus für strukturelle Risiken zu sensibilisieren.

Anstoß und Entwicklung des Schutzkonzepts

Nach Auskunft der Befragten gaben Vorfälle sexualisierter Gewalt in anderen deutschen Kliniken den Anstoß für die Erarbeitung eines konkreten Präventionskonzeptes. Die einschlägige Berichterstattung führte zudem bei den Krankenhausmitarbeitenden zu massiven Verunsicherungen. Im Austausch mit den von Übergriffen betroffenen Kliniken wurde die Klinikleitung dafür sensibilisiert, *„auf welche Strukturen man sinnvollerweise achten sollte, die in der [betroffenen Klinik – Anm. d. Verf.] zum Teil vorhanden waren, aber nicht wirklich gut durchstrukturiert waren“* (A.2.1, 7).

Im Anschluss wurde unter Berücksichtigung der Erfahrungen weiterer Institutionen ein klinikeigenes Präventionskonzept entwickelt, welches nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch erwachsene Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigen sollte. Die Hauptbestandteile dieses Schutzkonzeptes sind ein Verhaltenskodex, ein Interventionsplan sowie ein Beschwerde- und Meldeverfahren.

- Fälle sexualisierter Gewalt in anderen Kliniken können den Anstoß zur Erarbeitung eines klinikeigenen Präventionskonzeptes geben.

Der erste Entwurf eines Schutzkonzeptes wurde über mehrere Sitzungen hinweg von einem multidisziplinär besetzten Arbeitskreis entworfen. Dieser Entwurf wurde mit den Beschäftigten der Klinik im Rahmen einer Veranstaltung weiterentwickelt und angepasst. Einen Schwerpunkt der Diskussion stellte es dar, den vorgeschlagenen Verhaltenskodex auf Alltagstauglichkeit hin zu prüfen. Einige Verhaltensregeln wurden im Zuge dieses Prozesses verändert oder ergänzt.

- Das Klinikpersonal kann, etwa bei der Entwicklung eines alltagstauglichen Verhaltenskodex, einbezogen werden.

Motivation der Mitarbeitenden

Selbst bei einem durchaus gegebenen Grundinteresse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Thema „Prävention sexualisierter Gewalt“ wurde von den Befragten aufgrund der Erfahrungen in ihrer Klinik davor gewarnt, eine breit gestreute eingehende Beschäftigung mit dem Konzept zu erwarten. Dies scheitere allein schon an der Zeit, die dafür zur Verfügung stehe. So wurden in der Klinik die Mitarbeitenden zu einer Informationsveranstaltung zur Einführung des Schutzkonzeptes eingeladen, *„was allerdings nicht so angenommen wurde, wie man es sich gewünscht hätte. Allerdings muss man auch sagen, dass in der massiven Arbeitsverdichtung, die wir derzeit in den Krankenhäusern erleben, das auch nicht allzu sehr verwundern sollte“* (A.2.1, 9).

- Eine Herausforderung ist, das Klinikpersonal für ein Engagement zur Prävention sexualisierter Gewalt zu motivieren, ohne zusätzliche zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen zu können.

Trotzdem, so die Aussagen der Befragten, sei *„die Anzahl der Befürworter [einer Umsetzung des Schutzkonzeptes an der Klinik – Anm. d. Verf.] deutlich größer als die Anzahl derjenigen, die gesagt haben, das kann man nicht machen, das soll man nicht machen, das wollen wir nicht machen“* (A.2.1, 59). Jedoch, so die Empfehlung, müsse mit Widerständen bei einigen Mitarbeitenden gerechnet und es müssten konstruktive Umgangsweisen damit gefunden werden. So habe es Beschäftigte gegeben, die sich gegen die Veränderungen im Umgang mit den Patientinnen und Patienten und Kolleginnen und Kollegen – wie im Verhaltenskodex vorgesehen –

gewehrt hätten: „Das haben wir noch nie so gemacht, das werden wir jetzt auch nicht ändern deswegen“ (A.2.1, 57).

Weiter hätten einige Mitarbeitende den Verhaltenskodex als Ausdruck eines Generalverdachtes, unter den das gesamte Krankenhauspersonal gestellt werde, missverstanden. Unsicherheit sei auch entstanden, inwieweit ein solcher Verhaltenskodex rechtlich verbindlich sei. Die Befragten berichteten, mit welchen Argumenten sie diesen Vorbehalten kommunikativ begegnet seien: „Es geht dabei nicht um einen Generalverdacht, sondern es geht um Erfahrungswerte und es geht darum, dass es eine Sicherheit für beide Seiten gibt, sowohl für, in dem Falle die Patientin, als auch für den Arzt oder die Ärztin“ (A.2.1, 57). Es wurde versucht, die Mitarbeitenden durch den Hinweis zu überzeugen, das Konzept trage auch zu ihrem eigenen Schutz bei: „Es ist also einmal ein Schutz der Patienten vor sexuellem Missbrauch, aber auch ein Schutz der Mitarbeiter vor unberechtigten Vorwürfen“ (A.2.1, 37). Die Unsicherheit bezüglich der Verbindlichkeit des Verhaltenskodexes wurde zudem im Zuge einer Anfrage an den Ethik-Rat des Klinik-Verbands beantwortet.

- ▶ Förderlich ist, Vorbehalten von Mitarbeitenden gegen Bestandteile des Schutzkonzeptes (z.B. den Verhaltenskodex) zu begegnen, indem auf Erfahrungswerte aus anderen Kliniken und eigene Handlungssicherheit bzw. den eigenen Schutz der Mitarbeitenden Bezug genommen wird.

Als wichtig und gleichzeitig besonders herausfordernd schätzte ein befragter Arzt Maßnahmen ein, die eine wiederkehrende Beschäftigung mit den verschiedenen Elementen des Schutzkonzeptes sichern: „Wir bemühen uns darum, so etwas auch immer wieder auf entsprechenden Führungskräftekonferenzen anzusprechen“ (A.2.1, 61). Lösungsansätze seien etwa fest verankerte Tagesordnungspunkte bei bestimmten Besprechungen, über die dann nicht

mehr diskutiert werden müsse und für die es keines konkreten Anlasses mehr bedürfe.

- ▶ Eine wiederkehrende Beschäftigung des Klinikpersonals mit Bausteinen des Schutzkonzeptes kann durch festgelegte Tagesordnungspunkte, auch bei Besprechungen auf Leitungsebene, gefördert werden.

Eine weitere Möglichkeit, Beschäftigte zu motivieren, sieht einer der befragten Ärzte in dem Angebot, die Mitarbeitenden konkret mit ihren praktischen Alltagserfahrungen an der Überarbeitung und Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes zu beteiligen, im Sinne von „jetzt kenne ich ja das Konzept, jetzt hätte ich gerne eine Überarbeitung und möchte bei dieser Überarbeitung mitmachen“ (A.2.1, 11). Dem wurde zum Erhebungszeitpunkt in der Kinderklinik mit Hilfe einer schriftlichen Befragung zum Schutzkonzept nachgegangen: „Da werden genau diese Fragen auch noch mal hinterfragt: Wie ist eigentlich das Verständnis? Wie ist die Akzeptanz? Führt ein solcher Verhaltenskodex zu Veränderungen oder ändert es das eigentlich gar nichts? Wird der Verhaltenskodex als eine Art Richtschnur angesehen oder nur als eine Art Gängelung?“ (A.2.1, 73).

- ▶ Schutzkonzepte können durch beteiligungsorientierte Prozesse der Überprüfung und Weiterentwicklung (z.B. schriftliche Befragung des Personals) lebendig gehalten werden.

Bestandteile des Schutzkonzepts

Verhaltenskodex

Die Befragten berichteten von mehreren wesentlichen Aspekten, die im Verhaltenskodex für das Klinikpersonal Niederschlag gefunden haben. So sollen etwa Handlungspraxen, die ein Entkleiden und (teilweise) Nacktheit von Patientinnen und Patienten vorsehen und die beschämend wirken können, auf ein notwendiges Minimum reduziert werden. Als ein Beispiel wurde angeführt: *„Was der große Vorteil an Flügelhemdchen ist, ist selbst medizinisch kaum nachvollziehbar (...) es ist einfach so eine gewisse Betriebsblindheit im Krankenhaus (...) Und das muss gar nicht bedeuten, dass ein nackter Patientenrücken irgendjemand sexuell interessant findet, sondern es geht einfach darum, dass man insgesamt auf diesen Bereich sehr viel stärker achtet als man das bisher getan hat“* (A.2.1, 17).

Einer der befragten Ärzte schilderte ein zweites Beispiel, indem er von teilweise gewohnheitsmäßigen Praktiken bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sprach, bei denen die behandelten Kinder komplett entkleidet würden, auch wenn dies nicht unbedingt erforderlich sei: *„Also, früher war es so und an einigen Krankenhäusern ist es auch immer noch so, dass Kinder für eine kinderärztliche Untersuchung nackt auf eine Untersuchungsliege gesetzt werden oder dreiviertel nackt unter einer Heizlampe und dort warten bis der Arzt kommt. Und das finde ich nicht mehr zeitgemäß, sondern man kann diese Kinder dann seriell ausziehen, auch dann kann man alle Körperstellen einsehen, aber die Kinder müssen dazu nicht nackt sein“* (ebd.).

Eine Klinik, die hier sensibel und achtsam vorgeht, vermindert Risikosituationen und ermutigt Kinder bzw. Jugendliche ihre eigenen Schamge-

fühle zu achten oder überhaupt erst zu entwickeln. Auch dies kann präventiv wirken. Daher, so die Befragten, würden sich mehrere Regeln im klinikeigenen Verhaltenskodex mit dem Schamgefühl von Patientinnen und Patienten sowie der Begrenzung von Nacktheit auf ein notwendiges Minimum beschäftigen.

- Der Verhaltenskodex enthält Regelungen zur Berücksichtigung des Schamgefühls der minderjährigen Patientinnen und Patienten.

Ein weiterer Punkt im Verhaltenskodex, der Risikosituationen vermindern soll, betrifft die Vermeidung von Gelegenheiten, bei denen (minderjährige) Patientinnen und Patienten durch eine einzelne Person versorgt werden: *„Das heißt, dass immer letztendlich das Sechs-Augen-Prinzip herrscht, dass der Patient nie alleine ist mit einem Untersucher oder Untersucherin oder in einer Pflegesituation. Das ist jetzt zumindest der Wunsch gewesen innerhalb der Kodex-Verantwortlichen“* (A.2.2, 37).

Es wurde allerdings von den Befragten anerkannt, dass 1:1-Situationen im Arbeitsalltag mit den vorhandenen Ressourcen nicht kategorisch ausgeschlossen werden können: *„Insofern ist heute die Realität, dass nachts auf einer Station eine, maximal zwei Schwestern sind, und die können da nicht zu jedem Patienten zu zweit gehen, sondern die sind froh, wenn sie zu jedem Patienten gehen können, und auch das ist schon ein bisschen in Frage gestellt.“* (A.2.1, 19)

Daher wurden drei Strategien beschrieben, um ein allzu starkes Auseinanderfallen von Verhaltenskodex und Arbeitswirklichkeit zu verhindern. Zunächst ist die Vorgabe im Verhaltenskodex eher weich formuliert, so dass Ausnahmen als möglich definiert werden können. Eine weitere Person solle „nach Möglichkeit“ anwesend sein. Zum zweiten verpflichten sich Be-

schäftigte und Klinik professionell dafür einzutreten, dass die strukturellen Voraussetzungen für ein Einhalten als richtig erkannter Verhaltensregeln (z.B. des Sechs-Augen-Prinzips) zumindest zukünftig erfüllt werden. Drittens gibt es, etwa im Rahmen der Schulungsarbeit, fachliche Diskussionen darüber, in welchen Situationen die Einhaltung dieses Prinzips als besonders wichtig angesehen wird. Ein Beispiel hierfür wären Situationen, in denen Kinder bzw. Jugendliche innerhalb der Klinik transportiert werden. Hier gibt es zudem auch Aspekte der Unfallverhütung, die ein Sechs-Augen-Prinzip leichter durchsetzbar erscheinen lassen: *„Zum Beispiel die Vorgabe, eine Schwester darf das Kind nie alleine transportieren, (...) (weil) jemand kann ja stürzen, kann sich verletzen, Patient bleibt alleine im Flur, das Kind klettert aus dem Kinderbett und verletzt sich, deswegen gibt es bei uns immer den Hinweis beim Transport irgendwohin, Untersuchung, Röntgen, Kernspin, man ist immer zu zweit, also auch ein körperlicher Schutz letztendlich indirekt, aber dadurch reduziert sich natürlich auch die Risikosituation“* (A.2.2, 39). Ein anderes Beispiel sind pflegerische, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in Intimbereich des Patienten oder der Patientin.

- ▶ Ein zusätzlicher Ansatzpunkt im Verhaltenskodex, der Risiken verringern soll, ist die Empfehlung, dass Kinder bzw. Jugendliche in bestimmten, im Verhaltenskodex zu definierenden Situationen, nach Möglichkeit nicht mit Personal oder Mitarbeitenden alleine sein sollten.

Einen starken Bezug sehen die Befragten hier zu der Frage, wann eine Untersuchung, Behandlung oder pflegerische Versorgung durch eine gleichgeschlechtliche Fachkraft angemessener und risikoärmer ist: *„Also der Pfleger versorgt eine Jugendliche mit 14 zum Beispiel, alleine, das ist eigentlich was, was bei uns im Hause eigentlich nicht geht, da muss immer jemand, möglichst Weibliches mit in der Situation dabei sein, das versuchen wir umzusetzen“* (A.2.2, 39). Auch

diese Regel ist im Verhaltenskodex eher weich formuliert, so dass ein Ziel deutlich wird, Ausnahmen aber zugelassen sind und es werden vor allem Untersuchungen, Behandlungen und pflegerische Versorgung im Intimbereich von Kindern bzw. Jugendlichen fokussiert.

- ▶ Eine weitere Festlegung im Verhaltenskodex, die dem Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen in der Klinik dient, besagt, dass Untersuchungen, Behandlungen und pflegerische Versorgung im Intimbereich nach Möglichkeit durch gleichgeschlechtliche Beschäftigte erfolgen sollten.

Der Verhaltenskodex als Bestandteil des klinikweiten Schutzkonzeptes richtet sich zunächst an das Klinikpersonal: *„Das kriegt jeder, der bei uns beginnt“* (A.2.2, 05). Orte der Vermittlung sind etwa die Begrüßungsveranstaltung und der Einarbeitungskurs. Aber auch Eltern und den Kindern bzw. Jugendlichen ist der Verhaltenskodex zugänglich: *„Der Kodex liegt überall auch auf den Stationen, sodass man sich da durchaus informieren kann, es gibt also Flyerboxen“* (A.2.2, 57). Zudem ist er auf der Homepage der Klinik öffentlich einsehbar eingestellt. Eine proaktive Information von Eltern über den Verhaltenskodex erfolgt allerdings eher selten, vor allem bei beunruhigt wirkenden Eltern, die dann generell über Schutzmaßnahmen informiert würden: *„Wenn allerdings jetzt zum Beispiel Eltern nach Hause gehen, und irgendwie Sorge haben, und das Kind alleine hier schläft, dann wird natürlich schon noch mal ein Beratungsgespräch geführt, wie wird das Kind versorgt, was macht das abends, wer passt da auf, haben Fremde Zugang zu den Stationen“* (A.2.2, 57).

Einer der befragten Ärzte berichtete von Überlegungen, *„ob man zum Beispiel den Verhaltenskodex auch offiziell auf der Station aushängt. Das ist aber sozusagen schon noch mal eine zusätzliche besondere Herausforderung, weil dann werden einige von den Maßnahmen, die dort draufstehen auch massiv eingefordert und in Zeiten, wo die, ich schon selber merke, dass ich dem*

nicht gerecht werden kann, ist das zumindest schwierig, ob das, man das tun sollte“ (A.2.1, 29). Daher wurde bislang davon abgesehen, den Kodex auszuhängen.

- Das Personal wird bei der Einstellung über den Verhaltenskodex informiert, für Eltern liegen Falblätter bereit und der Verhaltenskodex kann auf der Homepage nachgelesen werden.

Fortbildung der Mitarbeitenden

Fortbildungen im Rahmen eines klinikeigenen Fort- und Weiterbildungsinstituts sowie im Rahmen der Kinderschutzgruppe an der Klinik fokussieren auf die Rolle der Klinik als Kompetenzzort, an dem Kinder bzw. Jugendliche, die sexuellen Missbrauch oder eine andere Form von Kindeswohlgefährdung erfahren mussten, kompetente Hilfe erhalten. In diese Richtung zielen auch Fortbildungen der Rettungsstellen. Zumindest im Rahmen einer zweitägigen freiwilligen Fortbildung zum Kinderschutz im klinikeigenen Fort- und Weiterbildungsinstitut wird aber auch das Thema der Klinik als Schutzort angesprochen, an dem Patientinnen und Patienten vor sexuellen Übergriffen geschützt sein sollen. Allerdings kann nur ein kleiner Teil der Mitarbeitenden diese Fortbildung besuchen: „Also die letzte Fortbildung in diesem Jahr waren fünfundzwanzig Teilnehmer und [das Krankenhaus – Anm. d. Verf.] beschäftigt im Kinderbereich ungefähr sechshundert, sechshundertfünfzig Mitarbeiter, also das sind fünf Prozent. Das ist jetzt nicht wirklich wahnsinnig viel, aber es gäbe zumindest die Möglichkeit, wenn einen das interessiert oder wenn man das Gefühl hat, dass man dort Defizite hat, gäbe es Möglichkeiten sich zu informieren und fortzubilden“ (A.2.1, 41).

Weitere Gelegenheiten, die genutzt werden, um eine größere Anzahl an Mitarbeitenden, dann

aber weniger intensiv, zum Schutzkonzept fortzubilden, sind die Begrüßungsveranstaltung und der Einarbeitungskurs. Bei beiden handelt es sich um verpflichtende Veranstaltungen, die sich wiederholen. Schutzkonzepte stellen dabei eines von mehreren angesprochenen Themen dar.

- An der Klinik wurde eine Mischung aus kürzeren, in verpflichtende Veranstaltungen integrierte Fortbildungseinheiten zum Schutzkonzept und intensiveren, freiwilligen Fortbildungen zum Kinderschutz entwickelt, die allerdings nur von wenigen Mitarbeitenden besucht werden können.

Fehlerkultur

Im Verhaltenskodex und in Fortbildungen wird auch der Umgang mit Fehlverhalten von Kolleginnen und Kollegen angesprochen. Es soll dazu ermutigt werden, Fehlverhalten anzusprechen und gegebenenfalls auch Vorgesetzten mitzuteilen. Im Hintergrund stehen Erfahrungen, wonach bei sexuellen Übergriffen in Kliniken teilweise vorher Auffälligkeiten beobachtet, aber nicht thematisiert wurden: „Eine deutlich auffallende Beobachtung [an Kliniken, an denen sexualisierte Gewalt aufgedeckt wurde – Anm. d. Verf.] war, dass das Umfeld der später als Täter eines sexuellen Missbrauchs aufgefallenen Person immer schon eine gewisse Ahnung hatte, das etwas auffällig ist oder merkwürdig ist und es immer schon gewisse Verdachtsmomente gab, die aber nie verbalisiert worden sind. Es ist also immer ein bisschen das Tuch der Solidarität über diese Menschen drüber gelegt worden und diese Solidarität brach erst als es dann zu einem Nachweis eines sexuellen Missbrauchs oder zu dem hochgradigen Verdacht eines sexuellen Missbrauchs gekommen ist, so dass eine der Forderungen auch in unserem Verhaltenskodex ist, dass wir sagen, wenn es entsprechende Ver-

dachtsmomente gibt, muss darüber im Team geredet werden, und es darf eben nicht unter den Mantel des Schweigens gedeckt werden“ (A.2.1, 15). Entsprechend dieser Forderung wird beispielsweise im Verhaltenskodex die Erwartung formuliert, Fehlverhalten im Team zu thematisieren und gegebenenfalls Vorgesetzten mitzuteilen.

- ▶ Eine offene Thematisierung von Fehlverhalten und die prinzipielle Bereitschaft, dagegen auch durch eine Mitteilung an Vorgesetzte Stellung zu beziehen, werden als wichtiger Bestandteil des Schutzkonzeptes verstanden.

Beschwerdeverfahren

Wenn **Beschäftigte** über Auffälligkeiten oder Missstände berichten möchten, haben sie dafür mehrere Möglichkeiten. Sie können sich etwa an die nächsthöhere Ebene von Vorgesetzten oder aber an den eigens dafür zuständigen Ombudsmann wenden. Dieser Ombudsmann – ein beauftragter Rechtsanwalt – informiert die Geschäftsführung über den konkreten Vorfall, aber nicht über die meldende Person; diese bleibt anonym. Darüber hinaus könnten sich die Beschäftigten prinzipiell an die Frauenbeauftragte oder Patientenfürsprecher wenden. Die beiden zuletzt genannten Beschwerdemöglichkeiten werden jedoch nach Aussage der Befragten eher nicht für sexualisierte Gewalt genutzt: *„Es hat sich aber in meiner Erfahrung gezeigt, dass das nicht die Leute sind, mit denen über ein Problem eines sexuellen Missbrauchs gesprochen werden würde“* (A.2.1, 23). Zudem gibt es bei Unsicherheiten die Möglichkeit, sich in einer Fachberatungsstelle, mit der ein Vertrag geschlossen wurde, beraten zu lassen und erst dann über das weitere Vorgehen zu entscheiden.

Die Telefonnummern des Ombudsmanns und auch der Fachberatungsstelle stehen auf einer

laminierten Informationskarte, die jede und jeder Beschäftigte bei der Einstellung erhält und auf deren Rückseite der Verhaltenskodex abgedruckt ist.

- ▶ Das Klinikpersonal hat mehrere Möglichkeiten, Hinweise auf institutionellen sexuellen Missbrauch innerhalb der Klinik oder (auch anonym) über eine externe Ombudsperson mitzuteilen. Zudem besteht die Möglichkeit, sich vorab unabhängig von einer Fachstelle beraten zu lassen. Die relevanten Kontaktdaten werden bei jeder Einstellung ausgehändigt.

Die Befragten berichteten weiter von vorhandenen Möglichkeiten für stationär aufgenommene **Kinder und Jugendliche**, Beschwerden vorzubringen. Dafür stehen Patientenfürsprecher, die Seelsorge und die Klinikleitungen als persönliche Ansprechpersonen zur Verfügung. Weiter haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich in schriftlicher, auch anonym Form via Kummerboxen oder E-Mail zu beschweren.

- ▶ (Minderjährige) Patientinnen und Patienten haben mehrere Möglichkeiten, sich persönlich oder anonym zu beschweren.

Interventionsplan

Der Interventionsplan der Klinik schreibt ein koordiniertes Vorgehen vor. Bei einem Verdacht auf sexualisierte Gewalt in der Klinik soll, so die Befragten, zunächst der unmittelbare, nächsthöhere Vorgesetzte und auch die Standortleitung informiert werden, die dann weitere Hierarchieebenen einbindet. Es wird eine Task-Force gebildet, bei der die Verantwortung für das weitere Vorgehen liegt: *„Wir haben eine Task-Force, die bis hoch geht zum Verwaltungsvorsitzenden, zur Vorstandsvorsitzenden, und diese Task-Force ist dann aufgefordert einen Handlungsplan zu entwickeln, der da lautet, "was passiert mit dem*

vermeintlich beschuldigten Mitarbeiter", wird er freigestellt, wird er in einen anderen Bereich versetzt und die andere Frage ist, wer wird innerhalb des Teams beauftragt, zum Beispiel, eine befreundete Klinik, diese Situation zu analysieren, oder wenn es natürlich Strafhandlung wäre, dann müsste man natürlich mit den öffentlichen Stellen arbeiten, sprich, mit der Polizei oder mit der Staatsanwaltschaft" (A.2.2, 68).

Die Klinik hat dabei die Möglichkeit, externen Sachverstand einzubinden und zu einer Fachberatungsstelle Kontakt aufzunehmen, mit der der Krankenhausverbund einen Rahmenvertrag geschlossen hat: „Und auch da gibt es einen entsprechenden Vertrag, dass dort um Hilfe angesucht werden kann, sowohl in Fällen, wo es noch nicht zu einem sexuellen Missbrauch gekommen ist, aber insbesondere auch in Fällen, wenn es zu einem Verdachtsfall oder einem tatsächlichem Fall gekommen ist, so dass dann auch gleich eine entsprechende fachliche Beratung stattfinden kann" (A.2.1, 25).

Die Befragten unterstrichen die große Relevanz der Kooperation: „Ein entscheidender Faktor ist sicherlich, dass man eine hochgradig professionell arbeitende Institution kennt, die sich um die Abklärung von Verdachtsfällen kümmert, denn wenn man so etwas hat, ist es deutlich einfacher ein offenes Ohr dafür zu haben, wenn jemand einen Hinweis gibt, denn wenn eine solche Institution einen entsprechenden Ablaufplan hat, wie sie mit solchen Verdachtsfällen umgeht, und das entsprechend professionell macht, ist es sicherlich einfacher möglich, einen solchen Verdachtsfall auch für sich selber zu akzeptieren und den dann auch weiter zu geben" (A.2.1, 53).

- In der Klinik existiert ein Interventionsplan, der bei konkreten Verdachtsfällen die Bildung einer hochrangig besetzten Task-Force vorsieht, die dann das Vorgehen steuert und verantwortet. Die Klinik hat

Vorkehrungen getroffen, um im Bedarfsfall externen Sachverstand bei der Interventionsplanung rasch und unkompliziert einbeziehen zu können.

Führungszeugnis

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ihrem Arbeitsalltag mit Kindern und Jugendlichen umgehen, müssen in der Klinik verbindlich ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis vorlegen: „Ich würde mal sagen, sechshundert arbeiten mindestens in der Kindermedizin, und alle Führungszeugnisse wurden als positiv bewertet, also es war keine Irritation, wir wollten eben einen gewissen Sicherheitsstandard auch haben" (A.2.2, 21).

- Alle Mitarbeitenden, die Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, müssen ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis vorlegen.

Auch für externe Kräfte oder ehrenamtlich in der Klinik tätige Personen wurde eine Regelung getroffen: „Wir haben oft die Situation, es kommen externe gemeinnützige Organisationen, die lesen für die Kinder vor, die spielen mit den Kindern, die machen Clown-Sprechstunde, die machen also ständig ein Programm, (das) ist gewünscht (...) da brauchen wir eine Schutzsituation, es sind externe Menschen, die kennen wir nicht so genau (...) da ist es auch so, dass dann zum Beispiel die Schwester einen Blick auf diese Situation hält, wenn jetzt jemand im Zimmer vorliest, die Eltern müssen einverstanden sein, (...) wenn jemand bei uns länger als, ich glaube, sechs Monate am Stück solche Serviceberatungsleistungen durchführt, der braucht dann auch ein Führungszeugnis" (A.2.2, 43).

- Die Klinik ist sich bewusst, dass externe Servicekräfte und Ehrenamtliche

notwendige Arbeiten leisten, aber von ihnen auch Gefahren ausgehen können. Bei einem Einsatz über sechs Monate hinaus wird auch hier ein Führungszeugnis verlangt.

Kinderschutzgruppe

Schon seit mehreren Jahren gibt es an der Klinik eine Kinderschutzgruppe. Die Kinderschutzgruppe besteht aus freiwillig engagierten Beschäftigten der Klinik und beschäftigt sich aus verschiedenen Blickwinkeln mit Verdachtsfällen „um festzustellen, ist dieser Verdacht auszuräumen oder lässt er sich eher bestätigen und dann, wie kann man verhindern, dass es erneut zu einem Kinderschutzfall komm (...) Und im Einzelfall, muss man sagen, ist das dann die Basis für eine kind-, und auch familiengerechte Diagnostik und Entscheidungsfindung“ (A.2.2, 78).

Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe bilden sich regelmäßig zu Themen des Kinderschutzes fort und gehen regelmäßig in den Austausch mit anderen Institutionen: „Wir gehen nach außen, Behörden, Ämter, und verzahnen uns mit denen. Wir hatten jetzt (...) praktisch alle sechs Wochen einen Kontakt mit dem Gesundheitsamt und dem Sozialamt hier“ (A.2.1, 21).

- ▶ Die Mitglieder der klinikeigenen, interdisziplinären Kinderschutzgruppe bilden sich regelmäßig fort und besprechen gemeinsam Fälle, in denen das Kindeswohl gefährdet sein könnte oder das Vorgehen nach geklärter Gefährdung festgelegt werden muss.

Die Hauptrolle der Kinderschutzgruppe besteht darin, die Klinik als Kompetenzort zu stärken, d.h. als Ort an dem Verdachtsfälle kompetent geklärt und geeignete Schutz- bzw. Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Die meisten der in der Kinderschutzgruppe bearbeiteten

Fälle beziehen sich entsprechend auf Kindeswohlgefährdung außerhalb der Institution: „Und bisher in der Arbeit, die ich in der Kinderschutzgruppe in den letzten zehn Jahren gesehen habe, gab es auch keinen Fall, wo es zu einer Kindesmisshandlung im Krankenhaus gekommen ist, sondern das waren alles Fälle, die von außen an das Krankenhaus herangetragen worden sind, beziehungsweise Fälle, die selber in der eigenen Rettungsstelle entdeckt worden sind oder wo der Verdacht geäußert worden ist“ (A.2.1, 43).

- ▶ Die Kinderschutzgruppe berät Fälle (möglicher) sexualisierter Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung und stärkt damit die Rolle der Klinik als Kompetenzort.

Eine weitere Rolle der Kinderschutzgruppe besteht darin, in geeigneten Fällen die unmittelbar zuständigen Ärztinnen und Ärzte, die unter Umständen wenig Erfahrung mit Kinderschutzfällen haben, in der Gesprächsführung mit Eltern oder anderen Beteiligten zu unterstützen: „Die Gespräche mit den Eltern, ob es jetzt ein Konfrontationsgespräch ist, oder die Mitteilungen, dass das Jugendamt ins Boot geholt wird, oder wie auch immer, eben nie dann von uns allein geführt werden, sondern immer mit einem ärztlichen Kollegen, oder einem Kollegen aus dem Fachbereich gemeinsam, ist sehr positiv, auf jeden Fall“ (A.2.2, 83).

Wenn auch nicht überwiegend, beschäftigt sich die Kinderschutzgruppe doch wiederkehrend mit Fällen sexualisierter Gewalt an Kindern. Teil der Professionalisierung ist es dabei auch, die Grenzen medizinischer Diagnostik zu beachten und Kooperationspartner einzubeziehen: „Da wir nur die akuten Folgen eines sexuellen Missbrauchs behandeln könnten, aber weder sicher ausschließen können, noch sicher nachweisen können, dass es zu einem sexuellen Missbrauch gekommen ist (...) deshalb verweisen wir auch in solchen Fällen, die Patientinnen und manchmal Patienten, auch weiter an entsprechend qualifi-

zierte Beratungsinstitutionen, die neben der Beratung dann häufig auch die weitere Diagnostik machen. Sexualisierte Gewalt ist häufig kein medizinischer Notfall, sondern es ist etwas, was dann einfach dauerhaft abgestellt werden sollte, insofern sind da unsere Möglichkeiten als Akut-Mediziner etwas eingeschränkt“ (A.2.1, 47).

- In Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt werden Betroffene häufig zur weiteren Abklärung bzw. Beratung an die kooperierenden Institutionen vermittelt.

Evaluation und Aktualisierung des Schutzkonzepts

Die Prüfung und Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes hat in der untersuchten Klinik einen hohen Stellenwert: „Aber im Hinterkopf ist das schon sicherlich bei den Verantwortlichen so, dass man nach einer gewissen Zeit, noch mal überlegen sollte, passt das eigentlich noch, was da aufgeschrieben worden ist? Ist das noch aktuell? Hat sich da etwas geändert? Gibt es den Ombudsmann eigentlich noch? Gibt es die Kooperation mit der Beratungsinstitution noch? Und wenn es nicht mehr aktuell ist, spätestens dann müsste es überarbeitet werden“ (A.2.1, 63).

- Geplant ist eine regelmäßige Prüfung und Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes.

A.3 Fallstudie: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Steckbrief der Einrichtung

Bei der zweiten Fallstudie handelt es sich um eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie mit Zuständigkeit für die regionale Versorgung und einer darüber hinaus bestehenden überregionalen Zuständigkeit für schwer zu behandelnde kinder- und jugendpsychiatrische Störungen. Die in Süddeutschland gelegene Klinik ist Teil einer Universitätsklinik, übernimmt also auch Aufgaben im Rahmen der Ausbildung.

Der vollstationäre Bereich bewegt sich hinsichtlich der Bettenanzahl im Bereich der durchschnittlichen Größe kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken bzw. Fachabteilungen (Statistisches Bundesamt 2016b). Neben einer vollstationären Aufnahme ist auch eine tagesklinische Behandlung möglich. Gemessen in Vollzeitäquivalenten stehen für Pflege und Behandlung etwa 80 Stellen zur Verfügung. Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten im vollstationären Bereich liegt etwas über der durchschnittlichen Verweildauer bei kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen (Schepker/Fegert/Braun 2015).

Die Fallstudie beruht auf einem Einzelinterview mit dem Leiter der Klinik, das etwas mehr als eindreiviertel Stunden in Anspruch nahm, sowie einem Gruppeninterview mit etwa eineinviertel Stunden Dauer. Am Gruppeninterview nahmen folgende Personen teil: eine Stationsleitung mit langjähriger Verantwortung für die Arbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes auf einer Station der Klinik, eine leitende Psychologin, der Patientenführer und der stellvertretende ärztliche Direktor.

Strukturelle Risiken in der Klinik

Von mehreren der Befragten wurde die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als „gefahrneigte Tätigkeit“ bezeichnet, um das grundsätzliche vorhandene Risiko von sexualisierten oder körperlichen Übergriffen kenntlich zu machen: *„Dass es auch eine gefahrneigte Tätigkeit ist, weil man hier ja natürlich in Nähebeziehung lebt und die Kinder ihre Vorgesichte mitbringen, sexualisiertes Verhalten mitbringen, aggressiv sind, und dass deshalb immer ein gewisses Risiko auch von Übergriffen durch Personal auf Kinder oder von Kindern untereinander besteht“* (A.3.1, 04).

In den Interviews wurden vier Aspekte benannt, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Risiko institutioneller Übergriffe beitragen (können). Ein erster Aspekt betrifft die Situation und Lebensgeschichte der Kinder bzw. Jugendlichen auf den Stationen oder in der Tagesklinik, die teilweise grenzverletzende oder sexualisierte Verhaltensmuster mitbringen würden oder weniger als Gleichaltrige in der Lage seien, sich vor Übergriffen zu schützen. Als zweiter Punkt wurde anhand von Fallbeispielen aus den Bereichen Klinik und Internat (z.B. Odenwaldschule) die Gefahr institutioneller „Betriebsblindheit“ beschrieben. Bezeichnet wurde damit die Möglichkeit, in Kliniken als „totalen Institutionen“ (Goffman 1973) könne sich unbemerkt eine Kultur entwickeln, die Übergriffe beinhalte oder begünstige. „Betriebsblind“ könnten dann Mitarbeitende werden, denen üblich gewordene Grenzverletzungen (z.B. bei Patientenzimmern nicht anzuklopfen) gar nicht mehr auffallen würden. Patientinnen und Patienten wiederum täten sich schwer damit, Grenzverletzungen zu erkennen und sich zu wehren, da sie sich zunächst in einer fremden Umgebung befinden würden und zudem oft nur sehr verschwommene Vorstellungen davon hätten, was sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwarten. Drittens wurde angegeben, dass angesichts der Verweildauer im Rahmen von Behandlungen,

aber auch der Pflege, notwendige persönliche Beziehungen entstehen würden. Gerade bei Kindern sei es zudem nicht möglich, emotional getönten Körperkontakt gänzlich zu vermeiden: „Wenn man da so einen Sechsjährigen hat, oder auch mal so einen Zehnjährigen, der weinend dasteht, einfach vollkommen aufgelöst ist, oder einem mal entgegenrennt und in den Arm fällt - natürlich sagen wir dann nicht, das dürft ihr gar nicht“ (A.3.2, 74). Dass sich aus solchen Beziehungen oder Situationen Grenzverletzungen entwickeln könnten, sei als Möglichkeit nicht auszuschließen. Schließlich wurde, viertens, angeführt, dass sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilweise Patientinnen und Patienten befänden, in deren Privatsphäre zeitweise eingegriffen werden müsse: „Es gibt einfach Patienten, die, entweder schwer suizidal sind, also wo man nicht weiß, ob sie nicht jeden Moment einen Versuch unternehmen, sich das Leben zu nehmen, oder auch Patienten, die so, schwer psychotisch sind, dass sie eigentlich-, (...) man nicht drauf vertrauen kann, dass sie sich nicht aus Verwirrtheit etwas antun, wo manchmal tatsächlich so Sachen wie Duschbegleitung, (...) Toilettenbegleitung erfolgen“ (A.3.2, 85). Selbst unmittelbarer Zwang könne in manchen Fällen erforderlich sein: „Wir müssen Zwang ausüben, wenn jemand sich selbst umbringen will oder andere gefährdet, ja. Das ist auch ein Teil der Rolle von Psychiatrie, ja“ (A.3.1, 14). In solchen Situationen verletze die Kinder- und Jugendpsychiatrie in jedem Fall Grenzen. Dies könne ausgenutzt werden oder übermäßig erfolgen.

- Gefahren für sexualisierte Gewalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwachsen unter anderem aus besonderen Vulnerabilitäten oder Risikoverhaltensweisen behandelter Kinder bzw. Jugendlicher, der Arbeit mit Nähebeziehungen und dem Einsatz von Zwang bzw. ausgeprägten Formen von Kontrolle in manchen Fällen.

Zur Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, so wurde vor allem im Gruppeninterview erläutert, gehöre allerdings nicht nur die Gefahr von Grenzverletzungen oder Übergriffen in der Klinik. Da sexualisierte Gewalt psychische Erkrankungen begünstige, trete noch sehr viel häufiger das Problem auf, dass bei Kindern bzw. Jugendlichen sexueller Missbrauch oder andere Gefährdungsformen im häuslichen Umfeld im Raum stehen würden: „Was immer so ein großes Thema in den Teams ist, wenn wir Kinder und Jugendliche behandeln, wo wir den Verdacht haben, dass sie zu Hause misshandelt wurden in irgendeiner Art und Weise, und wo dann schon die Frage steht: Kann dann dieses Kind oder der Jugendliche wieder zurück nach Hause?“ (A.3.2, 198). Insofern Fehlentscheidungen möglich seien, handle es sich auch hier, zumindest in einem weit verstandenen Sinne, um ein institutionelles Risiko.

- Zudem muss die Möglichkeit von Fehlentscheidungen (z.B. Einleiten oder Unterlassen von Schutzmaßnahmen) bei im Raum stehendem innerfamiliären sexuellen Missbrauch als strukturelles Risiko der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Institution angesehen werden.

Anstoß und Entwicklung des Schutzkonzepts

Auch in dieser zweiten Fallstudie wurde die intensive Beschäftigung mit sexuellen Übergriffen in anderen Kliniken als eine wesentliche Wurzel für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes benannt. Aus einer Außensicht auf eine betroffene Klinik beeindruckten einen Interviewpartner dabei einerseits die reale Möglichkeit institutioneller Dynamiken, die Fachkräfte über Grenzverletzungen hinwegsehen ließ: „Wo mir halt dann deutlich wurde, wie man manipulativ ein ganzes

Team (...), einbinden kann, ja, (...) die hinterher eigentlich auch schwer geschockt waren“ (A.3.1, 02). Zum anderen verdeutlichte der Fall aber auch die Gefahr, Betroffene, die den Missbrauch mitteilen wollten, zu überhören, wenn die Klinik unvorbereitet sei und nicht mit institutionellem Missbrauch rechne: „Weil es deutlich war, wie schwer und schwierig das für die Betroffenen war, Gehör zu finden“ (A.3.1, 02). Eine Folgerung aus diesen Erfahrungen für das Schutzkonzept in der hier im Mittelpunkt stehenden Klinik war ein starker Fokus auf einer institutionellen Kultur, die generell die Rechte der behandelten Kinder und Jugendlichen betont.

Als eine zweite wesentliche Wurzel für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes wird der sich entfaltende und von Personen aus der Klinik aktiv mitgestaltete Diskurs um sexualisierte Gewalt in Institutionen in Deutschland genannt. Diese Beteiligung an der fachlichen Entwicklung in Deutschland hatte unter anderem zwei Konsequenzen. Zum einen ein reichhaltiges Informationsangebot in Form von Vorträgen, Symposien und Fortbildungen, in denen über aktuelle Entwicklungen und Befunde berichtet werden konnte: *„Fortbildungen zum Thema haben wir, denke ich, reichlich aufgrund eben dieses Schwerpunkts auch“ (A.3.2, 108). Zum anderen habe sich, nicht nur aufgrund der Befunde zu institutionellem Missbrauch, sondern auch aufgrund der Forschungsergebnisse zur Rolle sexuellen Missbrauchs bei der Entstehung psychischer Erkrankungen, ein Konsens herausgebildet, die Klinik als Schutzort ausgestalten zu wollen: „Dass wir eben auch Schutzraum bieten, ja, dass wir die Kinder und Jugendlichen so annehmen, wie sie sind, mit ihren Problemen und wir eine ganz bestimmte Haltung von den Personen verlangen, die hier arbeiten“ (A.3.2, 136).*

Ein wichtiger Begleitumstand, so wurde berichtet, sei gewesen, dass die Entwicklung des Schutzkonzeptes mit einem Neubau der Klinik zusammengefallen sei. Dies habe Möglichkeiten

im Rahmen der Bauplanung eröffnet. Hauptsächlich sei es hier um das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stets wichtige Thema des Umgangs mit Zwang gegangen. Beispielsweise sei darauf verzichtet worden, Time-Out Räume einzuplanen. Aber auch für die Prävention von sexuellen Grenzverletzungen wichtige Aspekte hätten eine Rolle gespielt. So seien zum Beispiel Flächen eingeplant worden, auf denen groß über Kinderrechte informiert worden sei: *„Da haben wir auf jeder Stockwerkhöhe einen Auszug aus der UN-Kinderrechtskonvention und auf der Jugendstation, wo am ehesten mal mit Zwang behandelt wird, auch die Normen zum Zwang“ (A.3.1, 02). Zudem seien auf den Stationen in eher ruhigen Bereichen Telefone, später Freisprechanlagen installiert worden, mit denen Kinder und Jugendliche auf fest eingestellten Nummern mit einem Patientenfürsprecher und dem Jugendamt Kontakt aufnehmen konnten, um sich beispielsweise zu beschweren.*

Für die Entwicklung des Schutzkonzepts in der Klinik wurden mehrere Themen beschrieben, denen von Anfang an besondere Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Hierzu zählen verständliche Informationen für Kinder und Jugendliche in der Klinik über ihre Rechte sowie leicht nutzbare Möglichkeiten sich zu beschweren. Ein weiteres, von Anfang an wichtiges Thema, waren thematische Fortbildungen. Besondere Aufmerksamkeit habe schließlich auch der Personalverantwortung gegolten: *„Und wir haben in jedem Bewerbungsgespräch damals 2001 die Thematik schon angesprochen, haben damals gesagt, dass eigentlich so eine Institution davon lebt, dass wir Kindern einen Schutzraum anbieten können“ (A.3.1, 04). In einem über mehrere Jahre laufenden Prozess sei mit Personalrat und Gewerkschaft eine Anlage zum Arbeitsvertrag ausgehandelt worden, in dem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterschreiben würden, diese Hinweise erhalten zu haben, was später unter Umständen bei einem entsprechend qualifizierten Verdacht eine Kündigung rechtfertigen könne: „Es ist natürlich ein massiver Eingriff*

in Personalrechte, ja, deshalb hat das sehr lange gedauert, aber irgendwann haben wir diese Absprache sowohl mit der Pflegedirektion, wie mit dem Personalrat hinbekommen“ (A.3.1, 04).

Die Befragten betonten allerdings, die Entwicklung des Schutzkonzeptes sei nicht als abgeschlossener Prozess zu betrachten. Zum einen gebe es neue Elemente. So solle etwa ein in einer anderen Klinik entwickelter Verhaltenskodex übernommen und angepasst werden: *„Wir haben da jetzt innerhalb der Klinik auch diesen Verhaltenskodex, der im Endeffekt in der [Name einer anderen Klinik, Anm. d. Verf.] entstanden ist, (...), auch noch mal für uns überarbeitet, das ist was, was wir noch mal den Mitarbeitern jetzt vorstellen werden“ (A.3.2, 30).* Zum anderen seien auch Anstrengungen erforderlich, um die bereits etablierten Elemente des klinikeigenen Schutzkonzeptes am Leben zu erhalten: *„Also so was, was man einmal begonnen hat, aufrechtzuhalten als funktionierendes System, ist was Schwieriges“ (A.3.1, 06).* Immer wieder neu angebotenen Fortbildungen, so die Erfahrungen in der Klinik, komme hier eine Schlüsselbedeutung zu.

Kinderrechte und Partizipation als Grundorientierung

Die Aufklärung über ihre Rechte wird, ebenso wie die Partizipation von Kindern und Jugendlichen, als Element von Schutzkonzepten definiert. Beiden Aspekten wird mithin das Potenzial zugesprochen, präventiv gegen sexualisierte Gewalt zu wirken bzw. zu einer raschen Beendigung sexualisierter Gewalt beitragen zu können. Gleichzeitig ist aber unübersehbar, dass Kinderrechte und Partizipation nicht auf den Aspekt des Eintretens gegen sexualisierte Gewalt beschränkt sind, sondern umfassender auf einen respektvollen Umgang mit und das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen zielen.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Fallstudie deutlich, dass die Aufklärung über Kinderrechte und die Partizipation der Kinder und Jugendlichen in der Klinik von den Befragten als Teil einer umfassenden Haltung verstanden wurde, auch wenn ein spezifisch risikomindernder Effekt im Hinblick auf sexualisierte Gewalt erwartet wurde. Beispielsweise wurde im Interview mit Mitarbeitenden der Klinik von Beteiligungsangeboten für Kinder und Jugendliche auf den verschiedenen Stationen berichtet, deren bislang hauptsächliche Auswirkungen den generellen Umgang zwischen „Behandlern“ und „Behandelten“ betroffen hätten: *„Also wir haben auf unserer Jugendstation II ein Projekt (...) und da haben wir die Jugendlichen inzwischen jetzt zwei Mal im Abstand von anderthalb Jahren, also immer die aktuelle Gruppe, befragt, wie empfindet ihr die Kommunikation hier (...) und zum Beispiel haben die Jugendlichen gesagt, „naja, in der Chefvisite, ihr sprecht immer über uns, und dann kommen wir rein und dann werden wir Dinge gefragt und wir wissen aber gar nicht, was habt ihr denn da gesprochen“ und seitdem gibt es auf dieser Station eine Visite, wo nicht mehr vorher über die Jugendlichen gesprochen wird, sondern der Jugendliche kommt rein, und dann wird mit dem Jugendlichen gesprochen, wie war dein Therapieverlauf“ (A.3.2, 37).*

Bei Rückfragen betonten mehrere der Befragten, eine Alltagstauglichkeit der Aufklärung über Kinderrechte, von Beschwerdemöglichkeiten und Partizipationsangeboten führe dazu, dass eben ein sehr weiter, alltäglicher Kreis von Problemen angesprochen werde, nicht nur Probleme mit Grenzverletzungen. Gerade dies sei aber nötig, um Kindern und Jugendlichen bei sexualisierten Übergriffen eine Chance zu geben sich zu äußern: *„Und diese Beschwerdesysteme, die kann man auch nicht missbrauchsspezifisch testen oder zu hochschwellig machen. Die häufigsten Beschwerden gehen halt das Essen an und solche Sachen und die funktionieren*

auch nur, wenn sie so niedrigschwellig sind und die Kinder überhaupt mal ausprobieren können, ob das ernstgenommen wird“ (A.3.1, 12).

Kinderrechte und Partizipation wurden daher in der im Mittelpunkt der Fallstudie stehenden Klinik als Bestandteil des Schutzkonzeptes, aber auch darüberhinausgehend als Teil der Grundausrichtung der Klinik verstanden.

Bestandteile des Schutzkonzeptes

Bewerbungen und Führungszeugnis

In der Klinik werden Personalrekrutierung und Personalauswahl sowie Personalverwaltung genutzt, um sexualisierter Gewalt vorzubeugen. Ein erster Schritt ist das regelmäßige Ansprechen der Thematik in Bewerbungsgesprächen, *„weil wir natürlich ein gefahrgeneigter Bereich sind, also dass es vielleicht Leute mit Pädophilie neigung natürlich in Bereiche zieht, wo man mit Kindern zusammenarbeiten kann“* (A.3.2, 20). Als zweiter Schritt werden im Fall einer Einstellung diese Hinweise und die sich daraus ergebenden Anforderungen an Beschäftigte in einem Anhang zum Arbeitsvertrag niedergelegt, *„wo Mitarbeiter das dann auch unterschreiben und das also zum Teil des Arbeitsvertrags gemacht wird, dass darauf hingewiesen worden ist“* (A.3.1, 04). Dies diene nicht nur der Bewusstseinsbildung, sondern schaffe *„in Zweifelsfällen auch die Möglichkeit eine Verdachtskündigung auszusprechen, ja, weil es viel zu schwierig ist abzuwarten, bis ein Strafverfahren gelaufen ist“* (A.3.1, 04).

Am Anfang der Einführung dieses Systems habe es Befürchtungen gegeben, dadurch qualifiziertes Personal abzuschrecken. Dieser Effekt ist, nach den Angaben der Befragten, aber nicht eingetreten. Im Gegenteil *„viele Leute haben*

ganz motiviert da drauf reagiert, haben sogar Erfahrungen erzählt, die sie in anderen Einrichtungen, wo sie gearbeitet haben, vorher gemacht haben, haben gesagt, sie sind da noch nie danach gefragt worden“ (A.3.1, 06).

Im dritten Schritt gebe es dann in der Personalverwaltung die Routine, dass für alle Beschäftigten im Abstand von drei Jahren ein Führungszeugnis eingeholt werde: *„Wir haben eine Dienstanweisung gemacht, dass es jeder Mitarbeiter hier machen muss, und eine Routine mit der Verwaltung etabliert, dass das alle drei Jahre wiederholt wird“* (A.3.1, 06). Die dabei anfallenden Gebühren werden von der Klinik übernommen. Ob sich der Aufwand insgesamt lohnt, ist aber aus Sicht der Befragten ungewiss. Vielleicht sei es eher Symbolpolitik, da es de facto sehr lange dauere, bis eine rechtskräftige Verurteilung vorliege: *„Es ist so spät bis irgendwas im Führungszeugnis erwähnt wird, für uns in der Einrichtung wirksamer wäre die Mitteilung in Strafsachen“* (A.3.1, 06), in der auch Ermittlungsverfahren erwähnt würden.

Beschwerdeverfahren für Kinder und Eltern

Was die Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche angeht, gibt es in der Klinik hierfür mehrere Möglichkeiten. Die von den Kindern und Jugendlichen hauptsächlich genutzte Möglichkeit bestehe darin, eine Person ihres Vertrauens innerhalb der Klinik anzusprechen, etwa die Therapeutin oder den Therapeuten. Eine Beobachtung sei aber, dass Kinder und Jugendliche häufig *„mit einer Nachtwache, oder mit einer Schwesternschülerin oder so jemand, also mit Personen, wo der hierarchische Abstand nicht so hoch ist und die relativ viel Zeit haben“* (A.3.1, 22) sprechen würden. Deshalb sei es für ein im Alltag funktionierendes Beschwerdemanagementsystem auch so wichtig *„gerade diese Personen stark zu unterstützen und denen deutlich zu machen, wie sie dokumentieren sollen,*

wenn sich ihnen jemand zuerst einmal anvertraut“ (A.3.1, 22). Auf dem Weg über Vertrauenspersonen eingehende Beschwerden würden zunächst bei der Stationsleitung landen. In manchen Fällen, aber nicht bei sexuellen Grenzverletzungen, sei es möglich, dies mit dem Kind und der betreffenden Mitarbeiterin bzw. dem betreffenden Mitarbeiter direkt zu besprechen. *„Wenn es so gravierendere Beschwerden gibt, also in allen Bereichen des Alltags, dann wird das am nächsten Tag im interdisziplinären Team besprochen“* (A.3.2, 44). Bei noch gravierenderen Angelegenheiten und dazu würden dann auch sexualisierte Übergriffe zählen, würden dann auch Ebenen der Klinikleitung eingeschaltet. So sei es etwa gewesen, als sich eine Lehrkraft aus der Klinikschule sexuell übergriffig verhalten habe. Daraufhin hätten sich Kinder bei einem Therapeuten und der Stationsleitung beschwert. Über die Klinikleitung habe die Lehrkraft dann rasch entbunden werden können. In einem anderen Fall habe eine studentische Sitzwache sich sexuell grenzverletzend verhalten: *„Und da haben wir auch sofort gehandelt, mit dem behandelnden Therapeuten im Gespräch, mit der Oberärztin im Gespräch haben wir dann den Studenten eben von seinen Aufgaben entbunden mit sofortiger Wirkung“* (A.3.2, 52).

Neben der Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, sich bei einer Person ihres Vertrauens in der Klinik zu beschweren, gibt es die Möglichkeit, sich an Ansprechpersonen außerhalb der Klinik zu wenden und zwar an die Person des Patientenführers sowie an ein Jugendamt im Einzugsbereich der Klinik. Damit es sich hier nicht nur um eine theoretische Möglichkeit handelt, gibt es auf jeder Station entsprechende Telefone, *„die hängen ja offen auf jedem Stockwerk, und die haben so eine Freisprechfunktion, also die Kinder und Jugendlichen müssen nur auf einen Knopf drücken und können dann eben das Jugendamt oder den Patientenführer an-*

wählen“ (A.3.2, 177). Die kostenlose Möglichkeit, sich extern zu beschweren, wird bei der Aufnahme angesprochen und ist zudem in einem Comic zu den Rechten von Kindern und Jugendlichen in der Klinik enthalten. Der langjährige Patientenführer *„kam auf der Kinderstation regelmäßig zum Kaffeetrinken, so dass die Kinder den persönlich kannten, also ein Gesicht damit verbunden haben und auf der Jugendstation hat er Sprechstunden gemacht“* (A.3.1, 02). Die Fortführbarkeit dieses positiven Modells ist nach einem anstehenden Wechsel in der ehrenamtlichen Position des Patientenführers allerdings etwas unklar, wobei der bisherige Patientenführer berichtete, die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme sei von den Kindern und Jugendlichen in der Klinik durchaus genutzt worden. Bei vielen Anrufen sei es *„einfach um Kontakt“* gegangen. Die Kinder und Jugendlichen hätten dann erzählt, *„was sie machen, am Tag gemacht haben oder was sie am Tag vorher gemacht haben, ohne Beschwerden“*. Es habe aber auch *„Beschwerden, also drei, vier, nicht mehr in diesen acht Jahren gegeben, wo man dann wirklich etwas klären musste mit Mitarbeitern“* (A.3.2, 190). In einem Fall habe eine Person in der Klinik Akten genutzt, um alleinerziehende Mütter von Kindern und Jugendlichen in der Klinik anzurufen: *„Also der wollte die anbaggern. Das haben die Jugendlichen mitgekriegt, und das ist zum Beispiel über diesen Weg, über dieses Telefon berichtet worden“* (A.3.1, 12).

Im Hinblick auf die Beschwerdemöglichkeiten für Eltern wurde in den Interviews ein Weg über die ärztliche Stationsleitung, die Pflegedienstleitung oder die Psychologin bzw. den Psychologen auf der Station beschrieben. Dieser Weg sei in allen Kliniken des Universitätsklinikums gegeben. Eine Besonderheit gebe es allenfalls insofern, als die Klinikleitung sich besonders darum bemühe, auch selbst für Eltern ansprechbar zu sein: *„Und das ist auch jede Woche im Prinzip jemand, der anruft und mich sprechen will. Das*

meiste ist telefonisch zu klären, aber ich finde es schon wichtig, dass die Leute das Gefühl haben, dass man ihnen Gehör schenkt" (A.3.1, 18). Damit Eltern aber überhaupt eine Chance hätten sich zu beschweren, müsse mit ihnen offen über eventuell vorgekommene Grenzverletzungen oder Probleme mit der Behandlung oder der Pflege gesprochen werden. Das sei nicht ganz einfach: „Also die Regel ist: Institutionen schämen sich, deshalb ist die Information an die Eltern oder Sorgeberechtigten immer was Wichtiges. Aber da muss man auch drauf drängen" (A.3.1, 20).

Bezüglich der Möglichkeiten für Mitarbeitende, Hinweise auf sexuelle Grenzverletzungen als Beschwerde und Hinweis weiterzugeben, wurde vor allem auf die Notwendigkeit von Dokumentation und Einbezug der Leitung hingewiesen: „Dann gibt es im Prinzip eine Anordnung, dass solche Dinge halt an den Oberarzt gemeldet werden müssen und der meldet es dann an mich. Das ist aber hier in einem Krankenhaus alles auch einfacher. Weil wir halt relativ viele Dinge mit Dienstanweisungen und Meldehierarchien versehen haben" (A.3.1, 20). Von Seiten der Mitarbeitenden gab es die Überlegung, ob in manchen Fällen die Möglichkeit zur Rücksprache mit einer externen Ansprechperson sinnvoll sein könne: „Also ich habe mich mal gefragt einfach, an wen wende ich mich jetzt. Wenn ich einen Fall habe und möchte es aber jetzt vielleicht nicht direkt mit dem Chef besprechen, gibt es da auch extern eine Möglichkeit" (A.3.2, 163). Es sei darüber aber noch keine abschließende Meinungsbildung erfolgt, möglich sei bislang allenfalls ein Ansprechen im Rahmen externer Supervision, die aber nicht allen Berufsgruppen offenstehe. Ebenfalls nur perspektivisch existieren bislang Überlegungen, die mittlerweile bei nahezu allen Kindern und Jugendlichen in der Klinik vorhandenen Handys für ein Beschwerdesystem im Internet zu nutzen: „Also ich denke, da sind wir in der Institution ein Stück weit auch rückschrittlich und ich denke, dass der nächste Schritt im Beschwerdemanagement auch über

Beschwerdesysteme im Internet gehen wird" (A.3.1, 16).

Aufklärung von Kindern und Jugendlichen über ihre Rechte

Als eine Voraussetzung für die Fähigkeit von Kindern, sich gegen Grenzverletzungen zu wehren, wurde im Leitungsinterview die Information über den Ablauf in der Klinik und ihre Rechte dargestellt: „Wenn wir Kinder schützen wollen, müssen wir sie halt auf ihre Rechte hinweisen und müssen sie informieren über das, was wir eben machen, sodass sie überhaupt eine Folie haben, wie ist das übliche Vorgehen, und merken können, hier ist irgendwas komisch" (A.3.1, 02).

Um diese Aufklärung zu gewährleisten, so wurde im Gruppeninterview erläutert, werden mehrere Wege beschritten. Zunächst werden Kinder und Jugendliche im Rahmen der Aufnahme aufgeklärt und auf ihre Rechte sowie Beschwerdemöglichkeiten hingewiesen. Weiter erhalten sie eine Broschüre mit Informationen zum Tagesablauf in der Klinik, der Behandlung und ihren Rechten. Schließlich finden sich Kinderrechte in verschiedenen Sprachen an den Wänden der Klinik: „Und dass sie auch gleich Bescheid wissen, dass es einen wichtigen Stellenwert hat, sind die Rechte der Kinder auch im Treppenhaus noch mal an die Wände geschrieben" (A.3.2, 119).

Zum Hintergrund der Informationsbroschüre, die eine Seite über Kinderrechte enthält, wurde berichtet, dass die Idee aus dem Pflege- und Erziehungsdienst gekommen sei. Entwickelt worden sei die Broschüre dann gemeinsam mit Jugendlichen in der Klinikschule. Vor dem Druck habe es dann auch noch eine Erprobung mit Schulklassen außerhalb der Klinik gegeben. Gelingen sei damit „eine Informationsbroschüre für Kinder, die in einem Comic Grundschulkindern und Anfang Sekundarstufe erklärt, was hier in der stationären Behandlung üblicherweise gemacht wird" (A.3.1, 06). Die Broschüre sei sehr

hilfreich und habe weite Verbreitung erfahren. Die Entwicklung sei aber sehr aufwendig und zeitintensiv gewesen, weil auf die Verständlichkeit für verschiedene Altersgruppen habe geachtet werden müssen und weil „wir haben geguckt, dass die Comics dann halt auch wirklich die reale Situation hier abbilden“ (A.3.1, 06).

Partizipation und Rückmeldungen

Für den Erfolg des Schutzkonzeptes und darüber hinaus die Gestaltung der Aufenthalte in der Klinik wurden eine Mitwirkung der Kinder und Jugendlichen sowie Rückmeldungen zum Erleben und Nutzen der Aufenthalte übereinstimmend als sehr wichtig angesehen. Mehrere Kanäle wurden hierzu von den Befragten benannt.

Als projektförmig organisierte und damit nur punktuell vorhandene Möglichkeit wurde, neben der bereits erwähnten Mitwirkung von Kindern und Jugendlichen aus der Klinikschule an der Erstellung einer Informationsbroschüre für neu aufgenommene Patientinnen und Patienten, eine bereits zweimal auf der Jugendstation durchgeführte Befragung zur Kommunikation auf der Station unter den Jugendlichen, aber auch mit den verschiedenen Berufsgruppen erwähnt: „Die Jugendlichen machen sich darüber Gedanken und das wird dann gemeinsam besprochen und natürlich auch dementsprechend ausgewertet. Beim letzten Mal wurde auch eine Powerpoint-Präsentation erstellt, die dann auch vorgeführt wurde, und es hat wirklich dazu beigetragen, bestimmte Dinge zu verändern“ (A.3.2, 37).

Daneben gibt es auch regelmäßige Formen von Mitbestimmung und Rückmeldung: „Wir haben auf den Stationen, das nennt sich einmal Forum und dann zum zweiten das Parlament. Im Forum (...) sitzen die Jugendlichen zusammen und be-

sprechen bestimmte Themen, die sie interessieren, und das sind natürlich Alltagsthemen, welches Fernsehprogramm wählen wir aus, wer ist verantwortlich diese Woche in der Kochgruppe, aber auch natürlich, welche Anliegen haben wir an das therapeutische Team, welche Kritikpunkte haben wir, und das wird dann zwei Tage später im Parlament mit dem Pflege- und Erziehungsdienst besprochen“ (A.3.2, 39). Auf der Kinderstation gebe es eine entsprechende, aber etwas vereinfachte Form der Mitbestimmung, die Reflexionsrunde: „Auf der Kinderstation spielt das noch einmal eine besondere Rolle, wo die Kinder eben sagen, wie war ihr Tag, was war gut an dem Tag, was war nicht so gut, welche Themen möchten sie noch einbringen und auch da wird es diskutiert“ (A.3.2, 39).

Eine besondere Form der Rückmeldung seien dann noch Erhebungen zur Patientenzufriedenheit und Nachbefragungen. Die Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen werde standardisiert mit psychometrisch geprüften Instrumenten erhoben und mit den Werten anderer Kliniken, die sich zu einem Verbund zusammengeschlossen hätten, verglichen. Hinzu würden Nachbefragungen kommen: „Also wir haben ja durch Doktorarbeiten immer mal die Möglichkeit, eine Katamnese zu machen, zwei Jahre nach der Behandlung, was hilfreich war und was problematisch war. Das gehört auch zum Schutzkonzept dazu, dass man, wenn die Leute nicht mehr in der institutionellen Abhängigkeit sind, anhört zu dem, was sie in der Einrichtung erlebt haben“ (A.3.1, 35).

Verhaltenskodex

Vor allem im Gruppeninterview wurde für den Klinikalltag eine Reihe von Regeln geschildert, die dem Schutz vor sexuellen Übergriffen dienen sollen. Wie in der Fallstudie A2 zur Klinik für Kinder und Jugendliche betraf eine dieser Re-

geln die Anwesenheit einer gleichgeschlechtlichen Person bei körperlichen Untersuchungen: *„Wir haben auch noch die körperlichen Untersuchungen, wo normalerweise ein Arzt mit einem Patienten alleine ist, da haben wir die Regel aufgestellt, dass also möglichst eigentlich gleichgeschlechtlich untersucht wird, und wenn sich das nicht so regeln lässt, dass zumindest dann ein zum Patienten gleichgeschlechtlicher Mitarbeiter von Pflege- und Erziehungsdienst jetzt zur Untersuchung dazu gezogen wird“* (A.3.2, 56).

Die in einigen Fällen erforderliche Dusch- oder Toilettenbegleitung sei stets gleichgeschlechtlich. In weniger strenger Weise gebe es auch, so wurde erläutert, Regeln zur professionellen körperlichen Distanz zwischen Mitarbeitenden und Kindern bzw. Jugendlichen, wobei hier ein generelles Verbot weder als praktikabel noch als sinnvoll angesehen wurde. Wichtig sei vielmehr ein gemeinsam getragenes Grundverständnis mit wechselseitigen Hinweisen im Team: *„Es kann immer mal passieren, dass jemand einem Patienten zu nahekommt, ja, also auch diesen professionellen Abstand nicht mehr findet, aber man dann einfach die anderen hat, die sagen, pass auf, wir beobachten das, ziehe dich bitte ein bisschen zurück“* (A.3.2, 74).

Nachtwachen, so wurde erläutert, würden aufgefördert, in heiklen oder kritischen Situationen, die stets vorhandene zweite Nachtwache, wovon mindestens eine weiblich sei, mit dazu zu holen.

Im Hinblick auf sexualisierte Gewalt unter Gleichaltrigen, *„die eine große Rolle spielt oder spielen kann“*, gebe es *„eine offene Politik von keinen körperlichen Kontakten zwischen Mitpatienten“* (A.3.2, 68). Dazu gehöre *„die Regel, dass sich Jungs und Mädchen nicht gegenseitig auf dem Zimmer besuchen dürfen, sondern da gibt es Aufenthaltsbereiche, in die wir eben auch als Betreuer Einblick haben“* (A.3.2, 67). Komme es trotz Gesprächen zu wiederholten Verstößen, seien auch schon disziplinarische Entlassungen erfolgt.

Eine dritte Gruppe von Regeln, die angesprochen wurde, betrifft Besucherinnen und Besucher auf der Station. Hier gebe es beispielsweise die Regel: *„Besucher haben eigentlich in den Schlafräumen nichts verloren“* (A.3.2, 59). Vom Patientenführer wurde berichtet, er habe dann selbst schon erlebt, dass eine Erzieherin gekommen sei, nachdem ihm ein Mädchen ihr Zimmer habe zeigen wollen: *„Ja gut, bin ich mit runter, und da kam doch eine Erzieherin kurz darauf rein, hat geklopft“* (A.3.2, 58).

Einen Versuch, die vorhandenen Regeln festzuhalten, stelle ein Verhaltenskodex dar, der in Anlehnung an das Beispiel einer anderen Klinik entwickelt worden sei. Dieser solle nun den Mitarbeitenden vorgestellt und mit ihnen diskutiert werden.

Fortbildungen

Thematische Fortbildungen wurden als geeigneter Weg verstanden, um das Qualitätsbewusstsein im Hinblick auf Prävention und Umgang mit sexualisierter Gewalt zu fördern. Auf einzelne verpflichtende Fortbildungen wurde dabei zugunsten einer interessanten und für verschiedene Berufsgruppen in der Klinik sowie das berufliche Umfeld der Klinik offenen Gestaltung von Angeboten verzichtet. Allenfalls wird mit Anreizsystemen gearbeitet, d.h. Fortbildungen wurden für die Facharztausbildung sowie als ärztliche Weiterbildungen zertifiziert: *„Viele unserer Mitarbeiter, also ganz schön viele, auch im Pflege- und Erziehungsdienst oder gerade Auszubildende für Psychotherapie sich das dann anrechnen lassen. Da gibt es auch den Incentive dann natürlich, dass man damit seine Fortbildungspunkte ausbauen kann“* (A.3.2, 109).

Jenseits dieser sehr offenen Fortbildungsstrategie, auch für *„Leute von außen, also niedergelassene Kollegen oder Mitarbeiter anderer Kliniken, weil unsere hausinterne Fortbildung eigentlich*

immer von der Ärztekammer auch anerkannt ist und es Weiterbildungspunkte gibt“ (A.3.1, 08), wird in der Klinik noch mit E-Learning Angeboten gearbeitet und im Rahmen der Psychotherapieausbildung mit Rollenspielen: „Auch da treten diese Themen immer wieder in den Vordergrund, auch das offene Ansprechen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, dass man das im Rollenspiel übt als Therapeut und dann eben weniger Hürden hat, das offen anzusprechen beim Patienten“ (A.3.2, 110). Weitere Fortbildungsinstrumente bei Bedarf seien die interdisziplinären Teamsitzungen sowie die regelmäßige externe Supervision.

Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes

An mehreren Stellen der Interviews für die Fallstudie wurden Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes angesprochen.

Ein Punkt betraf den Umgang mit Verdächtigungen, die nichtzutreffend seien. Die Möglichkeit von Falschbeschuldigungen sei *„ein großes Thema, das vielen im Kopf rumschwirrt“ (A.3.2, 169)*. Solche Fälle habe es in der Klinik bereits gegeben, die im Team hätten geklärt werden können. Es sei aber *„die Frage, ob man eine allgemeingültigere Strategie entwickeln kann“ (A.3.2, 169)*.

Als weiteres Thema wurde eine verbesserte Zusammenarbeit mit den vielen Kliniken im Rahmen des Universitätsklinikums angesprochen: *„Wenn das mal nicht die Spielwiese der Kinder- und Jugendpsychiater und manchmal der Rechtsmediziner ist, dass wir innerhalb des gesamten Klinikums eine gemeinsame Fortbildung haben. Das gibt es relativ wenig“ (A.3.2, 116)*. Der Vorteil könne im Abbau von Kommunikationshürden und der Entwicklung gemeinsamer Standards liegen.

Als ein drittes noch ungelöstes und im Rahmen einer Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes anzugehendes Problem wurde der Umgang mit Handys und Internet angesprochen. Die Kinder und Jugendlichen würden einerseits sagen, dass das Handy *„zum Leben als Grundrecht dazugehört“*. Andererseits hätten viele Jugendliche *„pornographische Inhalte, haben Nazimist und so weiter auf den Handys. Also filzen wir auch die Handyinhalte, was natürlich auch wieder ein Eingriff oder Übergriff ist. Wir sind pädagogisch auch ein bisschen ratlos, wie wir mit brutalen sexuellen Inhalten umgehen. In der Gewaltpädagogik gibt es eigentlich relativ klare Konzepte und die heißen eigentlich immer, dass ein Erzieher oder eine Erzieherin das gemeinsam anguckt und dass man das in der Gruppe diskutiert. Macht man das mit sexuellen, mit pornographischen Inhalten, dann macht man sich strafbar“ (A.3.1, 16)*. Daher sei noch nicht klar, wie diese Thematik bei einer Weiterentwicklung des Schutzkonzeptes am besten aufgegriffen werden könne.

A.4 Erkenntnisse aus der Fokusgruppe Kliniken

„Also, jemand, der sich gar nicht damit beschäftigt, der sagt dann nach zwanzig Jahren: Ist nichts passiert, war nichts!“ (A.1, 38)

A.4.1 Strukturelle Herausforderungen in Kliniken

In der Fokusgruppe (zur Zusammensetzung siehe S. 8) wurde ein *grundlegendes Dilemma* im Klinikalltag darin gesehen, dass den Patientinnen und Patienten medizinisch geholfen werden soll, aber damit teilweise unvermeidlich Scham- oder zumindest Körpergrenzen verletzt werden: *„Es gibt Pflegetätigkeiten, die bleiben eine Grenzverletzung, aber im Rahmen ihres Auftrags und der notwendigen Pflege eine zu vollziehende. Einem krampfenden Kind werde ich auch Diazepam geben, ob das jetzt eine Grenzverletzung ist oder nicht“ (A.1, 94)*. Deshalb, so die Aussage eines Klinikleiters, gehöre die Sensibilisierung für die Verletzung von Scham- und Körpergrenzen, die einer Behandlung oft innewohnen würde, sowie ein reflektierter Umgang mit diesem Dilemma zu einem Schutzkonzept. Dies untermauerte ein weiterer Teilnehmer der Fokusgruppe: *„Das ist genau der Punkt, wo wir vor allem mit unserem Konzept auch hinkommen wollten, dass die Fähigkeit erhöht wird von jeder Schwester, von jedem Krankenhaustätigen zu sagen, ich muss jetzt was machen, das steht außer Frage (...) aber wir haben vierjährige Kinder, denen ist das wurscht, Zäpfchen lieber wie das sie was schlucken müssen, und es gibt vierjährige Kinder für die ist das eine Katastrophe. Und die innere Haltung einfach sich selber und die eigene Maßnahme zu reflektieren, in Frage zu stellen und dann das medizinisch notwendige mit dem geringsten Kollateralschaden für das Kind durchzuführen“ (A.1, 97)*.

- ▶ Pflege und medizinische Behandlung verletzen häufig Scham- und Körpergrenzen. Für einen angemessenen Umgang damit benötigt das Krankenhauspersonal eine besondere Sensibilität, die durch ein klinikeigenes Schutzkonzept gefördert werden kann.

Eine weitere Gegebenheit in der Klinik, so wurde in der Fokusgruppe festgestellt, seien Machtungleichgewichte, etwa zwischen Behandlerin bzw. Behandler und Patientin bzw. Patient. Diese Machtungleichgewichte würden immer die Gefahr eines Machtmissbrauchs bergen und mit der Entwicklung eines Schutzkonzeptes wende sich eine Klinik genau dieser Gefahr, also dem Thema *Machtmissbrauch im institutionellen Kontext*, zu: *„Aber natürlich gibt es Machtmissbrauch, ständig, jeden Tag, bedingt durch die Persönlichkeit derjenigen, die dort arbeiten und da ist eine sehr unterschiedliche Wahrnehmung da von den Personen, auch von den Mitkollegen und das war uns ganz, ganz wichtig, dass einfach mit ins Konzept reinzubringen und das macht einen großen Teil aus, weil das das ist, was wirklich jeden Tag vorkommt“ (A.1, 45)*.

Ein anderer Teilnehmer der Fokusgruppe warf an dieser Stelle bestätigend ein: *„Denn man hat damit eine enorme Macht, der Patient ist ja ausgeliefert, der durchschnittliche Patient ist ja in Not, ist abhängig, sucht Hilfe“ (A.1, 46)*. Gelegenheiten für Machtmissbrauch, so die Teilnehmenden an der Fokusgruppe, gebe es prinzipiell in allen Settings in Kliniken, unter anderem in Pflegesituationen, bei medizinischen Interventionen und in therapeutischen Settings. Daher sei es auch wichtig, möglichen Machtmissbrauch in allen Settings zum Thema von Schutzkonzepten zu machen.

- ▶ Machtmissbrauch kann in allen Settings im Klinikalltag vorkommen. Daher sollten Schutzkonzepte auch möglichen Machtmissbrauch in allen Settings thematisieren.

Im Rahmen der Validierungssitzung (zur Zusammensetzung der Gruppe der Validierungssitzung siehe S. 8) wurden die Aussagen zur stets bestehenden Möglichkeit von Machtmissbrauch anhand von Erfahrungen aus der Krankenhausseelsorge bestätigt. Ergänzend wurde aber darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht nur Machtungleichgewichte zwischen Behandlerinnen bzw. Behandlern und Patientinnen bzw. Patienten, sondern auch zwischen Patientinnen und Patienten oder innerhalb der Beschäftigten gebe. Zudem könnten sich verschiedene Hierarchien schneiden, z.B. männlicher Patient und junge Schwesternschülerin oder es gebe Übergriffe, die nur schwer mit einem Konzept von Machtungleichgewicht zu fassen seien, etwa bei Übergriffen von dementen Patientinnen bzw. Patienten auf Behandelnde.

Einige Formen von längeren Behandlungen in Kliniken gehen mit Nähebeziehungen einher, aus denen Risiken erwachsen können. Dies treffe etwa häufig auf psychotherapeutische Behandlungen von Kindern oder Jugendlichen zu und wurde in der Fokusgruppe als eine dritte strukturelle Herausforderung für Schutzkonzepte in Kliniken gesehen: *„Und solche Dinge, die passieren leider viel zu häufig, irgendwelche Therapeuten, die ihre Gegenübertragung nicht im Griff haben (...) bei uns in der Klinik ein Kollege, verheiratet, Tochter im Alter unserer Kinder, wo ich mir denke, das ist so eine eins zu eins Analogie, wie, ich käme im Leben nicht auf die Idee, mich in der Freizeit mit einer Patientin zu verabreden, er kommt auf die Idee“* (A.1, 46). Von den Teilnehmenden der Fokusgruppe wurde der verantwortliche Umgang des Therapierenden mit einer entstehenden Nähebeziehung als wichtiger Punkt bewertet: *„Und dass sich eine Klientin oder ein Klient in den Therapeuten oder die Therapeutin verliebt, das ist ja normal. Aber das hat nichts damit zu tun, dass der ein schlechter Therapeut ist, man ist einfach eine riesen Projektionsfläche als Therapeut. Aber*

wie der dann darauf reagiert, das ist der Punkt“ (A.1, 186). Angesichts der strukturellen Herausforderung durch Nähebeziehungen sei zur Vermeidung einer Verletzung sexueller Grenzen, etwa zwischen therapeutisch Tätigen und behandelten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, ein hohes Reflexionsvermögen und eine große persönliche Stabilität der Fachkräfte erforderlich, welche durch Selbsterfahrung und Supervision unterstützt werden sollte. Der Leiter einer Klinik bestätigte dies und warf ein: *„Wenn ich die aber nicht gescheit wahrnehme, dann bin ich natürlich eine ganz klare Hochrisikogruppe, wenn ich diese Schutzmöglichkeiten, die es ja immer schon gab, nicht wirklich aus genau dem Grund auch nutze“* (A.1, 185).

- Die regelmäßige Wahrnehmung von Selbsterfahrung und Supervision kann dem Risiko von Grenzverletzungen, das aus Nähebeziehungen erwächst, entgegenwirken.

Im Umgang mit allen drei genannten strukturellen Herausforderungen wurde in der Fokusgruppe angenommen, dass eine frühzeitig, also noch während der Ausbildung beginnende und später wiederkehrende Thematisierung sensibilisieren und dem Risiko von Grenzverletzungen vorbeugen kann: *„Und es wäre auch noch ein Punkt, dass wirklich in sämtliche Ausbildungen, Weiterbildungen dieser Berufsgruppen, das als wichtiges Thema verankert wird. Zum Beispiel bei Medizinerinnen könnte ich es mir vorstellen, dass man sich zum Beispiel im Rahmen der medizinischen Psychologie auch mal ausführlich damit beschäftigt, wie das eigentlich mit diesen Machtgefällen ist, was das für Risiken hat und dass das auch später im Rahmen auch der Facharztweiterbildung auch wieder thematisiert wird“* (A.1, 201).

- ▶ Eine noch während der Ausbildung einsetzende und später wiederkehrende Sensibilisierung kann medizinischem und therapeutischem Personal helfen, Grenzverletzungen und Machtmissbrauch zu verhindern.

In der Fokusgruppe wurde allerdings betont, dass der Gefahr sexualisierter Gewalt nicht allein durch Aus- und Fortbildung begegnet werden könne. Vielmehr komme es auch auf eine klare Haltung und die Kultur in der Klinik an, deren Gestaltung von den Fokusgruppenteilnehmenden wiederum als eine zentrale Führungsaufgabe angesehen wurde: *„Und allein wirklich, dass da mehrere mit uns als Klinikleitung Personalplanung machen, werden da eben nicht nur Verträge und Stellen, sondern auch Teams und Haltungen immer mal wieder thematisiert, also ich kann das durch unterschiedlichste Sachen tun. Besprechungskultur, Besprechungsstruktur, gewisse Personalumgangsregeln, wie ich mit Verträgen umgehe“* (A.1, 208). Auch die Vorbildfunktion der Klinikleitungen wurde betont: *„Und auch wie Sie selbst oder wie ich mit meinen Kollegen und Kolleginnen umgehe, wie die mich erleben jetzt auf meinen Bereich bezogenen Umgang mit Klienten, die ich begutachte, mit denen ich telefoniere, also aus meiner Erfahrung würde ich sagen, das macht sehr viel aus, was die da erleben, was ich dabei ausstrahle. Und wie ich auch mit ihnen selbst umgehe“* (A.1, 109). Dies gelte, so ein Beispiel, auch für die beispielhafte Einhaltung von Regeln, die sexuelle Übergriffe in der Klinik verhindern sollten, wie die Hinzunahme einer zweiten Person zu Untersuchungen: *„Ja, also wenn ich die Psychiatrie-Station nehme, wenn ich als Chefarzt sozusagen zu einer Patientin gerufen werde, dann ist für mich völlig klar, ich nehme zum Beispiel eine Pflegekraft mit dazu und dass ich das tue, macht ja auch schon was“* (A.1, 210).

Eine Vorbildfunktion, so der Leiter einer Klinik, ergebe sich gerade auch dann, wenn es darum gehe, kritische Situationen anzusprechen: *„Im*

gelebten Alltag immer auch wieder nachzujustieren, wir haben das Papier, aber die Haltung, die lebe ich in dem Moment, und ich glaube, die größte Absicherung ist auch für mich, ich muss mich der Maxime stellen, nicht weggucken, ansprechen, nicht darüber hinweggehen. Wenn der Musiktherapeut mit der Jugendlichen fünf Stunden lang die Gitarre kaufen geht, das fällt irgendjemandem auf und da eben nicht drüber hinwegzugehen (...) also dieses auf den Punkt wachsam sein und in den Alltagssituationen sich selbst messen lassen, spreche ich an oder gehe ich drüber hinweg und im Zweifelsfall ansprechen. So würde ich eine Haltung als Leitung absichern, das ist eine Leitungs- und eine Teamgeschichte im Alltag“ (A.1, 211).

- ▶ Grenzverletzungen und Machtmissbrauch vorzubeugen und kritische Situationen anzusprechen, sei Teil der „Klinikkultur“, die wiederum wesentlich durch die Leitung einer Klinik und ihr Verhalten im Arbeitsalltag gestaltet werde.

Zu den relevanten Aspekten des Leitungsverhaltens, das auf die Klinikkultur ausstrahle, gehöre auch der konstruktive Umgang mit den eigenen Fehlern: *„Auch als Klinikleitung mache ich Dinge, sage ich mal, im grün-gelb-Bereich. Die mache ich besonders deutlich und die sage ich richtig auch und zeige sie auch und lebe sie auch und fordere förmlich die Mitarbeiter auf darüber zu reden, weil genau an denen kann ich es klar machen (...) Wo könnten mir Fehler passieren, weil genau da kann ich diese Haltung rüberbringen, wenn ich selber in so eine Situation gebracht werde und das werde ich auch als Leitungsfigur. Und dann kommt eine Haltung rüber und dann kann ich sie pflegen“* (A.1, 212). Für die Prävention sexualisierter Gewalt sei eine offene Fehlerkultur wichtig, da Mitarbeitende dann sehr viel eher bereit seien, problematische Situationen bei sich und anderen anzusprechen.

- ▶ Im Umgang mit Fehlern können Führungspersonen mit gutem Beispiel vorangehen,

und so Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusätzlich ermutigen, problematische Situationen bei sich und anderen anzusprechen.

Die Thematisierung der Gefahr von sexuellen Grenzverletzungen und Machtmissbrauch, so die Erfahrung in der Fokusgruppe, brauche zudem im Klinikalltag eine Verortung, etwa in Teambesprechungen: *„Wir haben das in allen Teams als festen Tagesordnungspunkt, das ist dann, auch wenn nicht besprochen wird, aber das halt eben, wenn was ist, das immer präsent ist“* (A.1, 213). Teambesprechungen seien aber, damit sie fruchtbar sein könnten, darauf angewiesen, dass relevante Beobachtungen und Hinweise dokumentiert und weitergegeben werden würden. Hier liege die Verbindung zu einer generellen Kultur der Aufmerksamkeit gegenüber drohenden Grenzverletzungen im Klinikalltag, wofür ein Beispiel genannt wurde: *„Vorgespräch für stationäre Aufnahme KJP, achtjähriger Junge, der hüpfte mir nach drei Minuten auf den Schoß, dann ist völlig klar, dass ich an die Station weitergebe, dass dieser Junge mir bereits im Vorgespräch auf den Schoß gehüpft ist und ich das völlig unangemessen finde und ich uns da alle sehr gefährdet sehe, damit falsch umzugehen. Das sind so die Sachen, wo ich Haltung deutlich machen kann* (A.1, 214).

- Regelmäßige Besprechungen können zum gemeinsamen Abklären von Grenzüberschreitungen oder Risikosituationen aus dem Arbeitsalltag genutzt werden.

Eine im Arbeitsalltag verankerte, regelmäßig thematisierte und durch Leitungsverhalten unterstützte Haltung gegen sexualisierte Grenzverletzungen und Machtmissbrauch müsse in der Fläche aber erst noch entwickelt werden. Entsprechend wurde insgesamt in der Fokusgruppe das Fazit gezogen: *„Die Haltung, die darf sich noch flächendeckend verändern, zu dem Thema“* (A.1, 170). In der Validierung

wurde diese Einschätzung gestützt und auf die Größe der Hausforderung verwiesen. Kliniken hätten oft sehr viele, heterogen zusammengesetzte Mitarbeitende, mehrere Hierarchieebenen und einen hohen Arbeitsdruck.

Die bislang fehlende Verbindlichkeit bei der Einführung von Schutzkonzepten in Kliniken wurde in der Fokusgruppe kritisiert: *„Das finde ich auch tatsächlich merkwürdig, warum das in der Jugendhilfe verpflichtend sein muss und ist, da müssen die Träger das ausweisen und im Gesundheits- und Kliniksektor da ist es nicht der Fall, da ist es ins Belieben gestellt, obwohl das Hochrisikobereiche sind (...) es ist zumindest bemerkenswert, dass da keiner, auch von der Gesetzgebung, Politik oder jetzt auch andere Interessensverbände seine Stimme erhebt“* (A.1, 109). Allerdings, so die Leiterin des medizinischen Dienstes bei einem Amt für Entschädigungsrecht, gebe es einen wachsenden Stellenwert des Themas Kinderschutz in der Medizin: *„Es wird ja jetzt auch so eine S3-Leitlinie Kinderschutz entwickelt, das zeigt auch schon, dass es in der Medizin doch schon relativ weit oben angekommen ist. Die medizinischen Leitlinien ersetzen kein Gesetz, aber trotzdem sagt es atmosphärisch auch etwas aus über die Entwicklungen in der Medizin“* (A.1, 120).

Als ein notwendiger Schritt in die richtige Richtung wurde in der Diskussion eine einheitliche gesetzliche Regelung gefordert: *„Sozialgesetzbuch VIII, Jugendhilfe, da muss mit Millionen der Schutz gewährleistet werden. Die behinderten Kinder, die nicht unter das Sozialgesetzbuch VIII fallen, fallen nicht unter diesen Kinderschutz und das SGB V macht gar nichts, das ist doch paradox, Gesundheitswesen im Kinderschutz out of order. Die einzigen, die es verpflichtend mit haben, ist die Jugendhilfe“* (A.1, 121).

- Zur Förderung der flächendeckenden Implementierung von Schutzkonzepten wäre

die rechtliche Verankerung im Gesundheitswesen (SGB V) wünschenswert.

In der Validierung wurde zu diesem Vorschlag angemerkt, dass er als Fernziel anzusehen sei. Anzeichen für die rasche Einführung einer gesetzlichen Pflicht für Kliniken, Schutzkonzepte zu entwickeln, seien auf Bundesebene nicht erkennbar.

Auch andere Stimmen in der Fokusgruppe suchten nach Wegen, um die Verbindlichkeit der Einführung von Schutzkonzepten in Kliniken zu erhöhen. So wurde vom Leiter einer Klinik vorgeschlagen, die verbindliche Einführung von Schutzkonzepten an die Finanzierung zu koppeln: „Ähnlich wie bestimmte Hygienevorschriften im Krankenhaus, und im Grunde genommen sollte da der Gesetzgeber wirklich handeln und ganz klar sagen, so wie es irgendwie ein Hygienekonzept geben muss, so ist das auch verpflichtend oder die kassenärztlichen Vereinigungen, die sagen, wir finanzieren Behandlungen nicht in einem Haus, wo es so ein Konzept nicht gibt“ (A.1, 112). Für den Personalleiter einer Klinik wäre es denkbar, den Nachweis eines Schutzkonzeptes mit dem obligatorischen Berichtswesen zum Qualitätsmanagement zu verknüpfen: „Ob jetzt einmal mehr oder einmal weniger operiert worden sind, ob ich einen Facharzt oder einen Oberarzt mehr oder weniger habe, steht dann in diesem Qualitätsbericht mit drin, aber es steht nicht drin, was mache ich eigentlich mit meinen Patienten oder wie gehe ich mit den Patienten um, wenn da irgendetwas passiert ist“ (A.1, 115). Einig sind sich alle Akteure in der Fokusgruppe, dass das Ziel in einer Etablierung von Schutzkonzepten als Norm bestehe: „Es kann nicht so ungleich sein, dass es halt Schutzkonzepte gibt und keine, also dass man überhaupt die Wahl mit hat, gibt es ein Schutzkonzept, sondern dass muss so selbstverständlich sein“ (A.1, 105). Dies würde auch der Orientierung des Personals in den Kliniken dienen: „Und in jedem Krankenhaus, will ich mal einfach behaupten, sind immer Menschen da, die einfach

nur darauf warten, zu wissen, wie sie reagieren können. Also, und da ist das egal, ob das eine Uniklinik, ein Kreiskrankenhaus mit ist oder ein kirchlicher Träger, das ist egal. Das sind immer Menschen, die machen wollen und bereit sind“ (A.1, 122). Der bei der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin engagierte Diskutant wies auf die Vorlage für ein Klinikschutzkonzept hin, die auf der Homepage der Gesellschaft veröffentlicht ist, und merkte an, dass „es mittlerweile auch eine Vorlage gibt und ich glaube, dass das von der praktischen Seite sehr hilfreich ist (...) Es gibt solche Konzepte und man findet mehr und damit wird es einfach machbarer, da ist der Aufwand nicht so groß. Ich kann mir was anschauen, ich kann, was andere versucht haben, mir herausziehen und dann kriege ich es einfach auch besser hin“ (A.1, 118).

- Gefordert wird eine höhere Verbindlichkeit der Einführung von Schutzkonzepten in Kliniken. Diskussionswürdig erscheinen gesetzliche Regelungen, eine Kopplung an das Qualitätsmanagement oder an Finanzierungsregeln.

Im Workshop zur Validierung wurde angemerkt, dass die gemachten Vorschläge mit gravierenden Unklarheiten bzw. auch Nachteilen behaftet seien. Dies sei für eine Fokusgruppe nicht erstaunlich, da die Ideen nicht auf einer übergeordneten Ebene bewertet würden. In der weiteren Diskussion müsse aber eine intensive Prüfung verschiedener Optionen erfolgen. Eine Einbindung in die Qualitätsberichte der Kliniken sei denkbar, solle aber nicht überbewertet werden. Ohnehin seien die Qualitätsberichte bereits jetzt äußerst umfassend, so dass ein Erreichen der gewünschten Adressaten (u.a. Patientinnen und Patienten) mehr und mehr in Frage stehen würde. Kurzfristig sei eine verbindliche Einführung von Schutzkonzepten aus Sicht der Interessensvertretung der Krankenhäuser eher unrealistisch. Dies würde zunächst eines langfristigen Sensibilisierens für die Wichtigkeit der Thematik erfordern.

In der Fokusgruppe wurde angesichts einer fehlenden Verbindlichkeit der Implementierung von Schutzkonzepten an Kliniken auf die Nachteile dieser Situation hingewiesen: „Klar gibt es für die, die sich jetzt hingucken trauen, ein weites Feld als vor fünf Jahren, würde ich auch so sehen, aber die, die keine Lust haben hinzugucken, die gucken auch noch stramm weiter weg“ (A.1, 119). Allerdings könne es nicht nur um die von oben verordnete Einführung von Schutzkonzepten gehen. Vielmehr müsse auch an der Basis Verständnis für dieses Ziel geschaffen werden. Derzeit sei vermutlich in der breiten Masse der Klinikmitarbeitenden das Bewusstsein für die Risiken von Grenzverletzungen und die Einsicht in die Notwendigkeit klinikeigener Schutzkonzepte noch nicht ausreichend entwickelt. Zu beobachten sei etwa „auf diversen Kinderschutztagungen, wo es eigentlich mehr um Kinderschutzarbeit geht, aber das auch immer wieder zur Diskussion stand und wo ganz viele Redebeiträge dazu waren `Was soll denn der Schmarrn? So viel Aufwand für so ein Thema!` und ganz, ganz große Skepsis vorherrscht“ (A.1, 108).

- Eine Voraussetzung für Schutzkonzepte an Kliniken ist die weitere Förderung der Einsicht in die Bedeutung des Themas auch in diesem Kontext bei Leitungen und Mitarbeitenden und die daraus abgeleitete Notwendigkeit von Schutzkonzepten.

Bei der Frage, inwieweit Kliniken ihr Schutzkonzept (auch) zu Marketing-Zwecken verwenden sollten, entspannt sich eine kontroverse Diskussion. Ein Diskussionsteilnehmer sah den Schutz der Kinder und Jugendlichen als Grundaufgabe einer Klinik, mit der man nicht werben solle: „Und für mich ist das ein Bereich mit dem werbe ich nicht, also die Kliniken stellen sich sehr wohl mit ihren Stärken und Schwächen dar, aber das Thema eines funktionierenden Schutzkonzeptes

ist für mich außerhalb des Marketings. Also das ist, ist mir eine Grundaufgabe, die ich habe, aber die taucht nicht in irgendwelchen Broschüren auf und die drucke ich nicht in irgendwelchen schönen Hochglanzbroschüren ab, sondern diesen Anspruch, den muss ich haben“ (A.1, 100). Ein anderer verteidigte hingegen die Veröffentlichung von Schutzkonzepten, da ansonsten die betroffenen Personengruppen nicht über die Qualitätsstandards der Klinik informiert werden: „Weil ich denke, wie sollen wir denn die Leute mit einbeziehen, wie sollen wir sie, die Eltern, auch die Patienten mitnehmen, ohne das zu thematisieren. Also, ich brauche es jetzt nicht in einer Hochglanzbroschüre, aber es soll ja eine Sicherheit bieten, das soll ja den Eltern sagen, wir gucken ganz besonders auf ihre Kinder“ (A.1, 101).

Auch andere Stimmen in der Fokusgruppe äußerten zwar Verständnis für den Wunsch, Schutzkonzepte nicht als Marketingthema zu etablieren, betonten aber die Notwendigkeit, das Bemühen um einen Schutz von Kindern und Jugendlichen als Qualitätsmerkmal für Eltern sichtbar zu machen: „Die Diskussion haben wir auch heiß und innig, also so, und dann finde ich die Lösung, die Sie gewählt haben, schön, zu sagen, das kann ich mit einem ganz einfachen Symbol erschlagen, und sagen, aha, Kampagne X kein Raum für Missbrauch und wenn das dezent auf der Homepage wie Zertifizierung unten in der Fußzeile erscheint, weiß aber die geneigte Leserin, da hat sich jemand Gedanken gemacht. Ich würde es, also so ist so ein bisschen der Stand bei uns aus dem Dilemma herauszukommen, wir wollten es, ich möchte auch nicht damit werben“ (A.1, 103). Bei manchen Krankenhausträgern gebe es zudem mittlerweile klare Vorgaben, Schutzkonzepte im Leitbild der Klinik anzuführen und öffentlich sichtbar zu machen.

- Schutzkonzepte sollten für Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern sichtbar

gemacht werden, ohne dass bei diesen Personengruppen Misstrauen geweckt wird oder zum Marketing der Klinik verwendet wird.

- ▶ Das Logo der Initiative des UBSKM „Kein Raum für Missbrauch“ kann auf der Homepage platziert werden als Zeichen für eine Auseinandersetzung mit der Thematik.

In der Validierung wurde darauf hingewiesen, dass die Außendarstellung für Kliniken ein wichtiges und legitimes Thema sei. Gleichwohl gehe es beim Thema Schutzkonzepte vor allem um strukturierte Auseinandersetzungen mit der Thematik. Im Interesse von Eltern sei es aber sicher möglich und sinnvoll, vorhandene Schutzkonzepte nach außen sichtbar zu machen.

A.4.2 Erfahrungen mit Schutzkonzept-Bestandteilen in Kliniken

Risiko- und Potenzialanalyse

Aus den Erfahrungen der Teilnehmenden an der Fokusgruppe heraus wurde die Empfehlung bestätigt, dass es förderlich sei, an den Anfang der Entwicklung eines Schutzkonzepts eine Risikoanalyse zu stellen: *„Wir haben uns schon auch überlegt, welche Aspekte einer Klinik spielen eine Rolle bei der Entwicklung von Grenzverletzungen? Und haben uns die Bereiche eigentlich angeguckt und versucht da nach zu justieren. (...) Also welche Deeskalationsstrategien kann ich in der Psychiatrie verbessern, wie kann ich die Einarbeitung der Mitarbeiter verbessern aus denen überhaupt diese Thematik bewusst und transparent gemacht wird. Welche Patientenbeschwerdestrukturen habe ich, funktionieren die, welche Mitarbeiterbeschwerdestrukturen habe ich, funktionieren die?“* (A.1, 28). Ebenso wurden anfangs die Potenziale berücksichtigt, die die Struktur einer Klinik bietet: *„Und es gibt sehr wohl in jeder Klinik sehr viel, was hilft, um Prävention zu betreiben und geschaut, was kann man da optimieren“* (ebd.).

- ▶ Bei der Entwicklung eines Schutzkonzepts ist es förderlich, anfänglich die Risiken, aber auch die Potenziale zu prüfen.

Wissenschaftliche Begleitung der Schutzkonzeptentwicklung

Der Personalleiter einer Klinik berichtete von förderlichen Impulsen durch eine wissenschaftliche Begleitung beim Prozess der Entwicklung des klinikeigenen Schutzkonzeptes: *„Wir haben pro Jahr zwischen vier und sechs Projektsitzungen abgehalten immer in einem Zeitrahmen von vier bis maximal sechs Stunden, und in diesem*

Rahmen haben wir dann erst mal so Schwerpunkte festgelegt, was tun wir. Als allererstes haben wir mal überlegt, dass wir mal so einen, wie man es immer macht, erst mal so eine Ist-Analyse. Haben wir irgendetwas oder haben wir nichts? Die Ist-Analyse ging schnell, wir hatten nichts. Haben dann als nächsten Schritt überlegt, wie kommen wir zu Ergebnissen, wie kommen wir zu, zu Punkten, die wir dann in ein Konzept einarbeiten können“ (A.1, 19).

- Eine wissenschaftliche Begleitung kann ein Weg sein, um eine Klinik bei der Entwicklung eines Schutzkonzepts zu unterstützen.

Verhaltenskodex

Ein Teilnehmer der Fokusgruppe berichtete von einer Ampel als Basis des klinikeigenen Verhaltenskodexes: „Also rot, das geht gar nicht, dont's, auch diese strafrechtlichen Belange, die da betroffen sind. Gelb, das ist noch kein Strafrecht, aber kann auch nicht mehr akzeptiert werden, und grün, darüber muss diskutiert werden oder muss gesprochen werden, aber das sind einfach, einfach in Anführungsstrichen, nur Grenzen nicht überschritten worden, sondern ich sage mal angekratzt worden, also, da hat man einfach, ich sage mal, die Persönlichkeit des Patienten, des Jugendlichen, des Kindes nicht so respektiert, wie wir das eigentlich erwarten“ (A.1, 19).

- Ein Verhaltenskodex, der mit den Farben einer Ampel arbeitet, könnte helfen, Unterschiede zwischen nicht akzeptablem, problematischem und akzeptablem Verhalten sichtbar zu machen.

In der Praxis stellte sich heraus, dass vor allem die gelben Bereiche am schwierigsten zu handhaben sind: „Die Taten, die, sage ich mal, im roten Bereich so stehen, das sind sehr häufig Mitarbeiter, die entweder kriminell oder krankhaft verändert sind und wo man auch personalrechtliche

Konsequenzen ziehen muss, also das sind eigentlich selbstverständliche Grenzen, aber wichtig ist natürlich genau dieser gelbe Bereich auch, dass man, für den man sensibilisiert und daraus genau diese Haltung und ich glaube, dieses Weg bei uns von sehr autoritär geführten Klinik hin zu einer, wo wir mehr, viel mehr ins Gespräch gehen und auch ein Führungskollektiv hat, ist wahrscheinlich auch mitbefördert und ermöglicht“ (A.1, 30).

- Der Umgang mit dem „gelben Ampelbereichen“ (problematischem, aber nicht eindeutig zu bewertendem Verhalten) stellt eine große Herausforderung dar, schafft aber auch Möglichkeiten zur Kommunikation und Entwicklung einer eigenen Haltung.

Wichtige Erfahrungen in der Fokusgruppe mit der Entwicklung und Einführung eines Verhaltenskodex betreffen den Einbezug der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Bewusstsein, das viele Grenzverletzungen in Kliniken sich auch gegen Mitarbeitende richten: „Wir haben einen Verhaltenskodex erarbeitet, den jeder bekommen hat in schriftlicher Form, ja also, das ist, das kam so nicht an. Dann haben wir so überlegt, was machen wir denn damit, damit das irgendwie präsenter wird und haben dann gesagt, okay, wir gehen in die Teams und dann sind wir, also immer zwei aus der Projektgruppe in die Teams, in die Teamsitzungen oder extra zusammengerufen und haben das noch mal thematisiert und das war wahnsinnig spannend, was da rüber kam, weil wir sind gekommen und haben gesagt, hey, das ist unser Konzept, das heißt, wir pflegen die Kultur der Achtsamkeit, haben ein Präventionskonzept zur Vermeidung von Machtmissbrauch und sexueller Gewalt und das erste, was kam in eigentlich fast allen Teams war, was ihnen passiert ist, was den Schwestern passiert ist, was sie aushalten müssen, was sie an Aggressionen von Vätern, von anderen Sachen aushalten

ten müssen. Schwesternschülerinnen, die angegangen werden von den Vätern, die sich kaum wehren können, ja. Und dann haben wir gesagt, wir müssen ganz, also das steht da zum Teil schon auch mit drin, aber da noch mal genau hingucken und über diesen Weg die Sensibilität schaffen auch andersherum, ja, wie geht es mir, was passiert mir, wenn ich angegangen werde, wenn ich bedroht werde, ja, was immer wieder vorkommt, einfach, klar, die Eltern haben auch maximal Stress. Und darüber einfach die Mitarbeiter zu sensibilisieren, was ist auch andersherum noch zu ändern“ (A.1, 50).

- ▶ Bei der Entwicklung eines Verhaltenskodex ist es sinnvoll, auch von den Mitarbeitenden erlebte Grenzverletzungen ihnen gegenüber aufzugreifen.

Die ersten Entwürfe einer Ampel mit klar nicht akzeptablem, etwas problematischem und akzeptablem Verhalten wurde in dem im Rahmen der Fokusgruppe beschriebenen Beispiel sodann über ein System von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Patientinnen und Patienten sowie Eltern (weiter-)entwickelt: „Weil wir wollten auf gar keinen Fall, weil es gibt ja schon Schutzkonzepte in der Bundesrepublik, wir wollten auf gar keinen Fall irgendein Schutzkonzept nehmen und da oben drüber unseren Namen schreiben und das dann an die Wand hängen. Haben dann wie gesagt die multiprofessionellen Teams sensibilisiert. Diese Teams haben dann von uns den Auftrag bekommen entsprechend Patienten zu motivieren, auch Kinder und Eltern zu motivieren an diesen Teamsitzungen sich zu beteiligen (...) wir hatten sechzig, ich glaube es waren knapp sechzig Teams, die solche Ampeln dann entwickelt haben und zwar immer alles, was rot, gelb und grün“ (A.1, 19).

- ▶ Eine Partizipation aller Beteiligten, einschließlich Kinder, Jugendlicher und Eltern, ermöglicht einen breit getragenen, passgenauen Verhaltenskodex.

Der derart entwickelte Verhaltenskodex wurde im nächsten Schritt evaluiert und überarbeitet: „Dann sind wir in den Schritt zwei gegangen, der hat sehr, sehr viel Zeit und Überwindung gekostet. Wir haben gesagt, wir gehen den Weg nach vorne und befragen unsere Patienten. Haben einen eigenen Fragebogen entwickelt, die Kinder die Eltern. Haben vorher Informationsveranstaltungen gemacht im Rahmen der Mitarbeiterschaft, haben Informationsschreiben an die Patienten versendet, an die Kinder auch, aber gleichzeitig auch an die Eltern“ (A.1, 23).

Die Befragung sollte anonym erfolgen. Daher wurden Briefkästen aufgestellt, in denen Briefumschläge mit Rückmeldungen zum Verhaltenskodex während einer bestimmten Zeitspanne gesammelt wurden. Die Briefkästen gingen nach Ablauf der Beteiligungsfrist an die wissenschaftliche Begleitung und die Inhalte wurden dort ausgewertet. Die derart geprüfte und weiterentwickelte „Verhaltenskodex-Ampel“ hängt nun aktualisiert in allen Abteilungen, auf jeder Station und in jeder Ambulanz in der Klinik.

- ▶ Neben dem Einbezug von Kindern und Jugendlichen sowie Eltern bei der Entwicklung eines Verhaltenskodex stellt eine Evaluation in Form einer Befragung von Patientinnen und Patienten einen möglichen zweiten Schritt dar, um einen breit getragenen Verhaltenskodex in einer Klinik zu erhalten.

In der Validierung wurde angemerkt, dass aus den Erkenntnissen bei Patientenbefragungen der Kliniken häufig wenig konkrete Verbesserungspotenziale abgeleitet würden. Im Beispiel aus der Fokusgruppe sei es jedoch gelungen, die Befragung mit einer klar erkennbaren Zielperspektive zu verbinden. Generell sei es als sinnvoll zu beurteilen, Schutzkonzepte und ihre Elemente immer wieder zu evaluieren.

In dem in der Fokusgruppe besprochenen Beispiel hatte die Befragung der Patientinnen und

Patienten zum Verhaltenskodex einen bemerkenswerten Nebeneffekt. Aufgrund von Befürchtungen bei der Klinikleitung, im Rahmen der Befragung könnten Beschuldigungen gegen das Personal erhoben werden, wurde ein Notfallplan für diese Situation entwickelt: „Weil es kann ja auch sein, dass, wir arbeiten mit psychiatrischen Patienten, dass da halt eben, eine sagte auch, "jetzt wisch ich dem eins aus, er hat mich die ganze Zeit schon geärgert, jetzt trage ich ihn ein, er hat mich angegrapscht" oder wie auch immer. Aber die Gefahr hat bei uns immer, während der ganzen Fragebogenaktion in diesen, in dieser Zeit bei uns im Raum gestanden, wie gehen wir damit um? Wir haben uns dann weiteren fachlichen Rat geholt und haben einen Strafrechtler hinzugezogen, der mit uns diesen Notfallplan entwickelt hat und haben in diesem Notfallplan festgelegt, wie a) die Informationskette geht, wer darf was, und vor allen Dingen haben wir auch festgelegt in diesem Notfallplan, was passiert, wenn gar nichts dran ist. Der Mitarbeiter muss ja rehabilitiert werden“ (A.1, 25).

Beschwerdeverfahren

In der Fokusgruppe wurde die Möglichkeit für Kinder und Jugendliche bzw. Eltern sowie Beschäftigte sexuelle Übergriffe in Form einer Beschwerde mitzuteilen, als wesentliches Element eines Schutzkonzeptes verstanden. Diskutiert wurden Vor- und Nachteile interner sowie externer Ansprechpersonen für erlebte Übergriffe.

Für interne Beschwerdeverfahren, die den Vorteil kurzer Wege und persönlich bekannter Ansprechpersonen haben, wurden klare Meldeketten als sehr bedeutsam angesehen, damit Mitteilungen von Kindern und Jugendlichen nicht ungeklärt beiseitegelegt werden: „Bei uns war das ganz wichtig, dass wir die ganz kleinen Wege haben. Wir haben einmal intern geklärt wirklich von unterster, wenn die eine Schülerin von der

anderen Schülerin was hört, wie das dann hochgeht, und das also sehr klar auch formuliert, also es muss weitergegeben werden an einen der benannten internen Ansprechpartner, das sind die, die bei der Projektbearbeitung dabei sind und die dann das weitere Vorgehen, das auch noch hier definiert ist, aber die einfach wissen, da gibt es überhaupt nichts, was irgendwo unter den Teppich zu kehren ist, egal, wie Anhaltspunkte sind oder nicht oder wie derjenige das persönlich einschätzt, sondern in dem Moment, wo was, was klar oder fraglich ist, muss das weitergegeben werden, erst mal intern“ (A.1, 71).

Trotzdem, so wurde diskutiert, sei es unter Umständen gerade für die mittlere Leitungsebene eine große Herausforderung, wenig eindeutige Mitteilungen dann tatsächlich weiterzugeben: „In der mittleren Leitungsebene, also ich nenne es mal Stationsleitungen zum Beispiel, weil die immer in einer Doppelrolle sind, die sind nämlich Vorgesetzter und Kollege. Das ist eine total schwierige Ebene, weil Bereitschaft unter halt Mitarbeitern einfach in der Alltagsdiskussion über die Arbeit, ich sage jetzt mal Auffälligkeit, Unauffälligkeit zu trennen, die ist da, und genau diese mittlere Ebene Stationsleitung, das die ihre Doppelrolle immer wieder sehen und dass die eben genau dann, wenn sie merken, da kommt ein Thema auf, was einfach ganz klar melde relevant ist, dass auch zu tun, tun die sich total schwer. Nachher, weitere, höhere Leitungsebene in der Klinik, wo es dann wieder abstrakter wird, dass die dann auch noch irgendwie, Träger, Präventionsbeauftragte, sonst wie, das kriegt einen gewissen Automatismus. (...) Also deshalb hilft auch das Strukturierte nicht, erstens mal findet in neun von zehn Fällen nichts schriftlich statt, sondern genau in diesem Gespräch, wo so diese Sensibilität wächst, dass irgendwas nicht in Ordnung ist und das kann ich nicht in ein QM-Dokument fassen und dann hängt es eben genau an den Persönlichkeiten dieser niedrigeren Leitungsebenen, ob die es schaffen, das herauszufiltern und

weiterzugeben. Und dann aber auch zu verstehen, dass sie damit ja ein Stück Verantwortung Gott sei Dank abgeben dürfen für die Konsequenzen“ (A.1, 74).

Als Lösungsansätze wurden sowohl Schulungen diskutiert, die sicherstellen sollen, dass die interne Meldekette funktioniert, als auch die Benennung externer Ansprechpersonen. Eine teilnehmende Person berichtete von der Einrichtung einer externen Ombudsstelle, auch vor dem Hintergrund, dass die üblichen internen Beschwerdeverfahren als wenig geeignet empfunden wurden, um Hinweise auf sexuelle Übergriffe zu erhalten: *„Mit dem normalen Beschwerdeverfahren bei uns in der Klinik, also über das QM, haben wir ja Beschwerdemanagement, dann einen Patientenfürsprecher, der auch Beschwerden entgegennimmt und dann (...) den Betriebsrat. Aber wir sind eigentlich zu dem Ergebnis gekommen, dass keins der vorhandenen Beschwerdeverfahren dem Rechnung tragen kann, dass halt eben eine Grenzverletzung dann so behandelt oder so weiterverfahren und dann so nachgegangen wird, wenn wir diese Beschwerdeverfahren als einzige Beschwerden, Beschwerdeverfahren akzeptieren. Deswegen hatten wir das ja auch mit der Ombudsperson eingeleitet. Jemand ganz außenstehenden, der nichts mit uns zu tun hat, weil auf einmal ist der Beschwerdeempfänger jemand, der den kennt, über den sich beschwert worden ist, und dann hat das, nimmt das eine ganz andere Dynamik, wie als wenn das jemand ganz außenstehendes ist, der einen Auftrag hat, das zu prüfen und ein Meldeverfahren oder irgendeine Kette in Bewegung zu setzen, die halt eben ganz außen vor ohne die Beteiligung der Klinik erst mal von statten geht. Und dann, wenn es halt eben strafrechtliche oder andere Dinge betroffen sind, die Information an die Klinik geht“ (A.1, 56).*

Bei jeder Aufnahme werde eine Broschüre mit den Kontaktdaten der Ombudsperson ausgehändigt. Zwischen der Klinik und der Ombudsperson gebe es Kontakt im Fall einer relevanten

Beschwerde, ansonsten werde vierteljährlich zur Anzahl der Anrufe und den geäußerten Anliegen Bericht erstattet, wobei die Identität der Anrufenden verborgen bleibe. Eine Rückmeldung zur Zufriedenheit der Anrufenden nach deren Gespräch mit der Ombudsperson gebe es bislang nicht.

Auch aus einem kirchlichen Krankenhaus wurde von externen Ansprechpersonen berichtet, in diesem Fall auf der Ebene der Diözese: *„Da gibt es eine Ansprechpartnerin eine externe im Erzbistum, die inf-, zu informieren, also die Meldewege, die gäbe es schon“ (A.1, 69).*

Bei allen Vorteilen externer Ansprechpersonen, im Hinblick auf Anonymität, Neutralität und Professionalität, sei der große Nachteil aber die Hürde der Kontaktaufnahme. Meistens werde bei auffälligen Beobachtungen oder Übergriffen eine schon bekannte Vertrauensperson gesucht: *„Die Erfahrung ist ein bisschen, also wir haben jetzt nicht wirklich offensichtliche Fälle, aber mal so Fragestellungen, dass das wirklich von unten kommt, dass die erst miteinander reden und dann mal gucken, mit irgendeiner Vertrauensperson reden. Das kann die Stationsleitung sein, dass kann eine Mitarbeitervertretung sein und dass das dann so weitergeht“ (A.1, 71).*

- ▶ Beschwerdeverfahren sind notwendig und sinnvoll um von auffälligen Beobachtungen und Übergriffen Kenntnis zu erhalten. Für interne Ansprechpersonen spricht die Niedrigschwelligkeit, jedoch besteht das Risiko, dass Beschwerden nicht weitergegeben oder Anonymität nicht gewahrt wird. Beschwerdeverfahren mit externen Ansprechpersonen sind leichter anonym, neutral und professionell zu gestalten, jedoch kann es sein, dass die Hürde zur Kontaktaufnahme größer ist. Möglicherweise ist es daher sinnvoll beide Wege bei der Ausgestaltung von Beschwerdeverfahren zu beschreiten.

Fehlermanagement

Unter dem Stichwort „Fehlermanagement“ wurde in der Fokusgruppe darauf hingewiesen, dass mit Hinweisen zu kritischen Beobachtungen durch Mitarbeitende nur dann gerechnet werden könne, wenn das Arbeitsklima dies zulasse. Daher sei es wichtig, hier Rückmeldungen einzuholen und eventuelle Fehlentwicklungen zu korrigieren: *„Auch also, bei uns auch innerhalb der Pflege, allein dass das Thema halt, dass man halt, ob jetzt irgendeine Fortbildung oder auch am Kaffeetisch, einfach mal nachfragen, wie findet ihr denn zum Beispiel eure, wenn die Pflege neu anfängt, wie findet ihr denn, wie ihr vorbereitet werdet, dass ihr mit Kindern hier auf der Station zu tun habt? Fühlt ihr euch da sicher oder wisst ihr auch, an wen ihr euch wenden könnt, wenn ihr gemobbt werdet oder wenn euch was auffallen würde, dass man solche Strukturen erarbeitet. Und ich, ich denke, da kann man mit Strukturen, dass man weiß, erst mal, dass man bereit ist zu erkennen, dass was schief läuft, dann als nächstes, an wen kann ich mich wenden, ohne dass ich jetzt eine Petze mit bin oder kann das halt auch vielleicht objektivieren und halt auch verstehen, was ich gesehen habe, dass jemand anders von außen sagen kann, ja, stimmt. Also, mit wem man halt auch drüber reden kann und wie kann ich genau dieses Fehlermanagement betreiben und da sind wir erst in den letzten zehn Jahren oder weiß ich auch nicht, dahin gekommen, dass es überhaupt ein Fehlermanagement mit gibt“* (A.1, 36).

- Ein positives Arbeitsklima und eine generelle Offenheit gegenüber Fehlern erleichtern es Mitarbeitenden, auffällige Beobachtungen mitzuteilen.

Kinderrechte

In der Fokusgruppe bestand Einigkeit darüber, dass Hinweise auf ihre Rechte Kinder und Jugendliche ermutigen können und damit selbstbewusster machen. Vor allem in Fachabteilungen, in denen sich Kinder und Jugendlichen länger aufhalten, können solche Hinweise zusammen mit Kindern und Jugendlichen erarbeitet bzw. gestaltet werden: *„Und ich denke, das ist unterschiedlich, die, die Übergriffigkeit ist unterschiedlich in einer Akutklinik oder eben in einer Klinik, wo Patienten länger sind, ich meine, wir haben jetzt auch eine Psychosomatik, wo die länger sind, also das ist, wir haben alles mit dabei, aber das ist anders (...) für uns wird jetzt die Psychosomatik zum Thema, ganz schön ist, also ich hätte ein Foto mitbringen sollen so ein Wandposter gemacht, so ein Wandplakat "Wir Kinder haben Rechte", also superschön gestaltet, wo die halt geschrieben haben mit den Kindern, die jetzt da sind, erarbeitet, was ihnen wichtig ist, was sie hinschreiben und die Kunsttherapeutin, das hängt jetzt im Eingangsbereich der Klinik, zum Beispiel“* (A.1, 53).

- Kinderrechte können in der Klinik zum Beispiel durch Aushänge sichtbar gemacht werden.

Partizipation von Kindern und Jugendlichen

Die Partizipation von Kindern und Jugendlichen, die in der Klinik behandelt werden, setzt eine gewisse Verweildauer voraus. So wurde etwa von einer Person in der Fokusgruppe festgestellt, dass es in ihrer Klinik eine Verweildauer von durchschnittlich zwei Tagen gebe. Daher sei über die Partizipation von Kindern und Jugendlichen zwar diskutiert worden, aber ohne Ergebnis. Teilnehmende aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Reha-Einrichtungen mit längeren Verweildauern berichteten jedoch von gelingender Partizipation: *„Also im ganz norma-*

len Therapiealltag sind die Kinder ganz klar beteiligt. Also in den Abläufen in einer psychiatrischen Station gibt es immer wieder Kleingruppen, Großgruppen, Besprechungen im Laufe der Woche, die genau dazu dienen, dass, dass die Jugendlichen Rückmeldung zu, sage ich mal, eskalierender Gruppendynamik geben können. Die sind gut strukturiert, sind übrigens auch gut funktionierend“ (A.1, 83).

Strukturen der Partizipation würden Kinder und Jugendliche unterstützen und ermutigen und seien daher Teil von Schutzkonzepten. Sie seien aber in der Regel, so ein Beitrag in der Fokusgruppe, nicht geeignet, um spezifisch auf sexualisierte Gewalt zu reagieren.

- ▶ In Kliniken mit längerer Verweildauer können Kinder und Jugendliche durch Gruppenrunden oder Patientensprechenden beteiligt werden.

Beteiligung von Eltern

Prinzipiell, so wurde festgestellt, könnten Eltern als Vertrauenspersonen ihrer Kinder eine wichtige Informationsquelle für Kliniken über sexualisierte Grenzverletzungen und Machtmissbrauch sein. Insofern gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Verhalten von Eltern in der Elternarbeit aber manchmal auch kritisch bearbeitet werden müsse, sei die globale Elternzufriedenheit nicht unbedingt ein Maßstab für einen positiven Umgang der Klinik mit dem Kind bzw. Jugendlichen: „In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Elternkontakt in der Sache schon ganz unterschiedlich, zum Teil sehr widerständig, zum Teil wird sich an dem Arzt, Therapeuten abgearbeitet, weil die Themen kommen. Ich kann also die Kategorien von Elternzufriedenheit in dem Bereich nicht eins zu eins anwenden. Es kann eine gute inhaltliche Begleitung sein und die Eltern sind trotzdem ambivalent bis hoch unzufrieden. Und dennoch ist es in der Sache hilfreich, also würde ich auch das Kriterium

der Partizipation dieser Eltern nur bedingt in diesen Bereich als Kriterium und Maßstab sehen“ (A.1, 88).

Auch in Bezug auf andere medizinische Einrichtungen mit längerer Verweildauer wurde der Wert von Elternbefragungen relativiert. Jedoch bestand Einigkeit darüber, dass manche Rückmeldungen wertvoll und unbedingt beachtenswert seien: „Wir haben ja nun viel über die Psychiatrie gesprochen, wir haben ja noch die Rehaklinik im Haus. Da gehören ja die Patientenbefragung, Elternbefragung mit dazu, weil das zum Teil auch Qualitätskriterien der Rentenversicherung sind, also man uns ausdrücklich dazu auffordert. Es kommt was, aber es kommt wenig. Also, wir befragen ja so grob die Eltern, da kommt natürlich mehr, weil die ein Stück weg sind und weil die abstrahieren, da kommt natürlich auch das zu filtern, da kommt die Beschwerde genauso über die alten Möbel wie über, wie über, sage ich mal, Fehlverhalten. Wir ziehen auch Konsequenzen daraus, wir werten es auch aus (...) um wiederholte Meldungen von Fehlverhalten aus diesen Bögen zumindest zu erkennen und zu reagieren“ (A.1, 89).

- ▶ Werden Eltern als Vertrauenspersonen ihrer Kinder systematisch befragt, ergeben sich zumindest manchmal wertvolle Hinweise auf Grenzverletzungen und Machtmissbrauch.

Personalauswahl und Führungszeugnis

In der Fokusgruppe wurde mehrfach davon berichtet, dass vorhandene Schutzkonzept der Klinik regelhaft schon im Prozess der Personalauswahl angesprochen werden, um die Haltung der Klinik und den Stellenwert der Thematik deutlich zu machen: „(...) dass jeder neue Mitarbeiter

ein paar Unterlagen eben auch zum Lesen bekommt und verpflichtet ist, wenn er die gelesen hat, dass dann auch zu unterschreiben, dass er sie gelesen hat, dass es das Thema gibt, dass es dazu Veröffentlichungen von dem Träger und von uns“ (A.1, 28).

Von ebenfalls mehreren Kliniken wurde berichtet, dass regelhaft Führungszeugnisse eingeholt würden: „Und alle, die länger als zwei Monate oder so sind, die müssen ein erweitertes Führungszeugnis bringen“ (A.1, 195). Dies gelte auch für Leitungskräfte: „Wir haben ja gesagt alle und so, dann kam die Führungskraft, "Nee, wir brauchen keins", sie selber keins, sozusagen, aber da sind sie nicht durchgekommen mit“ (A.1, 199). Im Hinblick auf Ehrenamtliche gab es aber auch Stimmen, hier könne auf ein Führungszeugnis verzichtet werden: „Wobei ich auch diese Gruppe für insofern weniger problematisch halte, weil die ganz anders unter Beobachtung der Mitarbeiterschaft stehen, (...) alle Ehrenamtlichen, die sind ja relativ stark begleitet angeleitet und damit auch relativ stark beobachtet in dem was sie tun. Also deshalb sehe ich die, also für mich sind es die, genau diese, mit gutem Zeugnis, langjährige Mitarbeiter, die gut ausgewiesen, viel, viel größere Risikogruppe meiner Meinung nach“ (A.1, 198).

Auch wenn über ein Ansprechen von Schutzkonzepten und das Einholen von Führungszeugnissen ein gewisser Schutz erreicht werden könne, wurde in der Fokusgruppe doch nachdrücklich davor gewarnt, sich hier allzu sehr auf die Schutzwirkung zu verlassen: „Aber was nicht funktioniert ist schon bei Einstellung diese Mitarbeiter rauszufischen und zu erkennen, das ist völlig unrealistisch. Ich habe gerade im Alltag, die Fälle, die Sie genannt haben, die Fälle, die wir sagen, das sind häufig fachlich, therapeutisch die eher besseren Mitarbeiter (...) Im Vorfeld, ja, dass man schon merkt, da steckt eine Persönlichkeit dahinter, die ich gar nicht erst einstelle, weil ich

schon merke, da ist was faul. Das sind ganz wenige“ (A.1, 176).

- Mit dem Ansprechen von Schutzkonzepten in Bewerbungsverfahren und dem Einholen von Führungszeugnissen kann eine, allerdings nur sehr beschränkte, Schutzwirkung erreicht werden.

Fortbildungen

Alle Diskutierenden in der Fokusgruppe waren sich einig, dass thematische Fortbildungen zur Prävention sexualisierter Gewalt ein grundsätzlich notwendiges Element von Schutzkonzepten sind. In der Ausgestaltung dieses Elements wurden aber Unterschiede deutlich.

Eine teilnehmende Person berichtete von verpflichtenden Schulungseinheiten für alle hauptamtlich Beschäftigten im Klinikverband: „Die haben deutschlandweit einen Tag Schulung verpflichtend für alle hauptamtlichen Kollegen. Wir haben es als Bestandteil QM am Einführungstag, das heißt schon im Bewerbungsverfahren ploppt das Thema auf, "Wir sind ein Haus, das...". Diese Verpflichtung gelte auch für das technische Personal: „Dann haben wir die, wie es so schön heißt, Information in geeigneter Form an technische Dienste, Schreibdienste, die aus der Präventionsordnung, das heißt alle, die nur mittelbar Kontakt haben, also EDV, Technik, die laufen trotzdem mit einem Generalschlüssel durch die Klinik. Die müssen über diesen Ansatz in-, informiert werden“ (A.1, 124).

Ein anderer Teilnehmer beschrieb ein System von Fortbildungen mit verpflichtenden Elementen für bestimmte Gruppen von Beschäftigten und freiwilligen Angeboten für alle: „Wir haben es verpflichtend für die Führungskräfte und haben gesagt, wir wollen die Mitarbeiter nicht verpflichten, sondern wir wollen sie motivieren mit dem Ziel, dass sechzig Prozent unserer Mitarbeiter in Schulungen gehen.“ (A.1, 125).

Für eine Klinik wurde geschildert, dass die Tendenz in Richtung der Einführung einer Teilnahmepflicht gehe, um wirklich alle Mitarbeitenden zu erreichen: *„Bisher nicht verpflichtend, aber gerade in diesem Jahr sehr heftig in der Diskussion genau darüber, dass es ohne Pflicht nicht geht. Also, es gibt bestimmte Themen, die muss ich zu einer Pflichtübung machen, sonst kriege ich sie nicht hin, nicht ran an die Mitarbeiter. Also freiwillige Basis reicht nicht“* (A.1, 126).

Verpflichtende Fortbildungsmodule, so eine weitere Stimme in der Diskussion, seien notwendig, aber mit Motivationsaufwand verbunden. Dies gelte jedoch für alle Themen und sei nicht als spezifischer Widerstand zu verstehen: *„Das ist auch bei uns mit anderen Pflichtmaßnahmen auch unsere Erfahrung, der Anlauf ist mühsam, da muss man ordentlich nachdrücken und wenn es mal eine Eigendynamik hat, dann läuft es“* (A.1, 128).

- ▶ Thematische Fortbildungen sind ein notwendiges Element von Schutzkonzepten. Verpflichtende Fortbildungen haben den Vorteil, dass alle Mitarbeitenden erreicht werden. Jedoch kann es sein, dass sehr um die Akzeptanz geworben werden muss.

Kooperation und Vernetzung

Kooperationen mit anderen Fachstellen wurden in der Fokusgruppe weniger im Hinblick auf die Rolle der Klinik als Schutzort (also z.B. externe Hilfestellung bei der Entwicklung eines klinikeigenen Schutzkonzeptes), sondern vor allem im Hinblick auf Kliniken als Kompetenzort angesprochen, d.h. als notwendige Zusammenarbeit

im Bemühen, Kinder und Jugendliche nach dem Aufenthalt in der Klinik vor weiterer Gefährdung zu bewahren: *„Bei uns ist es so, dass ich schon alleine über die Kinderschutzarbeit gefühlt zurzeit täglich Kontakt mit den Jugendämtern habe und die ISOFAK ist bei uns ja auch mit erwähnt als Ansprechpartner“* (A.1, 142).

Fallübergreifende Vernetzungen mit anderen Institutionen im Kinderschutzsystem wurden wiederholt positiv gewürdigt. Ihnen wurde vor allem die Rolle zugeschrieben, die Thematik auch in der Klinik lebendig zu halten und Weiterentwicklungen anzustoßen: *„Zur Vernetzung (...), da sitzen vierzehn bis achtzehn Vertreter unterschiedlicher, von Schulen, Kindertagesstätten, Jugend-, Fraueneinrichtungen und da zählt gar nicht so sehr das wie machen das die anderen oder so ein konkretes, so ein konkreter Abgleich, eher so ein gemeinsamer Motor, dass man immer wieder auch zusammen kommt, und sagt "ah, ihr seid jetzt da schon weiter, haben wir immer noch nicht" ((lacht)), setzte ich es mal wieder auf die innere Agenda, also, da hilft Vernetzung“*. (A.1, 144).

Generell wurde eine, seit den Neuerungen des Bundeskinderschutzgesetzes, intensivierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbereich und Jugendhilfe geschildert: *„Es funktioniert auch erst besser seitdem, seit 2012, dass die Jugendhilfebehörden, Jugendämter, auf das Gesundheitswesen probieren mit zuzugehen“* (A.1, 122).

- ▶ Kliniken nutzen externe Unterstützung eher weniger für die Entwicklung von Schutzkonzepten. Sie schätzen Vernetzung im Kinderschutzsystem als Ansporn und benötigen Kooperationen, wenn Schutzmaßnahmen für Kinder nach einem Klinikaufenthalt nötig scheinen.

Umgang mit den digitalen Medien

Sowohl im Hinblick auf sexuelle Grenzverletzungen zwischen Kindern und Jugendlichen in der Klinik als auch im Hinblick auf den Konsum jugendgefährdender Inhalte während des Aufenthaltes in der Klinik wurde die Rolle digitaler Medien in der Fokusgruppe problematisiert. Herausgestellt wurden die sehr begrenzten Möglichkeiten der Kontrolle in der Klinik: „Also bei uns war es ganz einfach, wir haben uns einfach mal in facebook angemeldet und damit war klar, dass jegliche Kontrolle nicht funktioniert, weil wir derart viel aktuelles Material gesehen haben, dass einfach völlig klar war, Kontrolle völlig unrealistisch“. (A.1, 156).

Für einen Teil der in der Fokusgruppe vertretenen Kliniken wurde angegeben, dass hierauf mit einem völligen Verbot reagiert werde: „In der Psychiatrie ein totales Medien-, also Handyverbot wegen Internet und Bildern (..) weil die Geräte, die die zur Verfügung haben sind alle internetfähig, fotofähig und damit potenziell grenzüberschreitend, damit kann ich nichts anderes machen als es komplett verbieten.“ (A.1, 147). Allerdings stand für einige Teilnehmende in Frage, ob ein solches Verbot noch zeitgemäß sei: „In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kein W-LAN, kein Telefon, kein, weil tatsächlich dann es aus unserer Sicht nicht kontrollierbar ist. Es gibt Tonmitschnitte von Erzieher-Patienten-Kontakten, auch zum Schutz der Mitarbeiter, aber auch zum Schutz der Patienten untereinander. Sie bekommen die Toiletten, die Duscheinheiten gar nicht so und ich kann es nicht nachvollziehen, wenn der Film einmal hochgeladenen im Netz steht und deswegen haben wir uns auch auf ein Verbot geeinigt, und das ist immer wieder in Diskussion, ob das noch zeitgemäß ist, wenn in spätestens drei Jahren ich die Armbanduhr nicht mehr von einem Video und sonst was unterscheiden kann. Ob das immer noch zeitgemäß ist? Aber im Moment sind wir da eher auch restriktiv.“ (A.1, 162).

Andere Teilnehmende berichteten vom Versuch, ohne ein völliges Verbot auszukommen, etwa mit einer Erlaubnis, Geräte zu bestimmten Tageszeiten zu nutzen, aber nicht zu fotografieren oder zu filmen: „Es darf halt eben, doch, Zeiten schon, aber nicht von 6 bis 6.30 Uhr oder so, sondern während den Therapiezeiten oder während, weil die Kinder werden ja noch beschult, dass da halt eben dieses dann verboten ist. Aber in der Freizeit, weil, das ist ja zuhause auch, ist das Handy zwar erlaubt, es darf aber nicht, wenn festgestellt wird, dass fotografiert oder gefilmt wird, dann wird es natürlich beschlagnahmt in Anführungsstrichen.“ (A.1, 151).

Auch wurde angegeben, dass teilweise bestimmte Internetseiten gesperrt seien: „Wenn entsprechend die Seiten versucht werden anzugehen, das kriegen wir elektronisch mit und das gehen wir auch bestimmte, die man weiß, die sind auch schon gesperrt.“ (A.1, 159).

In einem weiteren Beispiel wurde die Verantwortung stark bei den Eltern gesehen und es wurde nur gelegentlich kontrolliert bzw. bei offenkundigen Verstößen gegen den Jugendmedienschutz reagiert: „In einer Akutklinik bei uns auch nicht. Das Fernsehen ist beschränkt und das gibt schon immer Probleme, aber W-LAN-Zugang haben die Kinder, das entscheiden praktisch die Eltern, ob sie jetzt das Handy oder Laptop oder was mitgeben oder nicht. Und die Schwestern gucken schon, also gerade bei jüngeren Kindern, wenn die jetzt ohne Eltern da sind, aber das ist natürlich keine totale Kontrolle“ (A.1, 158).

- Im Rahmen des Schutzkonzeptes ist der Umgang mit digitalen Medien mit Unsicherheiten behaftet. Eine stärkere fachliche Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex scheint nötig.

Grenzen von Schutzkonzepten

In der Fokusgruppe wurden neben dem Umgang mit digitalen Medien weitere Grenzen bisheriger Schutzkonzepte diskutiert. Ein Gedanke dabei war, dass Kinder und Jugendliche mit sexuell auffälligem Verhalten, die „pathologische Beziehungsangebote“ machen, noch zu wenig mitgedacht und erreicht werden: *„Es gibt die Gruppe von Kindern, die diese Grenzüberschreitung erfahren, so sehen, so empfinden und melden. Für die ist viel passiert. Für die greifen nämlich diese ganzen Konzepte relativ gut, weil sie, weil sie eben Stellen haben, wo nicht von vorne herein, ich sage es mal, diese Meldung zu einer Gegenaggression führt, was einfach vor zwanzig Jahren noch so war. Wir haben viel getan, aber schwierig sind die, die das eben nicht melden und wo das auch stattgefunden hat, wo im Grunde die Jugendlichen pathologische Beziehungsangebote machen, auf die Mitarbeiter unprofessionell eingehen. Das ist die viel schwierigere Gruppe. Wo wir es nämlich merken müssen und wo wir es verhindern müssen, und wo, wo sozusagen genau diese Grenzüberschreitung auf Aufforderung der Jugendlichen entsteht im Rahmen ihrer Krankheit. Die dürfen, die sind genauso eindeutig im roten Bereich, ja, und an die kommen wir nämlich echt schlecht ran“* (A.1, 139).

Als eine weitere bislang nur schwer mit institutionellen Schutzkonzepten bearbeitbare Problematik wurden Mitarbeitende genannt, die (sexuelle) Grenzen nicht massiv und deutlich, sondern nur subtil und graduell verletzen: *„Wenn das Mädels auf Station zum Nachtdienst kommt und sagt, der Tagdienst, Bewegungstherapeut hat mich begripscht, das ist der einfachste Fall, aber wo sich halt, ich sag es mal, der Nachtdienst jede Nacht eine Stunde zu lang und zu nah ans Bett setzt, der ist der schwierigere Fall“* (A.1, 43).

„pathologische Beziehungsangebote“
machen und Fachkräfte, die Grenzen nur
subtil verletzen.

- ▶ Aufgaben für die Weiterentwicklung von institutionellen Schutzkonzepten in Kliniken aus Sicht der Fachkräfte in der Fokusgruppe betreffen Kinder und Jugendliche, die

B. AMBULANTER GESUNDHEITSBEREICH

B.1 Einleitung ambulanter Gesundheitsbereich

Der ambulanten medizinischen Versorgung kommt in Deutschland ein großer Stellenwert zu, so leisten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einen Großteil der medizinischen Versorgung. Bei gesundheitlichen Beschwerden sind sie noch vor Krankenhäusern meist die ersten Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten und klären Gesundheitsprobleme durch Untersuchungen ab, behandeln und/oder leiten diese an weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen weiter (vgl. Robert Koch-Institut 2015). Der ambulante Gesundheitsbereich ist gekennzeichnet durch eine große Zahl an freiberuflich tätigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Daneben gibt es eine kleine Anzahl an je nach Facharzttrichtung (angestellten) Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Praxen. Die vertragsärztliche Versorgung⁵ umfasst in Deutschland insgesamt über 160.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten⁶ (KBV 2015). Diese Angaben spiegeln einen Zuwachs im Angebot der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung zu den Vorjahren wider, wenn auch kritisch die regionalen Unterschiede in der Arzt- wie auch Psychotherapeutendichte zwischen Stadt und Land berücksichtigt werden muss (vgl. Robert Koch-Institut 2015).⁷

⁵ Die vertragsärztliche ambulante Gesundheitsversorgung untergliedert sich in Deutschland in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich.

⁶ Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 beteiligen sich an der vertragsärztlichen Versorgung auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die keine medizinische, sondern eine psychologische beziehungsweise pädagogische Ausbildung haben.

⁷ Die Dichte der fachärztlichen ebenso wie psychotherapeutische Versorgungsangebote ist von 86 auf 107 Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutin-

nen und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Zeitraum zwischen 1999 und 2013 angewachsen (vgl. Robert Koch-Institut 2015). Demgegenüber entwickelte sich die Hausarzt-dichte im selben Zeitraum leicht rückläufig (66 zu 64 Hausärztinnen und -ärzte pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner). Die Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen an der Versorgung durch Kinderärztinnen und -ärzte lag bei 67,1 % für Mädchen und 68,7 % für Jungen, die in den Erhebungsjahren 2009 bis 2012 innerhalb eines Jahres in einer Praxis vorgestellt wurden (vgl. Robert Koch-Institut 2015).

In der vertragsärztlichen Versorgung befinden sich folgende Berufsgruppen, die (beinahe) täglich mit Kindern und Jugendlichen in ihren Praxen/Gemeinschaftspraxen zu tun haben (KBV 2015):

- ▶ 7.358 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
- ▶ 4.648 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- ▶ 1.051 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater
- ▶ 12.075 Gynäkologinnen und Gynäkologen
- ▶ 34.929 Allgemeinärztinnen und -ärzte.

Für einen ganzheitlichen Schutz vor weiteren Gewalterfahrungen (Reviktimisierung) spielt es eine große Rolle, ob Kinder und Jugendliche Erlebnisse sexualisierter Gewalt jemandem anvertrauen. Damit kann ein Prozess eingeleitet werden, der einen laufenden Missbrauch beendet und weitere Übergriffe gegen andere Kinder bzw. Jugendliche verhindert (vgl. Kinder/Schmidt-Ndasi 2011). Zudem kann ein Anvertrauen schwerer Belastungserlebnisse für eine wirksame Behandlung gesundheitlicher Probleme wichtig sein und/oder selbst entlastend wirken, zumindest wenn eine unterstützende Reaktion erfolgt. Die Rolle einer vertrauenswürdigen Ansprechperson können Psychotherapeutinnen und -therapeuten ebenso wie Ärztinnen und Ärzten übernehmen, bei denen sich Kinder und Jugendliche zum Teil über Jahre in Behandlung befinden. Die wissenschaftliche Begleitung der telefonischen Anlaufstelle der ersten Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann (Bundesministerin a.D.), zeigte auf, dass 869 der insgesamt 1.208 Betroffenen psychotherapeutische Hilfen aufsuchten, um ihre Gewalterfahrungen zu bearbeiten. Psychotherapie stellt somit das am häufigsten genannte Hilfsangebot dar, das von den Betroffenen in Anspruch genommen wurde, erst mit einem deutlichen Abstand folgen andere

Beratungs- und Hilfsangebote (n=370), die beispielsweise von Fachberatungsstellen, kirchlichen Trägern, Jugendamt oder sonstigen Stellen angeboten werden. In 294 Fällen wurde Hilfe bei der Familie gesucht. Eine Online-Befragung von über 2.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ergab zudem, dass durchschnittlich 22 % der Patientinnen und Patienten infolge von sexualisierter Gewalt in Behandlung seien (UBSKM 2011). Die Mehrheit der Betroffenen in Psychotherapie (48 %) erlebte sexualisierte Gewalt im Alter von sieben bis zwölf Jahren.

Zudem sind Ärztinnen und Ärzte Schlüsselpersonen, um Anzeichen erlebter sexualisierter Gewalt – auf der körperlichen Ebene, aber auch im Hinblick auf Verhalten und Befindlichkeit – bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen und zu diagnostizieren. Denn auch, wenn sich Personen mit einer zunächst unspezifisch erscheinenden Symptomatik an sie wenden, können sie in manchen Fällen erfahrene sexualisierte Gewalt als mögliche Ursache erkennen (vgl. Lehndorfer 2014). Gleichzeitig verfügen Ärztinnen und Ärzte über einen kinderschutzrelevanten Zugang zu Familien. Da ihnen mit einem oft hohen Grundvertrauen begegnet wird, haben sie eine wichtige Rolle bei der Vermittlung weiterführender Hilfen.

Obwohl die Bedeutung und Rolle der Heilberufe hinsichtlich der Behandlung von Folgen sexualisierter Gewalt unbestritten ist, belegt eine weitere bundesweite Onlinebefragung, dass sich viele der Befragten aus dem medizinisch-therapeutischen Berufen (n=526) unsicher im professionellen Umgang mit sexualisierter Gewalt fühlen – v.a. in den Bereichen Umgang mit rechtlichen Vorschriften (71 %), Informationsweitergabe an weitere Institutionen (68 %) und Gesprächsführung mit Erziehungsberechtigten (53 %) (vgl. Fegert 2016).

Im Bundeskinderschutzgesetz, das 2012 in Kraft getreten ist, wurde u.a. für die in den Heilberufen Tätigen eine Befugnisnorm geschaffen, die eine Erlaubnis zur Einschaltung des Jugendamtes bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes bzw. Jugendlichen, die anders nicht ausgeräumt werden können, beinhaltet. „Durch diese Regelungen wird für Ärztinnen und Ärzten eine größere Rechtssicherheit geschaffen, da sie bislang in Verdachtsfällen auf eine Kindeswohlgefährdung zwischen ärztlicher Schweigepflicht nach § 203 StGB einerseits und der Einschaltung Dritter auf der Grundlage eines rechtfertigten Notstandes nach § 34 StGB entscheiden mussten“ (Bundesärztekammer o.J.) (Bundesärztekammer; vgl. auch Bertsch 2015). Diese Befugnisnorm soll die Gefährdungsabwehr im Interesse des Kindes respektive Jugendlichen und die Inanspruchnahme von entsprechenden Hilfen erleichtern (§ 4 KKG „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Berufsheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“) (vgl. Fegert/Richter 2015). Bei vorliegenden Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung sieht das Verfahren für Ärztinnen bzw. Ärzte und andere sogenannte Berufsheimnisträger folgende drei Schritte vor:

- (1) Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen sowie den Sorgeberechtigten, um auf die Inanspruchnahme von Hilfe hinzuwirken.
- (2) Anspruch auf Beratung durch insoweit erfahrene Fachkräfte bei Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung.
- (3) Einschaltung des Jugendamtes, wenn Gefahren für das Kindeswohl bestehen und anders nicht abgewendet werden können unter Mitteilung der entsprechenden Daten.

Um ihre Sicherheit bei der Gefährdungseinschätzung zu erhöhen, haben Ärztinnen und Ärzte ebenso wie Therapeutinnen und Therapeuten einen Rechtsanspruch auf anonymisierte

Fallberatung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft, die vom Jugendamt zu stellen ist. Allerdings ist bislang strittig, ob diese Regelung im erforderlichen Ausmaß angenommen wird und zielführend ist, da in Deutschland der Anteil aus dem Gesundheitsbereich eingehender Gefährdungsmitteilungen mit 6,2 % (Statistisches Bundesamt, 2018) eher gering ist. Eine Pilotstudie von Bertsch u.a. (2016: 56) zeigte zudem, dass der Großteil – mehr als drei Viertel – der 27 befragten insoweit erfahrenen Fachkräfte noch nie von Personen aus dem Gesundheitswesen zu Rate gezogen wurde. Jedoch kommen zumindest vereinzelt solche Anfragen vor, wie eine Jugendamtserhebung (n=63) im Rahmen der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes verdeutlicht. Hier berichteten 73 % der befragten Jugendämter von einzelnen Anfragen aus dem Bereich der Berufsheimnisträger, auch von Ärztinnen und Ärzten. Nicht erhoben wurde allerdings die Zufriedenheit dieser Berufsheimnisträger mit der Beratung. Gesichert erscheint, dass die Regelung in einigen Bereichen des Gesundheitswesens gut bekannt ist. So bejahte in zwei Befragungen von Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzten jeweils eine Mehrheit, den Anspruch auf Beratung gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe zu kennen (Mühlmann u.a. 2015). Bei einer Online-Befragung der Mitglieder des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) traf dies, je nach Bundesland etwa für 53 % bis 79 % der Befragten zu (vgl. Mühlmann 2015). Nach einer Bewertung der Praxistauglichkeit der Regelung wurde allerdings dabei nicht gefragt. Über den noch etwas unklaren Nutzen der Regelung zur anonymisierten Fallberatung im Rahmen des § 4 KKG hinaus ist aber unstrittig, dass in vielen Fällen einer möglichen Kindeswohlgefährdung Beratungsbedarfe bei Angehörigen der Gesundheitsberufe entstehen. So gab in der bereits angesprochenen Online-Befragung der Mitglieder des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) eine große Mehrheit der teilnehmenden

Ärztinnen und Ärzte an, in einem Referenzjahr (2014) mindestens einmal Beratung bei einer Fachkraft eines Jugendamtes gesucht zu haben (77,7 %) ⁸ (, allerdings nicht notwendig im Rahmen des § 4 KKG. Zudem wurde Beratung in möglichen Kinderschutzfällen häufig bei anderen Angehörigen des Gesundheitswesens gesucht (vgl. Mühlmann u.a. 2015). Hier setzt unter anderem ein aktuell laufender Modellversuch mit einer bundesweit, rund um die Uhr erreichbaren Medizinischen Kinderschutz-Hotline für ärztliches und heilberufliches Fachpersonal an (Hoffmann u.a. 2018). Prinzipiell steigt aber mit den Regelungen des § 4 KKG und der Erprobung einer medizinischen Kinderschutzhotline die Chance, dass heilkundliches Personal im ambulanten Gesundheitsbereich bei Fragen und Unsicherheiten in Fällen möglicher sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche oder anderer Gefährdungsformen kompetente Ansprechpersonen findet. Rückschlüsse auf die Qualität der derzeitigen Diagnostik und Versorgung in Fällen sexualisierter Gewalt, also die Qualität von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen als Kompetenzorte, sind aber nicht möglich und zu dieser Frage liegen aktuell auch nahezu keine Befunde vor. Eine aktuelle Studie von Ganser u.a. (2016) fand allerdings in einer Stichprobe von Kindern mit Erfahrungen von sexuellem Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung eine Rate von zwei Dritteln klinisch auffälliger Kinder, aber eine Behandlungsquote von weniger als 20 %. Auch andere Studien deuten darauf hin, dass die Mehrzahl von sexualisierter Gewalt betroffener Kinder und Jugendlicher keine Behandlung oder keine Behandlung mit geprüfter Wirksamkeit erhält (Pawils u.a. 2017). Jedoch ist bislang nicht bekannt, in wie vielen Fällen überhaupt eine ambulante Vorstellung erfolgte und aus welchen

Gründen welche Entscheidungen bezüglich einer Behandlung getroffen wurden.

Neben der Entwicklung von Praxen zu Kompetenzorten, die Kindern und Jugendlichen bei erfahrener sexualisierter Gewalt in Familien, im sozialen Umfeld oder in Institutionen ein „offenes“ Ohr schenken und entsprechende Schritte einleiten, stellt sich allerdings auch die Frage nach Praxen als Schutzorte, d.h. als Orte, an denen Kinder und Jugendliche vor sexuellen Übergriffen sicher sind. Vorliegende Berichte über sexuellen Missbrauch in diesen Settings deuten darauf hin, dass der Anspruch, Schutzort zu sein, nicht immer erfüllt wird. So wurden medial mehrere Fälle von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in medizinischen und therapeutischen Settings sowohl auf Ebene der ambulanten wie auch stationären Gesundheitsversorgung bekannt (z.B. Fälle mit Missbrauchshandlungen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater (vgl. Peikert 2015) oder durch einen Kinderarzt in verschiedenen Kliniken (vgl. Spiegel 2016)).

Wie häufig solche Vorkommnisse sind, kann gegenwärtig allerdings nur grob geschätzt werden, da in der bislang einzigen repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu sexualisierter Gewalt in institutionellen Kontexten nicht explizit nach ärztlichen bzw. therapeutischen Praxen als Tatort gefragt wurde (Witt u.a. im Druck). Unter den Studien, die zumindest erste Hinweise geben, findet sich die Begleitforschung zur telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. Unter den über 6.000 statistisch verwertbaren Datensätzen zu Kontaktaufnahmen durch Betroffene fand sich eine Teilstichprobe von 59 Personen, die von sexuellem

⁸ Befunde aus der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes geben an, dass Vertreterinnen und Vertreter des ambulanten Gesundheitsbereichs ambivalente Erfahrungen in der Kooperation mit den Jugendämtern berichten. Von vielen wird das zu

schnelle Handeln bei den Jugendämtern kritisiert. Im Großen und Ganzen seien die Erfahrungen in der Kooperation stark abhängig von einzelnen Ansprechpersonen resp. Fachkräften in den Behörden (vgl. Bertsch 2016).

Missbrauch in einem medizinisch-therapeutischen Kontext berichteten. In der Stichprobe wurde zwar nicht unterschieden, ob die Betroffenen einmalig oder mehrmals, als Kind oder im Erwachsenenalter, im Kontext einer medizinisch-körperlichen Behandlung oder einer Psychotherapie sexuell missbraucht wurden. Sagen lässt sich aber, dass 33 % der Teilstichprobe von Missbrauch mit Körperkontakt berichteten und es in 27 % zu einer Penetration kam. Am häufigsten wurde der Missbrauch von männlichen Tätern verübt. In mehr als der Hälfte der Fälle wurden die Taten durch einen Einzeltäter bzw. –täterin begangen, in 47 % der Fälle waren mehrere Personen an dem Missbrauch beteiligt (vgl. Fegert u.a. 2013). Fegert u.a. (2013) konnten in ihren Analysen vier Gruppen von Betroffenen eruieren:

- (1) Personen, die im Kindesalter im medizinisch-therapeutischen Kontext missbraucht wurden.
- (2) Personen, die in verschiedenen Kontexten missbraucht wurden.
- (3) Personen, die in der Kindheit/Jugend missbraucht wurden, ihre Erlebnisse als Erwachsene im Rahmen einer Therapie aufarbeiten wollten und dort erneut missbraucht (reviktimisiert) wurden.
- (4) Personen, die als Erwachsene in einer Therapie oder Behandlung missbraucht wurden.

Eine ältere Studie von Becker-Fischer und Fischer (1997) aus dem Jahr 1995 gelangte zu der Schätzung, dass mit mindestens 300 Fällen bis hin zu 600 Fällen (bezogen auf eine Grundgesamtheit von 100.000 Patientinnen und Patienten) von sexuellen Übergriffen in Psychothera-

pie pro Jahr gerechnet werden müsse (vgl. Fischer u.a. 2008). Dabei bezieht sich die geschätzte Fallzahl auf sexuelle Übergriffe im Rahmen kassenfinanzierter Psychotherapien. Eine Differenzierung der Schätzung im Hinblick auf sexuelle Übergriffe gegen Erwachsenen oder Kinder respektive Jugendliche erfolgte nicht. In einer Nachfolgeuntersuchung 2006, in der 77 im Rahmen einer Psychotherapie sexuell missbrauchte Personen im Alter von 15 bis 69 Jahren zu sexuellen Kontakten in Psychotherapie via Onlineerhebung befragt wurden, gaben 13,6 % der Befragten an, zum Zeitpunkt des sexuellen Kontaktes noch nicht volljährig gewesen zu sein. Die übergriffig gewordenen Professionellen waren in 56 % der Fälle Diplom-Psychologinnen bzw. –psychologen oder in 36 % der Fälle Ärztinnen bzw. Ärzte. In der Mehrzahl der Fälle (70 %) waren die Therapien kassenärztlich verordnet (vgl. Becker-Fischer/Fischer 2008). Neuere Analysen des bundesweit beratenden Vereins zur Etablierung und Einhaltung von ethischen Standards in der Psychotherapie ergaben, dass im Zeitraum von Mitte 2003 bis Anfang 2013 unter den knapp mehr als 330 eingegangenen Beschwerden mehr als 30 unter die Kategorie „Sexueller Missbrauch“ fallen (vgl. Schleu/Hillebrand 2016). Zur Häufigkeit sexueller Übergriffe in anderen Bereichen des ambulanten Gesundheitswesens, jenseits der Psychotherapie, fehlen soweit uns bekannt wissenschaftliche Studien in Deutschland bislang gänzlich.

Hinsichtlich der Prävention sexueller Übergriffe in der ambulanten Psychotherapie und anderen Bereichen ambulanter Versorgung wurde bislang vor allem die Forderung nach passenden Aus- und Fortbildungsinhalten zu sexualisierter Gewalt erhoben.⁹ Angenommen wird, dass ein dort erworbenes spezifisches Wissen hilfreich

⁹ Die Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer sieht vor, dass mindestens ein Jahr vergan-

gen sein muss, bevor private Kontakte resp. Beziehungen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten eingegangen werden dürften (vgl. Meißner 2012).

sei, um einerseits den Schutz von Patientinnen und Patienten in Praxen sicherzustellen und um andererseits konkret zu wissen, „was bei einem Verdacht zu tun ist – wie sie sensibel mit Kindern und ihren Angehörigen sowie erwachsenen Betroffenen sprechen, wen sie informieren und einschalten und ob sie die Betroffenen an einen Spezialisten überweisen“ (Lehndorfer, 2014: Folie 5). Vor diesem Hintergrund zielt etwa das Projekt „ECQAT – Entwicklung eines E-Learning Curriculums zur ergänzenden Qualifikation“ darauf ab, Kurse zur vertiefenden Beschäftigung mit den Themen Traumatherapie, Traumapädagogik, Gefährdungsanalyse und Schutzkonzepte in Institutionen für die medizinisch-therapeutischen Berufe anzubieten und zu evaluieren.¹⁰ Über dieses Projekt hinausgehend wird in der Literatur aber ein Mangel beklagt, sowohl an weiteren evaluierten Fortbildungskonzepten als auch an geeigneten Beratungsangeboten sowie Beschwerdestellen für Betroffene, die niedrigschwellig und unabhängig sind, an die sich die Patientinnen und Patienten anonym und kostenlos wenden können (vgl. Meißner 2012).¹¹

Aktuelle quantitative Aussagen zur Verbreitung von Schutzkonzepten im ambulanten Gesundheitswesen sind in einem Datenbericht der Projektgruppe „Monitoring“ beim Deutschen Jugendinstitut enthalten (Pooch/Kappler 2017). Die Daten beruhen auf den Angaben von mehr als 1.000 Praxen aus verschiedenen Bereichen der ambulanten Gesundheitsversorgung, überwiegend aber aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie. Demnach haben zwei Drittel der Angehörigen der Gesundheitsberufe, die sich an der Befragung beteiligt haben, bereits an thematischen Fortbildungen teilgenommen, die sich überwiegend

darauf konzentriert haben, den Aspekt des ambulanten Gesundheitswesens als Kompetenzort zu stärken. Zudem gaben die Befragten zu etwa drei Vierteln an, sich in ihrem Vorgehen an Leitlinien zu orientieren, die aber nur als mittelmäßig hilfreich beurteilt wurden. Trotz Fortbildungen und Leitlinien sah etwa die Hälfte der Befragten bei sich selbst einen weiteren Bedarf an Unterstützung im Umgang mit Verdachtsfällen auf sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Generell sehr viel weniger Aufmerksamkeit hat der Aspekt von Praxen als Schutzorte gefunden, an denen Vorkehrungen getroffen worden sind, um zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche dort sexuelle Grenzverletzungen erleben müssen. Nahezu durchgängig wurde aber berichtet, dass Kinder und Jugendliche ermutigt werden, ihre Wünsche und Bedürfnisse während der Behandlung bzw. Therapie zu äußern. Etwas mehr als 10 % der Praxen berichteten von schriftlich festgelegten Verhaltensregeln zu einem Grenzen wahren Umgang des Personals mit minderjährigen Patientinnen und Patienten.

Als Zwischenresümee lässt sich festhalten, dass – wie anhand der skizzierten Befundlagen ersichtlich – niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine bedeutsame Rolle als Ansprechpersonen für Kinder, Jugendliche und Familien zukommt. Weiter sollen die Einrichtungen des ambulanten Gesundheitsbereichs geschützte Orte darstellen, an denen Kinder und Jugendliche keine sexuellen Übergriffe erleben. Die referierten Ergebnisse lassen erkennen, dass es im Handlungsfeld des ambulanten Gesundheitsbereichs bereits Bemühungen gibt, sich mit dem Thema Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen konkret und praktisch auseinanderzusetzen. Das nachfolgende Kapitel zielt darauf ab, anhand der qualitativen

¹⁰ Vgl. Projekthomepage, online verfügbar unter: <https://ecqat.elearning-kinderschutz.de/das-projekt/> [30.06.2016].

¹¹ Bereits entwickelte Verfahren dazu werden unter den empirischen Befunden aus den Fokusgruppen dargestellt.

Ergebnisse aus zwei Fokusgruppen einen anregenden und vertiefenden Einblick in bereits vorhandene Präventionsansätze zu gewinnen und sich stellende Herausforderungen sowie förderliche Bedingungen für gelingende Schutzkonzepte in diesem Handlungsfeld zu diskutieren.

B.2 Ergebnisse der Fokusgruppen im ambulanten Gesundheitsbereich

Über Schutzkonzepte gegen sexualisierte Gewalt an Kindern bzw. Jugendlichen in Praxen des ambulanten Gesundheitswesens wurde in zwei Fokusgruppen diskutiert. Die Bildung und Zusammensetzung beider Gruppen wird im Methodenteil beschrieben (Seite 9f.). In der ersten Gruppe (B1) wurde mit Vertreterinnen und Vertretern von Kammern, Kassenärztlichen Landesvereinigungen und Berufsverbänden gesprochen. Die zweite Gruppe (B2) bildeten niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen oder Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen.

Bei der Validierung der Kernerkenntnisse der qualitativen Erhebungen wiesen Vertreterinnen und Vertreter einer Dachorganisation der kassenärztlichen Vereinigung deutlich darauf hin, dass die Teilnehmenden der Fokusgruppen in Bezug auf die Expertise zum Thema die „Avantgarde“ bilden und nicht repräsentativ für das Feld seien. So wurde in dem Rahmen berichtet, dass die Mehrheit der Praxen überhaupt erst einmal für das Thema sensibilisiert werden müsste.

Praxen als Kompetenzorte

Aufgaben und Bedingungen für Praxen als Kompetenzorte

In der explorativen Fokusgruppe mit den Vertreterinnen und Vertretern der übergeordneten Strukturen wurde deutlich, dass den niedergelassenen Praxen hinsichtlich der Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen zwei zentrale Aufgaben zugeschrieben werden: So sehen sich die Vertreterinnen und

Vertreter der ärztlichen und psychotherapeutischen Heilberufe einerseits in der Verantwortung, „Kinder mit sexuellen Übergriffen herauszuspüren, das heißt, zu entdecken, wo ist ein Kind was sicher schon Übergriffe erlitten hat, oder gefährdet ist“ (B.1, 12). Hier gehe es um das Erkennen sexualisierter Gewalt, eine qualifizierte Behandlung und manchmal auch um die Einleitung von Schutzmaßnahmen. Andererseits berichteten vor allem Personen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. –psychotherapie von der Aufgabe, mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu arbeiten, die bereits sexuell grenzverletzend agiert haben oder gefährdet sind, sich so zu verhalten: „Die strukturell sehr gestörten Patientinnen und Patienten haben in diesem Bereich auch ein Gefährdungspotenzial, sie sind selbst gefährdet, aber sie gefährden sozusagen auch das Setting“ (B.2, 212).

- ▶ Vertreterinnen und Vertreter der Heilberufe sehen sich im Hinblick auf ihre helfende Rolle gegenüber Kindern und Jugendlichen bei sexualisierter Gewalt in einer doppelten Verantwortung: Einerseits sind sie zentrale Schlüsselpersonen für gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche, andererseits begleiten sie teilweise übergriffig gewordene bzw. davon bedrohte Kinder und Jugendliche.

Im Mittelpunkt des Handelns der Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der psychotherapeutischen Praxen in diesem Bereich steht, so die übereinstimmende Feststellung in beiden Fokusgruppen, zumeist zunächst einmal die qualifizierte Behandlung der Folgen von sexualisierter Gewalt. In diesem Bereich wurden große Fortbildungsanstrengungen beschrieben, so dass „Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater im Prinzip ja mit Traumatisierung, und so weiter, sich bewandert fühlen“ (B.1, 22). Hinweise auf wahrgenommene Probleme bei der Rezeption neuer Erkenntnisse zu möglichst gut wirksamen Therapieverfahren in der Praxis fanden sich in beiden Fokusgruppen

nicht. Deutlich beklagt wurde aber, dass eine therapeutische, präventive Arbeit nach erfahrener sexualisierter Gewalt oder mit übergriffig werdenden Kindern und Jugendlichen aufgrund der erforderlichen Zuschreibung eines pathologischen Verhaltens nur schwer möglich sei: „Ja, wir müssen pathologisieren genauso. Oder brauchen zig Zusatzqualifikationen, dass wir es in irgendeiner Form abrechnen können, sozialpädiatrische Ziffern oder so, das gibt es schon, aber da sind die Hürden relativ hoch“ (B.2, 95). Denn obwohl präventive Arbeit essentiell sein könne, werde sie nicht honoriert bzw. gebe es keine Möglichkeit, Kinder und Jugendliche therapeutisch zu begleiten, bei denen noch keine psychische Erkrankung diagnostiziert ist: „Wir [sehen – Erg. d. Verf.] diese Kinder- und Jugendlichen erst, wenn sie psychisch krank sind und das ist das Problem. Manchmal ist es ja ganz gesund, aggressiv zu reagieren und eben keine psychische Erkrankung und da wünsche ich mir eine Möglichkeit mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten und ihnen nicht noch eben zu vermitteln, du bist jetzt auch noch psychisch krank oben drauf“ (B.2, 94).

- ▶ Im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. –psychotherapeutischen Versorgung wird ein Kompetenzzuwachs bei der Behandlung der Folgen sexualisierter Gewalt bejaht und es werden keine Probleme bei der Rezeption von Forschung in diesem Bereich benannt. Bedauert werden fehlende Möglichkeiten präventiver Intervention bevor es zu psychischen Störungen kommt.

Unter den anderen in den Fokusgruppen vertretenen medizinischen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Rechtsmedizin) wurde die Frage der Kompetenz weniger unter Behandlungsaspekten als vielmehr vor allem unter dem Aspekt der Detektion, „um das Erkennen zu schulen“ (B.1, 178) diskutiert. Hier berichteten die Teilnehmenden von der Situation, im eigenen Studium und teilweise auch in der

Facharztausbildung wenig über diesen Themenkomplex erfahren zu haben: *„Auf der Fahrt hierher hab ich mich noch gefragt, wo hab ich das eigentlich gelernt, ich weiß nicht, (...) Sie sprachen von der Ausbildung, und das würde ja bedeuten, ich hab das im Studium als Arzt irgendwann mal bewusst in einer Sequenz eingetrichtet bekommen, geschweige denn abgeprüft bekommen, und, ähm, da konnte ich mich nicht so recht dran erinnern“* (B.1, 32). Seitdem habe es aber, vor allem im Bereich der Fortbildungsangebote, eine deutliche Zunahme an Wissen im Hinblick auf Befunderhebung, -sicherung und -interpretation gegeben. Angesprochen wurden solche Entwicklungen etwa für die Rechtsmedizin und die Gynäkologie.

Jedoch, so betonte etwa ein Vertreter des Hausärzterverbands, bestehe die Herausforderung doch häufig vor allem im Herstellen von Vertrauen zu Kindern bzw. Jugendlichen, damit diese sich öffnen und eventuelle Missbrauchserlebnisse anvertrauen könnten. Dies sei für betroffene Kinder jedoch sehr schwer: *Es [erfahrene sexualisierte Gewalt in der Familie – Erg. d. Verf.] wird ja auch stigmatisiert zum Teil, und diese Stigmatisierung kommt ja nicht nur, dass man zu Ihnen nicht geht, sondern überhaupt, dass man zum Arzt geht, und dass man überhaupt sich traut zu gehen, wo ja die Kinder sehr viel Angst oft haben, oder die Jugendlichen, auch weil sie ja unter Umständen unter Druck gesetzt werden, trotzdem ist die Rolle von den Hausärzten aufgrund des familiären Kennens wichtig“* (B.1, 22). Die bei Hausärztinnen und -ärzten häufig gegebene Vertrautheit mit der Familie sei eine Chance für das Anvertrauen und Aufdecken von Kindeswohlgefährdung, aber manchmal vielleicht auch eine Hürde, da die Sorge bestehe, die ganze Familie in Missgunst zu bringen oder wie die Ärztin oder der Arzt reagieren werde.

- In weiteren medizinischen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Rechtsmedizin) wurde der Aspekt der Kompetenz vor allem im Hinblick auf das Entdecken von sexualisierter Gewalt thematisiert, wobei sowohl die Ebene der Befunde als auch der Vertrauensbildung angesprochen wurde.

In beiden Fokusgruppen, vor allem aber unter den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wurde der Aspekt des vertraulichen Rahmens als wichtig betont, damit Kinder und Jugendliche sich öffnen können. Als Beispiel wurde etwa für den psychotherapeutischen Kontext angeführt, den Kindern und Jugendlichen beim Erstgespräch zu verdeutlichen, dass das therapeutische Setting einen vertraulichen, nach außen geschützten Raum darstelle. Was in diesem Raum gesagt werde, gehe nur bei akuter Fremd- und/oder Eigengefährdung nach außen. Die Bedeutung des vertraulichen Rahmens wurde auch für die anderen medizinischen Fachrichtungen betont, etwa die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendmedizin: *„Aber das finde ich auch ganz wichtig, dass wir im Rahmen der Jugend-Vorsorgen, dass jedem vorher klar ist, mit Informationsmaterial, alle Informationen bleiben in dem Raum, es wird niemand anders informiert, ohne das Einverständnis des Patienten, das können die vorher lesen, und die haben eben auch die Möglichkeit, uns per E-Mail zum Beispiel zu erreichen, wenn die Sachen nicht aussprechen mögen, und das sind Dinge, denen das Gefühl zu geben, sich in einem geschützten Raum zu bewegen“* (B.1, 125).

Eine befragte Gynäkologin wies darauf hin, dass es zu ihrem medizinischen Verständnis gehöre, möglicherweise von sexualisierter Gewalt betroffenen Kindern das Gefühl der Schuld zu

nehmen, indem sie versuche, Sicherheit zu vermitteln und Kontakt zu unterstützenden Stellen herzustellen.

Als dritter für ein Anvertrauen sexualisierter Gewalt förderlicher Faktor wurde ein sensibler Umgang mit Kindern und Jugendlichen genannt. Konkret werden von einer Psychotherapeutin etwa Fragen zur Sexualität im Rahmen der Anamnese dazu genutzt. Eine Gynäkologin berichtete von ihrem Vorgehen bei Untersuchungen, mit dem sie eine vertrauensvolle Basis schafft: *„Da [bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt – Anm. d. Verf.] ist für mich wichtig einfach auch, dass ich von vorneherein sage, okay, ich frage dich genau um Erlaubnis. Du hast Kontrolle, du kannst Zuschauen, kriegst einen Spiegel in die Hand, du kannst alles, wenn dir was unangenehm ist, "Nein" sagen dürfen sie und Kontrolle haben. Kontrollverlust ist das schlimmste ja für die Kinder auch. Und ich könnte sie ja retraumatisieren und das funktioniert immer gut, wenn sie sagen können, "Stopp" oder "Weiter". Und wenn das erste Mal nicht funktioniert, dann noch mal, dass ich mir erst mal ein Vertrauen aufbaue“* (B.2, 74).

Für ein Anvertrauen, so wurde mehrfach angemerkt, sei es aber auch wichtig, im Gespräch dafür Gelegenheit zu geben, in dem etwa allgemein nach Belastungserlebnissen gefragt werde: *„Und das zweite ist, dass ich im Rahmen öfterer Gespräche, immer frage, Partnererlebnisse, immer wieder mal in dem Bereich frage, gibt es irgendwelche Probleme in der Sexualität (...) ich frage da indirekt, haben Sie irgendwelche sexuellen, negativen Erfahrungen gehabt, haben Sie irgendwas mal erlebt, Missbrauch sage ich nicht, sondern gibt es irgendwas“* (B.2, 75).

- ▶ Das Anvertrauen von sexualisierter Gewalt durch betroffene Kinder und Jugendliche wird durch das geschützte Setting, die Entlastung von Selbstvorwürfen und einen sensiblen Umgang mit Grenzen bei Untersu-

chungen und Gesprächen gefördert. Wichtig ist es, die Thematik in allgemeiner Form anzusprechen und damit Gelegenheiten für Kinder und Jugendliche zu schaffen, sich zu äußern.

Dabei, so eine Stimme, gebe es eine Wechselwirkung zwischen der Sensibilität von Angehörigen der Gesundheitsberufe um *„ein Gefühl dafür zu entwickeln, Warnzeichen zu realisieren“* (B.1, 23) und der Bereitschaft von Kindern und Jugendlichen, sich zu offenbaren, da diese Bereitschaft oft erst gebahnt werden müsse: *„Dass wir einen Raum schaffen, wo wir den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geben können sich zu offenbaren auch, was die auch ja dann häufig tun“* (B.1, 23). Besonders herausfordernd sei dies bei jungen Kindern, Kinder und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung, die sich nicht so einfach artikulieren können und Kindern aus eher nach außen abgeschlossenen Familienverbänden.

- ▶ Teil der Kompetenz, Kinder und Jugendliche dazu zu ermutigen, sich zu öffnen, sei die Gestaltung längerer Prozesse, die mit der sensiblen Wahrnehmung von Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt beginnen könnten.

Wahrgenommene rechtliche Unsicherheiten

In den beiden Fokusgruppen wurden drei rechtliche Dilemmata thematisiert, mit denen sich der ambulante Gesundheitsbereich konfrontiert sieht:

(1) Als eine Herausforderung wird das Patientenrechtegesetz von 2013 genannt¹², das für die niedergelassenen Praxen in Fällen sexualisierter Gewalt im familiären Kontext die Gefahr berge, eine Kindern bzw. Jugendlichen zugesagte Vertraulichkeit nicht einhalten zu können, da die Patientenakte unter Umständen an Sorgeberechtigte herausgegeben werden müsse. Diese seien prinzipiell zur Einsichtnahme berechtigt. Einschränkungen könne es geben, wenn Jugendliche selbst bereits geschäftsfähig seien oder ganz klar eine Kindeswohlgefährdung vorliege. Wann genau eine Herausgabe der Akten eines Kindes verweigert werden könne, wurde in beiden Fokusgruppen aber mit einigen Unsicherheiten diskutiert: *„Bei diesem Patientenrechtegesetz, ähm, bei unter 14-Jährigen besteht wohl auch nach Auskunft von Juristen überhaupt keine Möglichkeit das zu unterbinden, wenn Jugendliche dann 14 sind, kann man immerhin noch im Hinblick auf die zumindest eingeschränkte Geschäftsfähigkeit versuchen das von der Zustimmung dann auch des betroffenen Jugendlichen abhängig zu machen, was aber an der Stelle natürlich auch schwierig ist, wenn die sich dann an der Stelle explizit gegen ihre Eltern positionieren müssen, und sagen "das was ich hier gesagt hab, das dürft ihr nicht wissen", ne“* (B.1, 41). Zwar komme es hier praktisch bislang selten zu Konflikten, aber die Ausstrahlungswirkung sei erheblich, weil Vertraulichkeit nur dann zugesagt werden könne, wenn sie auch eingehalten werden könne.

(2) An diesen Aspekt anknüpfend wurde im Rahmen der beiden Fokusgruppen deutlich, dass es wahrgenommene Unsicherheiten in der Verschränkung der Regelungen des Bundeskindestschutzgesetzes mit Haftungsfragen gibt. So wurde in der Fokusgruppe diskutiert, inwieweit

eine Verpflichtung bestehe, das Jugendamt bei Vorlage gewichtiger Anhaltspunkte zu informieren, oder eine nicht erfolgende Information zu Haftungsrisiken führe: *„Habe ich das Jugendamt zu informieren, oder habe ich das Jugendamt nicht zu informieren? Wenn ich das Jugendamt informiere, dann ist die Missbrauchssituation beendet, aber die Psychotherapie in der Regel geschmissen, wenn ich nicht informiere, beuge ich mich auf ein sehr, sehr dünnes Eis, wo ich jederzeit auch mit irgendwelchen Haftungsansprüchen angegangen werden kann, also diese Abwägungen, das ist eine ganz, ganz schwierige Abwägung“* (B.1, 31).

(3) Zudem wurde der im Bundeskindestschutzgesetz vor einer Information des Jugendamtes geforderte Einbezug der Eltern, wenn dies nicht dem Schutz des Kindes entgegenstehe, als sehr herausfordernd eingeschätzt. Dabei komme es zu einer Gratwanderung, die durch die Möglichkeit der Eltern, Einsicht in die Patientenakte zu verlangen, zusätzlich verkompliziert werde: *„Aber wie ich das machen kann, ähm, in einer Abstimmung mit dem Kind, wo ich sehr genau mit dem Kind auch absprechen darf, was darf ich mit den Eltern besprechen, und was darf ich nicht mit den Eltern besprechen, unter Bezug auf meine Schweigepflicht bin ich in einer viel stärkeren Verhandlungsposition auch gegenüber den Eltern, als wenn ich fürchten muss, dass auch, ähm, auf eine solche Thematisierung hin, ähm, die Eltern sofort Akteneinsicht verlangen“* (B.1, 47). Hier werde, so die Diskussionsrunde, mit den niedergelassenen Praxisvertreterinnen und -vertretern mehr Orientierung und Hilfestellung, wie konkret vorgegangen werden solle, benötigt.

¹² Gemeint ist der mit dem Patientenrechtegesetz eingeführte § 630g BGB: Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende

Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.

Insgesamt wurde in beiden Fokusgruppen deutlich, dass die gegenwärtigen rechtlichen Bestimmungen sowohl für sich genommen, als auch in ihrem Wechselspiel als zu unklar empfunden werden, was einiges an Unmut auslöst: „Was mir für die Ärzte sehr wichtig ist, ist, dass diese Angst, diese drohende Angst vor der Schweigepflicht, oder dass einem Arzt halt irgendwas passieren könnte, durch den Gesetzgeber mal ein bisschen klarer formuliert wird, dieses Wischiwaschi, das ist einfach nicht sinnvoll, und auch einfach auch nicht gut, sodass man die Ärzte da so ein bisschen in der Luft hängen lässt, und keine Erklärungen einfließen lässt, und man Juristen braucht, um überhaupt die Gesetzestexte mal verstehen zu können, das ist nicht Sinn und Zweck eines Gesetzes, bin ich der Meinung, das kann so nicht funktionieren“ (B.1, 200).

- ▶ Zum rechtlichen Rahmen, im dem sich niedergelassene ärztlich bzw. therapeutisch Tätige in Fällen möglicher sexualisierter Gewalt bewegen, wurden mehrere Unsicherheiten benannt, die durch rechtliche Klärung bzw. bessere Information ausgeräumt werden sollten.

Fortbildungen

Übereinstimmend wurden in beiden Fokusgruppen Fortbildungen als wesentlich angesehen, um Anzeichen sexualisierter Gewalt erkennen zu können, sich sicher im rechtlichen Handlungsrahmen zu bewegen, Gespräche mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie Eltern führen zu können, richtig weiter zu verweisen oder selbst Hilfe zu leisten. Es wurde argumentiert, dass Fortbildungen deshalb einen großen Stellenwert hätten, weil im Studium bzw. in der Facharztausbildung sexualisierte Gewalt noch kaum vorkomme: „...und wenn man dann in die Musterweiterbildungsordnung geht, die hab ich auf der Fahrt hierher mal schnell mit Strg+F, und hab mal eingegeben 'Sex', ja, dann kommt dann Staat'sex'amen, ja, ((lachen) und noch an zwei

anderen Stellen irgendwas Sexuelles mit Psychotherapeuten, so etwas, ja, und wenn man 'Gewalt' eingibt ist es noch dünner, ich glaub, das kommt nur im rechtsmedizinischen Part kommt dann etwas mit Gewalteinwirkung vor, und eigentlich müssen wir uns ja auf diese Fortbildung konzentrieren“ (B.1, 33).

In beiden Fokusgruppen wurden eine Reihe positiver Beispiele für gut gelungene Fortbildungsangebote genannt. So berichtete die Leiterin einer Kinderschutzambulanz von dort durchgeführten Fortbildungen zu Kindeswohlgefährdung für ärztliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die im Jahr 2016 für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte angepasst und weiterentwickelt werden sollten. Aus einem Landesverband für Hausärzte wurde im Rahmen der Hausärzterverträge mit Krankenkassen von verpflichtenden Fortbildungen gesprochen. Über drei Stunden sei dort ein Block dabei gewesen: „Häusliche Gewalt, da war fast die Hälfte davon war sexueller Missbrauch, und das andere waren halt andere Formen von Kindeswohlgefährdung und Kindesmisshandlung. Und damit sind letztendlich durch diese Fortbildung fast die Hälfte aller bayerischen Hausärzte zwangsweise zu dieser Fortbildung gekommen, die aber sehr gut ist“ (B.1, 172).

Weitere positiv hervorgehobene Beispiele betrafen Fortbildungen zu Traumatherapie im Bereich der Psychotherapie und Angebote von führenden Vertreterinnen und Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz aus der Medizin. Interessanterweise fanden sich in beiden Fokusgruppen auch Personen, die nicht aus einer Rolle als Veranstalterinnen bzw. Veranstalter, sondern als Teilnehmende positive Fortbildungserfahrungen schilderten: „Ich war letzten Herbst bei einer Fortbildung und da war ein Kinderchirurg eingeladen, der über häusliche Gewalt gesprochen hat, das Jugendamt hat gesprochen, und das war wirklich für die Ärzte eben ein Abend vom Ärztlichen Kreisverband organisiert, da waren viele Zuhörer, also da war viel los“ (B.1,

38). Auch von Fachberatungsstellen angebotene Fortbildungen wurden in diesem Zusammenhang als gewinnbringend gelobt.

Zudem wurde auf neue Fortbildungsformate, wie etwa E-Learning und interdisziplinäre Fortbildungen positiv eingegangen: *„Das zeigt auch die Erfahrung, dass man versuchen sollte interdisziplinär zu arbeiten bei den Fortbildungen, und, wenn man interdisziplinär arbeitet, dass man die gleiche Sprache spricht“* (B.1, 179).

- **Fortbildung erscheint als sehr wichtiges Instrument der Qualifikation, wobei von positiven Erfahrungen auch mit interdisziplinären Angeboten und neuen Formaten (E-Learning) berichtet werden konnte.**

Die positiven Erfahrungen mit Fortbildungen änderten allerdings nichts daran, dass ein stärkerer Einbezug der Thematik sexualisierte Gewalt ins Studium bzw. in die Facharztausbildung gefordert wurde: *„Also, vielleicht muss man ja vorne anfangen, nich'. Also erst mal gehört das ja in die Ausbildung, ja, also ins Studium eigentlich, ja“* (B.2, 55). Vor allem aus der Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern von Kammern, Kassenärztlichen Landesvereinigungen und Berufsverbänden wurden Anstrengungen in diese Richtung beschrieben.

Trotz einer insgesamt als hoch wahrgenommenen Fortbildungsbereitschaft, die zudem durch Fortbildungsverpflichtungen gestützt wird, wurde vor allem mit Bezug auf den ländlichen Raum auch von Fortbildungsdefiziten gesprochen: *„Also im städtischen Bereich, da gibt es dann auch Leitlinien, hat man gemeinsam entwickelt, wie man sich verhält als Arzt, wo man hin überweist, welche Spezialstellen es gibt, da ist was im Gange, und auf dem Land eben nicht, und dann wird eben auf dem Land, auch von den Ärzten, behauptet, das gäbe es bei ihnen nicht*

so, das gäbe es nur in der bösen Stadt sozusagen, auf dem Land gibt es das nicht. Also das halte ich jetzt für nichtzutreffend, ja, weil das wirklich durch alle Schichten, und auf dem Land vielleicht noch verborgener vonstatten geht, als woanders, ja, und ähm, da bin ich auch am Überlegen, wie kann man da die Ärzte mehr für das Thema sensibilisieren“ (B.1, 37). Diese Defizite seien, wenigstens teilweise, als Ausdruck einer geringeren Zahl an Fortbildungsangeboten und eines höheren Aufwandes für die niedergelassenen Angehörigen der Gesundheitsberufe auf dem Land zu verstehen. Daher wurde die Möglichkeit von onlinegestützten Fortbildungskursen als möglicher Lösungsansatz diskutiert.

- **Im ländlichen Raum sind Fortbildungsangebote schlechter erreichbar. Hier könnten Angebote von E-Learning die Situation verbessern.**

Konsil und Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitsbereichs

In beiden Fokusgruppen wurde, vor allem im Bereich der somatischen Medizin, der Zusammenarbeit mit spezialisierten Ärztinnen bzw. Ärzten eine große Bedeutung bei einer qualifizierten Erhebung, Sicherung und Interpretation von Befunden zugesprochen. Beispielsweise wurde angegeben, dass die Überweisung zu kindergynäkologisch fortgebildeten Ärztinnen und Ärzten in Kliniken bei der Einschätzung von Hinweisen auf sexualisierte Gewalt durch niedergelassene gynäkologische Praxen eine wichtige Hilfestellung darstellen könne. Gleiches gelte für den Kontakt zur Rechtsmedizin und zu Kinderschutzgruppen in Kliniken, etwa was die Bewertung und Dokumentation von Verletzungen angehe. Daher wurde ein Ausbau solcher Strukturen gefordert.

Vor diesem Hintergrund wurden rund um die Uhr erreichbare konsiliarische Dienste für nie-

dergelassene Praxen als sehr wertvoll charakterisiert. In einer der Fokusgruppen stellte die Leiterin einer Kinderschutzambulanz ein solches Angebot für ein Bundesland vor. Dort wurde auch ein Telemedizin-Portal eingerichtet: *„Und wir haben 2012 ein Telemedizin-Portal geöffnet, (...) weil natürlich klar ist, dass Kinder nur im direkten Umfeld zu uns gebracht werden können, dagegen aber wir, nachdem wir vertraglich zuständig sind für das gesamte Bundesland, wir damit allen anderen anbieten, vor allem den Ärzten und den Jugendämtern anbieten, uns Fälle quasi über ein geschütztes Online-Portal zu senden, auch mit der Möglichkeit Bilder zu schicken, Röntgenbilder zu schicken, sodass wir dann gemeinsam in Austausch treten können, und schauen können, wo Hilfe notwendig ist“* (B.1, 4).¹³

- ▶ In der somatischen Medizin profitiert die Erhebung, Dokumentation und Interpretation von Befunden zu sexualisierter Gewalt, wenn niedergelassene Praxen Zugang zu spezialisierten medizinischen Diensten haben.

In allen medizinischen Bereichen wurde zudem Formen des fallbezogenen fachlichen Austausches (Intervisionsgruppen, Qualitätszirkel, Praxisnetzwerke) ein förderlicher Einfluss auf die Qualität der ärztlichen bzw. therapeutischen Arbeit in den Praxen zugeschrieben: *„Also wenn wir Verbesserungen bringen wollen, Verbesserung, kann ich mir vorstellen, geht über eine verbesserte Kooperation mit unterschiedlichen Fachdiensten, ja, dann müssen wir die auch integrieren können in unseren beruflichen Alltag, ja. Ich weiß, ich kenne die Diskussion, ich bin selbst Qualitätszirkelleiter, von Kollegen, ich finde es schon gut, dass die Kollegen es schaffen, vier bis fünf, oder zum Teil auch sechs Mal im Jahr sich*

zu einem Qualitätszirkel zusammensetzen“ (B.1, 91).

- ▶ Verschiedene Formen von fallbezogenem kollegialem Austausch (z.B. Intervisionsgruppen, Qualitätszirkel) werden als qualitätsfördernd beschrieben.

Daneben existieren teilweise fallübergreifende Formen von Kooperation und Vernetzungen innerhalb des Gesundheitsbereichs, denen eine hilfreiche Funktion im Hinblick auf die Klärung von Strukturen, das Erarbeiten von Materialien und die politische Einflussnahme zugesprochen wird. Beispielsweise wurde in einer Fokusgruppe der Runde Tisch „Kindergesundheit“ eines Landesministeriums genannt, der bezüglich der Prävention, Intervention aber auch der Behandlung von Missbrauchsfällen beispielsweise im familiären Kontext unterstützt. Weiter wurden Kooperationsrunden zwischen den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern in einigen Bundesländern erwähnt, in denen an gemeinsamen Konzepten und Veranstaltungen zur seelischen Gesundheit von Kindern gearbeitet wird.

Kooperation und Vernetzung mit Stellen außerhalb des Gesundheitssystems

Werden in Praxen Fälle sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche bekannt, so sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten insbesondere im Hinblick auf Schutzmaßnahmen auf Kooperationen mit Stellen außerhalb des Gesundheitssystems angewiesen. So erklärte etwa eine Gynäkologin: *„Also, ich als niedergelassene Ärztin kann das eben alleine nicht stemmen. Es wird ganz wichtig, wenn ich den Verdacht habe, dass ein Kind, ein Verdacht oder Hinweise auch auf sexualisierte Gewalt, dass ich*

¹³ Seit Herbst 2016 wird zudem eine bundesweite medizinische Kinderschutzhotline (www.kinderschutzhotline.de) erprobt, die vom DJI extern evaluiert wird.

mir Hilfe suche und versuche eben, Hilfestellungen zum Beispiel im Jugendamt zu bekommen, die ja eine bestimmte Stelle hat, wo man sich hinwenden kann“ (B.2, 13). Eine befragte Kinder- und Jugendärztin beschrieb die Herausforderung ebenfalls eindrücklich: „Also, es ist immer noch eine große Hemmschwelle und ich glaube auch unter den Kolleginnen und Kollegen sich suffizient darum zu kümmern und zunächstmalig so dieser Totstellreflex oder nicht sehen wollen, nicht wahrhaben wollen et cetera. Da müssen wir draus rauskommen, das ist ganz, ganz wichtig. Und dann wird es auch besser, deswegen bin ich sehr für Netzworkebildung, dass man einfach wieder eine Anlaufstelle hat, die weiterhilft“ (B.2, 11).

Kooperation mit Fachberatungsstellen

Eine Zusammenarbeit mit regionalen Fachberatungsstellen wurde dabei teilweise, wenngleich nicht zentral, angesprochen. Eine solche Kooperation könne aber, wie das eine Kinder- und Jugendärztin berichtete, unterstützend sein: „Das ist schon Jahre her, da gab es keine insoweit erfahrene Fachkraft. Mutter berichtete von einem Missbrauch ihrer kleinen Tochter. Ich habe die Mutter weiter verwiesen an, an "Beratungsstelle X" oder "Beratungsstelle Y", und habe darum gebeten, sie soll mich wieder informieren. Hat sie dann auch gemacht und es, es lief dann letztendlich gut und ich habe auch von mir aus dann noch mal Kontakt zu der Stelle, an die ich weiterverwiesen hatte, aufgenommen. Und daraus hat sich jetzt eine Kooperation quasi entwickelt“ (B.2, 53).

Kooperation mit (öffentlicher) Jugendhilfe

Vor allem aber wurde im Hinblick auf Schutzmaßnahmen die Notwendigkeit einer Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe (Jugend-

amt) betont. Dabei wurden sehr gemischte Erfahrungen berichtet. Eine Person beschrieb etwa eher misslingende Kontaktaufnahmen: „Also aus meiner Beobachtung ist es so, konkret, Jugendamt, Kontaktaufnahme, zuständige Mitarbeiterin nicht erreichbar, Verweis auf diensthabende Rufbereitschaft, ähm, keine Äußerung, übers Wochenende irgendwann mal Rückruf, und dann Kontakt, telefonisch, man kennt sich nicht“ (B.1, 62). Andere Stimmen berichteten durchaus von positiven Erfahrungen mit Jugendämtern, vor allem in Großstädten: „Also, ich kann sehr gut in der Stadt, im Stadtgebiet kooperieren mit einer Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt, Kinderschutz und Jugendamt. Das geht im Stadtgebiet wirklich sehr gut. Schon direkt hinter der Stadtgrenze kann es richtig schwierig werden mit dem nächsten Jugendamt. Und auf dem Land ist es halt überwiegend ein Desaster“ (B.2, 38). Ebenso eine weitere Äußerung: „Also ich mache halt die Erfahrung, dass wir in den Großstädten da beim Jugendamt eigentlich immer Abteilungen haben, die wirklich qualifiziert sind, wo man wirklich auch sich gut Rat holen kann und dass es in ländlichen Gegenden also überwiegend ein Riesenproblem ist“ (B.1, 25).

Die im Bundeskinderschutzgesetz vorgesehene Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ wurde in beiden Fokusgruppen, soweit damit Erfahrungen vorlagen, als häufig wenig zielführend bewertet: „Miteinander reden ist eine Sache, aber ich habe bisher nicht den Ansprechpartner, an den ich mich da wenden würde, obwohl ich viele Ansprechpartner im Jugendamt habe, aber die Beratung hat mich noch nie weitergebracht vom Jugendamt“ (B.1, 55). Andere Erfahrungen wurden vor allem bei Fragen berichtet, die sich weniger auf den Befund beim Kind und dessen Interpretation als vielmehr auf mögliche Schutzmaßnahmen bezogen. Wenn hier kritisch kommentiert wurde, dann im Hin-

blick auf fehlende Rückmeldungen oder fehlende Möglichkeiten der weiteren Einflussnahme, wenn auf Empfehlung einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ hin eine Gefährdungsmittelteilung ans Jugendamt gemacht wurde: *„Wo ich persönlich Erfahrungen habe, mit auch einer entsprechenden zunächst anonymisierten Anfrage, "was machen wir", mit der Reaktion des Jugendamtes, hier haben wir Anhaltspunkte dafür, wir müssen das ent-anonymisieren, hm, unmittelbar das Jugendamt dann eine Strafanzeige bei der Polizei erstattet hat, mit der Folge, es ging dort um ein zwei Jahre altes Kind, was also nun, ja, schon im Rahmen seiner sprachlichen Möglichkeiten auf, ein sehr durch Pädophilie geprägten Milieu, auch auf entsprechende Übergriffe hindeutete, und, keine rechtsmedizinische Untersuchung dann auch weder von Polizei noch von Jugendamt auf den Weg gebracht wurde, alles eingestellt wurde, und in dem Moment, ich in der schwierigen Situation war, dass mir mehr oder weniger implizit vorgeworfen war, grundlos die Schweigepflicht gebrochen zu haben, weil ja sich der von mir geäußerte Verdacht ja nun gar nicht bestätigt hat, also insofern sind das zunächst mal Regelungen, die, wenn man sie zunächst überdenkt, schon als sehr sinnvoll erscheinen, in der konkreten praktischen Situation haben die so viele Pferdefüße“* (B.1, 58).

- ▶ Während eine Zusammenarbeit mit Fachberatungsstellen, wenn vorhanden, durchgängig positiv konnotiert war, wurde die Zusammenarbeit mit Jugendämtern sehr verschieden beschrieben und insbesondere bei ländlichen Jugendämtern ein deutlicher Qualifizierungsbedarf gesehen. Die Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft aus der Jugendhilfe wurde als allenfalls bei bestimmten, auf die Jugendhilfe bezogenen Fragestellungen als hilfreich eingeschätzt und eine intensivere Kooperation nach Abgabe einer Gefährdungsmittelteilung angemahnt.

Eine fallübergreifende interdisziplinäre Vernetzung, etwa in Form von Arbeitskreisen oder Netzwerken, wurde in beiden Fokusgruppen generell positiv bewertet und aus mehreren Gründen als hilfreich empfunden, etwa als Möglichkeit Hilferessourcen zu erschließen und Weiterverweisungen zu beschleunigen. Vor allem aber wurde betont, dass damit das wechselseitige Verständnis zwischen Gesundheitsbereich und Jugendhilfe verbessert werden könne, da es in den beiden Bereichen *„unterschiedliche Zugewohnheiten“* (B.1, 18) und *„unglaubliche Berührungssängste[n]“* (B.1, 66) gebe: *„Und da lernt man sich dann kennen, und dann sinkt auch die Schwelle am Telefon sozusagen auch mal Tacheles zu reden, ähm, sonst verschanzt man sich ja oft dahinter, man kennt sich gegenseitig nicht, verschanzt sich hinter Datenschutz, oder was weiß ich, und redet nicht tatsächlich Klartext“* (B.1, 66).

Auch für das gesamte Land wurde die Aufgabe gesehen, den Gesundheitsbereich und das Jugendhilfesystem zu einer besseren Kooperation zu bewegen. So wurde etwa vom Bundesvertreter der Psychotherapeutenkammer die Aufgabe gesehen, zwischen den Leistungsbereichen des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) Brücken zu bauen. Eine Herausforderung für einen gelingenden Kinderschutz stellt die bessere Verzahnung der beiden Sozialgesetzbücher dar.

- ▶ Fallübergreifende Kooperationen auf verschiedenen Ebenen werden als Weg gesehen, die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbereich und Jugendhilfe im Interesse betroffener Kinder und Jugendlicher zu verbessern.

Bedarfe

Die Befragten benannten sehr deutlich als Voraussetzung für intensivere Kooperationen mit Jugendhilfe und Fachdiensten Ressourcen, die den niedergelassenen Praxen zur Verfügung gestellt werden müssten. Um die in beiden Gruppendiskussionen ohne Frage für wichtig

erachtete Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe nachhaltig sicherzustellen, wird von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine notwendige finanzielle Honorierung – beispielsweise in Form einer Abrechnungsziffer – benannt. Ein befragter Kinder- und Jugendarzt wies darauf hin, dass eine gelingende Vernetzung bislang zumeist auf die „ehrenamtliche“ Mitwirkung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte setze. Notwendig wäre dagegen, *„dass dann auch sozusagen das öffentliche Interesse auch sich darin äußert, dass das vergütet wird“* (B.1, 190).

Solange eine Bezahlung nicht möglich ist, bedürfe es zumindest einer Berücksichtigung der Arbeitsstrukturen und Funktionslogiken von niedergelassenen Praxen: *„Also wir haben einen wunderbaren Arbeitskreis 'Sexueller Missbrauch', der alle zwei Monate dienstags von 9.00 bis 13.00 Uhr tagt, da werde ich immer eingeladen seit Jahren, ich gehe da natürlich niemals hin, weil das mitten in meiner Hauptsprechstunde ist, und da würde es manchmal bisschen, denke ich, einfach für die Wertschätzung, was wir da als Ärztinnen und Ärzte auch ehrenamtlich einbringen, helfen, wenn das zumindest ein bisschen von Seiten, der Jugendhilfe, oder der Sozialbehörden eben auch honoriert würde“* (B.1, 190).

- Ein weiterer Ausbau fallübergreifender Vernetzung und des Einbezugs des ambulanten Gesundheitsbereichs benötigt finanzielle Ressourcen sowie Rücksichtnahmen bei der Terminierung von Treffen.

Praxen als Schutzorte

Als Orte der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung stellen Praxen Anlaufstellen für Kinder, Jugendliche und deren Familien bei gesundheitlichen Beschwerden oder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen dar. Es liegt in

der Verantwortung der Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich in den Praxen, einen geschützten Raum zu bieten, in dem Kinder und Jugendliche vor sexuellen Übergriffen sicher sind und Angehörige der Heilberufe ihre Vertrauensposition nicht missbrauchen.

In beiden Fokusgruppen stand im Bewusstsein der Teilnehmenden zunächst die Rolle des ambulanten Gesundheitsbereichs als Kompetenzort deutlich im Vordergrund, sodass Fragen zu Vorkehrungen gegen sexualisierte Übergriffe in Praxen erst etwas erstaunte Rückfragen auslösten (z.B. *„bitte nochmal“*, *„Missbrauch in Praxen, ist das die Frage?“*), die in der Folge aber in konstruktive Diskussionen mündeten.

Ein Gefährdungspotenzial wurde in beiden Fokusgruppen vor allem im Rahmen von Psychotherapien gesehen. Zum einen seien hier Einzelkontakte die Regel: *„Also Sie haben recht, in der Psychotherapie ist es ja oft so, dass man einen Eins-zu-Eins-Kontakt hat, eine dritte Person im Raum wäre störend, weil dann das Vertrauen, die Offenheit, oft nicht vorhanden wäre, also wir haben im Prinzip regelmäßig Eins-zu-Eins-Kontakte mit therapeutischer Leistung da mindestens 50 Minuten, und in der Zeit ist man in der Regel alleine mit Kind oder Jugendlichen“* (B.1, 128). Zum anderen könne hier über die Zeit eine Beziehung entstehen, in die Kinder bzw. Jugendliche unter Umständen sexuelle Gefühle einbringen würden: *„Und ich diene natürlich als Übertragungsobjekt, und wenn Patienten sexuelle Traumata erfahren haben, dann werden die natürlich auch Gegenstand der Behandlung, da gehören sie auch rein, ja“* (B.1, 129). In den somatischen Praxen wurde teilweise wenig Gefährdungspotenzial gesehen: *„Wenn wir Kinder sehen sind sie in Begleitung zur Untersuchung, kurativ. Wenn wir Jugendliche sehen, dann ist es der erste Freund, da geht es um Verhütung, und diese Zeiten sind insgesamt zu kurz für Übergrifflichkeiten, oder dergleichen mehr. Einfach mal so*

ein bisschen provokant formuliert, ne, weil man sich nicht so oft sieht, Viertelstunde“ (B.1, 120).

Teilweise wurde aber darauf hingewiesen, dass es in den somatischen Praxen vielleicht mehr darum gehe, dass Kinder und Jugendliche sich dort tatsächlich geschützt fühlen könnten: *„Es geht doch auch dabei, dass es für die Patienten, oder die Angehörigen, offensichtlich ist, dass sie dort einen geschützten Raum vorfinden, so hatte ich die Frage eher eigentlich verstanden, und wie kann man das gewährleisten“ (B.1, 125).* Ebenso wurde argumentiert, dass es auch Mitarbeitende in den Praxen gebe, die ein Risiko darstellen könnten, sowie Gefahrensituationen mit teilweise unbedeckten Kindern bzw. Jugendlichen.

Verankerung des Schutzes vor sexuellen Übergriffen

Berufsordnung

Die Teilnehmenden beider Fokusgruppen verwiesen auf die Berufsordnung mit dem darin enthaltenen Abstinenzgebot, also einem klaren Verbot sexueller Beziehungen zwischen Professionellen und Patientinnen bzw. Patienten gleich welchen Alters: *„Also das ist so ein Punkt, ich denke, was bei den Ärzten und bei den Psychotherapeuten ist, wir haben eine Berufsordnung, und in der Berufsordnung steht eindeutig drin, ähm, dass es eine Abstinenzpflicht gibt“ (B.1, 115).* Die Missachtung dieses Verbots könne zu einem Berufsverbot führen. Die Verantwortung für die Einhaltung und Überwachung der Berufsordnungen liege bei den jeweiligen Kammern, die Beschwerden nachgehen würden und auch vom Staatsanwalt über Verfahren informiert würden, so dass sie tätig werden könnten. Die entsprechenden Vorgaben der Berufsordnung wurden in beiden Fokusgruppen positiv bewertet und eine persönliche Auseinandersetzung damit gefordert: *„Also, die*

intensive Auseinandersetzung mit der Berufsordnung, das finde ich ganz wichtig, wo all diese Dinge ja, also verankert sind“ (B.2, 126).

Ausbildung

Als zweite Ebene, auf der der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellen Übergriffen verankert ist, wurde die Ausbildung vor allem in den Bereichen Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie genannt: *„Und in der Ausbildung lernt man schon auch mit Abgrenzung umzugehen, mir fallen die Dreijährigen, die Vierjährigen ein, die dann in der Therapiestunde bei mir auf den Schoß krabbeln, und auf dem Schoß sitzen und dann malen, oder irgendwie sich ausdrücken wollen und ausdrücken können, das ist was, was ich am Anfang zugelassen hab, das lasse ich längst nicht mehr zu, und sag, du setzt dich da drüben auf deinem Bereich, du hast deinen Bereich, ich hab meinen“ (B.1, 128).*

Vor allem den Selbsterfahrungsmodulen, in denen es um das Einüben von Selbstreflexion und die Wahrnehmung sowie Kontrolle eigener Emotionen geht, wurde dabei eine wichtige Rolle zugesprochen: *„Es kommt auf die, glaube ich, ganz am Anfang auf die Qualität der Ausbildung an und darauf, wie, wie gut Kolleginnen und Kollegen auch in der Selbsterfahrung gelernt haben mit diesen Situationen umzugehen, mit sich umzugehen, in den Situationen. Also, wer Kinder und Jugendliche kennen gelernt hat, die sexuell missbraucht sind, die tragen das auch an uns Therapeuten heran auf die eine oder andere Weise. Also, es kann eine sexualisierte Atmosphäre entstehen. Das glaube ich, das ist ganz entscheidend, dass man da nicht ausblendet oder dass man das nicht sozusagen im nächsten Schritt sogar missbräuchlich umsetzt in irgendeiner Weise, sondern dass man das reflektiert“ (B.2, 120).*

Qualitätsmanagement

Als dritte Ebene, mit allerdings eher unspezifischen Vorkehrungen gegen sexuelle Übergriffe in Praxen, wurden von den Befragten vorgeschriebene Modelle des Qualitätsmanagements angesprochen, die etwa ein Beschwerdemanagementsystem verlangen und damit Chancen für die Aufdeckung sexualisierter Übergriffe bieten: „Zum Teil sind die in der Qualitätssicherung drin, dass die schon auch Qualitätssicherungsprogramme oder Manuale oder sowas anwenden, entwickeln, wo es schon Hinweise darauf gibt, ja, also auch Beschwerdemöglichkeiten, das ist bei uns, also wo ich aktiv bin, in dem QS Programm, was wir haben, schon drin enthalten, welche Beschwerdemöglichkeiten haben die Patienten bei ihnen in der, in der Praxis?“ (B.2, 161).

- Regelungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt sind in der ambulanten Gesundheitsversorgung auf drei Ebenen verankert: In den Berufsordnungen, in einigen Ausbildungsgängen und ansatzweise in Systemen des Qualitätsmanagements.

Praxisindividuelle Regeln und Haltungen

Ergänzend zu flächendeckend verankerten Vorkehrungen, die dem Schutz von Kindern und Jugendlichen dienen können (z.B. Berufsordnungen), wurden von einigen Personen in beiden Fokusgruppen auf die eigene Praxis oder das persönliche Verhalten bezogene zusätzliche Vorkehrungen beschrieben.

Eine Kinder- und Jugendärztin berichtete davon, in der eigenen Praxis nicht nur auf eine angemessene Kleidung aller Mitarbeitenden und ein korrektes Verhalten gegenüber Kindern und Jugendlichen zu bestehen. Sie bemühe sich auch, Kinder und Jugendliche nicht zu beschämen, indem sie etwa darauf achte, männliche Jugendliche nicht in Anwesenheit einer jungen Praxisshelferin zu untersuchen: „Ich habe ja auch viele

Jungs, die dezidiert zur Jugendgesundheitsuntersuchung zu mir wollen, die sind dreizehn bis fünfzehn, die kennen mich von Anfang an, da kann ich nicht eine Helferin mit reinnehmen, sonst ist ja eine junge Frau dabei“ (B.2, 127). Als sie bei einem Praxiskollegen grenzverletzendes Verhalten festgestellt habe, habe sie dies konsequent nicht akzeptiert: „Der Kollege ist einer, der schon auch mal gerne tätschelt, nicht böse gemeint, wenn er nicht weiter weiß, das war was vom ersten, was ich ihm irgendwann sagen musste, 'du, das geht nicht, ja, lass es bitte bleiben, mit mir nicht und mit den Mitarbeitern nicht und sonst auch nicht.' Es ist lieb gemeint, aber. Ja, wir sind die Profis und von uns wird ein professionelles Verhalten erwartet“ (B.2, 127).

Andere Stimmen betonten im Hinblick auf körperliche Untersuchungen Wahlmöglichkeiten, die sie Kindern und Jugendlichen einräumen würden. So berichtete ein Kinder- und Jugendarzt davon, dass die Patientinnen und Patienten in seiner Praxis die Option hätten, sich von einer Frau oder einem Mann behandeln zu lassen. Mehrfach wurde sowohl in Bezug auf körperliche Untersuchungen als auch im Hinblick auf therapeutische Gespräche und Elterngespräche berichtet, Kinder und Jugendliche dazu zu ermutigen, Unbehagen zu äußern oder Grenzen zu setzen: „Dass ich immer sage, der Chef hier bist du und nicht ich. Und wenn hier irgendetwas ist, was für dich sich nicht gut anfühlt, dann sag 'Stop'. Ich habe doch sogar mit den meisten so einen Geheimtrick, also auch für Elterngespräche, dass ich sage, wenn du dich unwohl fühlst, da steht immer eine Schale mit, mit Stiften, also ein, ein Becher mit Stiften auf diesem Tisch. Also gerade bei den älteren, mit den kleinen bin ich auch im Spielzimmer. Und wenn du dich unwohl fühlst oder du möchtest, dass sich hier was ändert, dann nimm dir einen Stift und spiel damit“ (B.2, 149).

Zumindest aber wurde im somatischen Bereich eine Aufklärung von Kindern und Jugendlichen über erfolgreiche Untersuchungen für wichtig erachtet: „*Ich muss ja auch Genitalien untersuchen. Den Kindern, ab einem gewissen Alter sage ich dann, ich bin jetzt der Doktor oder die Ärztin und ich darf das, sonst darf das niemand. Ich sage das immer ganz klar und ich glaube, die verstehen das auch und dann ist das in Ordnung und das sage ich jedes Mal wieder dazu, wenn ich, wenn ich gucken muss. (...) Ich möchte das Kind nicht verletzen, ich möchte nicht übergriffig sein, es ist was, was ihm gehört und trotzdem hat es unter dem Aspekt Gesundheit was zu tun, dass ich es da untersuchen muss und darf*“ (B.2, 182).

Mehrfach wurde in der Diskussionsrunde mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darauf hingewiesen, dass es neben angemessenen Regeln vor allem auch auf die richtige Haltung ankomme: „*Dieser Kinderschutz in unseren Praxen entsteht bei uns und zwar innen*“ (B.2, 212). Grundlage, um eine professionelle Haltung entwickeln zu können, bilde die Trias aus (1) einer qualifizierten Ausbildung, (2) begleitende Supervision bzw. Intervision und (3) Selbsterfahrung.

- ▶ Neben klar kommunizierten Regeln in der Praxis, um Grenzen von Kindern und Jugendlichen zu achten und Beschämung zu vermeiden, wird auch der Wert einer professionell ausgebildeten und durch Supervision bzw. Intervision gestützten Haltung betont, die Kindern und Jugendlichen mit Wertschätzung und Achtung begegnet.

Information und Einbezug der Eltern bzw. Bezugspersonen

Für die Untersuchung oder Behandlung von Kindern, aber auch von Jugendlichen – gerade im rechtsmedizinischen Kontext – ist die Information der Eltern bzw. Bezugspersonen beim

Erstkontakt darüber wichtig, dass die Untersuchung oder Behandlung in einem geschützten Rahmen ohne Eingriffe von außen erfolgt, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu den Kindern und Jugendlichen herzustellen. Dies schließe eine Aufklärung der Eltern hinsichtlich der Schweigepflicht bei jungen Patientinnen und Patienten aber auch über die professionelle Distanz im Umgang mit dem Kind ein: „*(...) dass es im Aufklärungsgespräch in der Vorbereitung einer Psychotherapie wichtig ist, dass man den Eltern vermittelt, dass ein psychotherapeutischer Rahmen ein bestimmtes Setting hat, dass den Kinderschutz natürlich gewährleistet. Und in dem Rahmen Kinder sich nicht fürchten müssen vor Annäherungen oder Drohungen oder Repressionen in irgendeiner Weise. Und dass Psychotherapeuten auch, je nach Verfahren natürlich unterschiedlich, aber mit den Kindern zwar in der Beziehung arbeiten, aber trotzdem eine Professionalität haben, die auch eine Distanz, eine angemessene Distanz voraussetzt. Das versuchen wir glaube ich schon in diesen Gesprächen den Eltern zu vermitteln*“ (B.2, 177).

- ▶ Eltern der behandelten Kinder sollten frühzeitig durch Aufklärungs- und Informationsgespräche – gerade bei körpersensiblen Behandlungen – in den Behandlungsprozess eingebunden werden.

Beschwerdeverfahren

In den Fokusgruppen wurde berichtet, dass in einigen Praxen „*anonyme Beschwerdebriefkästen*“ (B.2, 121) genutzt werden. Diese sollen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben, auch jenseits einer persönlichen Situation Kritik zu äußern.

Daneben wurde angegeben, dass Praxen, die sich am vertragsärztlichen Qualitätsmanage-

ment beteiligen, verpflichtet sind, ein Beschwerdemanagementsystem zu entwickeln, das die Entgegennahme, Bearbeitung und Dokumentation von Beschwerden regelt.

Von Seiten des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es zudem ein „*internes Patientenbeschwerdemanagement*“ (B.1, 155) auf der Homepage, das von Jugendlichen genutzt werden kann, um sich zu beschweren, allerdings bislang eher selten genutzt werde.

Daneben gibt es die Möglichkeit bei den Kammern als Träger der berufsständigen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Verhaltensweisen und Handlungen, die gegen die Berufsordnung verstoßen, anzuzeigen. Die Kammern, so berichtete ein Fokusgruppenteilnehmer, seien verpflichtet, solchen Anzeigen nachzugehen und können gegebenenfalls Sanktionen bis hin zu einem Berufsverbot aussprechen. Dafür verfügen sie über eine eigene Gerichtsbarkeit. Einige Kammern bieten als niedrigschwelliges Angebot ein Patiententelefon, also eine telefonische Anlaufstelle, an die sich Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen wenden können und „*Fragen stellen können, ob das in der Psychotherapie normal ist, dass der Psychotherapeut das und das macht*“ (B.1, 135).

Das Angebot wird über die Homepage bekannt gemacht. Ähnlich wie in einer Fallstudie im Klinikkontext wurde auch hier in einer Fokusgruppe der Gedanke geäußert, dass es zukünftig sinnvoll sei, Beschwerdemöglichkeiten über das Handy bzw. Internet zu schaffen, die von Jugendlichen vielleicht eher genutzt werden würden.

- **Beschwerdeverfahren stellen Instrumente dar, mithilfe derer sich Kinder und Jugendliche sowie deren Familien Gehör verschaffen**

können. Beschwerdemöglichkeiten existieren auf der Ebene der Praxen und insbesondere der Kammern, teilweise in der niedrigschwelligen Form eines Patiententelefonats.

Führungszeugnis und Personalauswahl

Voraussetzung für die Approbation, also die staatliche Zulassung zu einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Tätigkeit, ist die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses: „*Und die Approbation, aber das ist bei Ärzten genauso, kriegt man nicht nur, wenn man die Staatsprüfungen bestanden hat, sondern man muss noch ein Gesundheitszeugnis vorlegen, und ein Führungszeugnis muss man auch vorlegen, also man muss schon auch nachweisen, dass man in der Richtung nicht vorbelastet ist*“ (B.1, 151).

Der Vertreter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater berichtete, dass es eine Empfehlung an die niedergelassenen Praxen gebe, auch von den Mitarbeitenden Führungszeugnisse einzuholen.: „*Also wir empfehlen, unseren Mitgliedern, grade auch vor dem Hintergrund, dass wir eben in größeren Berufsgruppen, übergreifenden Teams arbeiten, und wir wissen, dass im Jugendhilfe das erweiterte Führungszeugnis ja nun Pflicht ist, dass dieses nun auch von den Praxeninhabern eingeholt wird, von den Mitarbeitern, um eben sicherzustellen, dass wir nicht einen Selektionsdruck bekommen aus der Jugendhilfe in den medizinischen Bereich von pädagogischen Mitarbeitern, die an Kindern in unguter Weise interessiert sind*“ (B.1, 104).

Inwieweit andere Berufsverbände ähnliche Empfehlungen ausgesprochen haben, konnte in den Fokusgruppen nicht systematisch angefragt werden. Daneben erklärte eine niedergelassene Kinder- und Jugendärztin, dass sie bereits im Rahmen von Praktika klar und deutlich ihre internen Verhaltensregeln kommuniziere.

- ▶ Approbiertes Personal muss bereits jetzt ein Führungszeugnis vorlegen. Für das übrige Personal im ambulanten Gesundheitsbereich wird dies von einigen Berufsverbänden empfohlen.

Wünsche und Perspektiven

Um die Praxen im ambulanten Gesundheitsbereich als Kompetenzort zu stärken, wurden von den Befragten verschiedene Perspektiven und Wünsche geäußert. Diese betrafen unter anderem die Fertigstellung und Unterstützung bei der Einführung der aktuell in der Abschlussphase befindlichen S3-Leitlinie zum Kinderschutz in der Medizin und eine (bessere) Regelung zur Finanzierung fallübergreifender und fallbezogener Kooperation bei Fällen mit Hinweisen auf sexualisierte Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche. Weiter wurden verbesserte Fortbildungsangebote für Praxen im ländlichen Raum gefordert sowie Rückmeldungen und ein stärkerer Einbezug ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Wissens bei jugendamtlichen und familiengerichtlichen Entscheidungen nach einer Gefährdungsmitteilung. Angemahnt wurden zudem eine Vereinfachung bzw. bessere Information über den rechtlichen Handlungsrahmen in Kinderschutzfällen, etwa an der Schnittstelle von Bundeskinderschutzgesetz, Patientenrechtegesetz und Arzthaftungsrecht, ebenso eine Ausweitung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten durch die Möglichkeit aufsuchender therapeutischer Arbeit in Kitas, Schulen und Familien.

Zudem sahen die Befragten einen Bedarf an didaktisch aufbereitetem Informationsmaterial für die minderjährigen Patientinnen und Patienten ebenso wie deren Familien zur Prävention von sexualisierter Gewalt. Die Materialien des UBSKM seien vereinzelt bekannt und werden genutzt, um für die jeweilige Praxis zu zeigen

„hier ist ein Ort, wo man da drüber sprechen kann“ (B.1, 232).

Um Praxen als Schutzorte zu stärken wurde unter anderem eine Verbesserung der Datenbasis zur Häufigkeit sexueller Übergriffe in Praxiskontexten angeregt. Zudem wurde eine verstärkte Berücksichtigung der Thematik in Ausbildungsgängen und die Entwicklung internetbasierter oder anderer niedrigschwelliger Beschwerdemöglichkeiten gefordert.

FAZIT: SCHUTZKON- ZEPTE IM GESUNDHEITSBEREICH

Anhand der Erhebungen im **ambulanten Gesundheitsbereich** wird deutlich, dass Ärztinnen und Ärzten ebenso wie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gerade als kompetente Ansprechpersonen für Kinder, Jugendliche und Familien im Kontext von sexualisierter Gewalt eine bedeutsame Rolle zukommt. Ein Bewusstsein, dass Praxen als zentrale Kompetenzorte nach bereits erlebter sexualisierter Gewalt beim Schutz der minderjährigen Patientinnen und Patienten vor weiterer Gewalt und einer Bewältigung der Folgen eine wichtige Rolle spielen, ist auf verschiedenen Ebenen stark ausgeprägt. Entsprechend wurde etwa die aktuelle Entwicklung einer S3-Leitlinie zum medizinischen Kinderschutz, die den Heilberufen mehr Orientierung im Umgang mit sämtlichen Formen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen (auch sexualisierter Gewalt) geben soll, aufmerksam verfolgt und mehrfach angesprochen. Zudem wurde eine Vielzahl an Fortbildungsaktivitäten geschildert. Vor allem beim Entdecken von sexualisierter Gewalt in Praxen aus dem Bereich der somatischen Medizin äußerten die Befragten ein klares Bewusstsein, dass dies die Möglichkeiten einer einzelnen Praxis häufig übersteigt und Rücksprachen sowie Verweisungen an spezialisierte medizinische Dienste (z.B. Kinder gynäkologie, Rechtsmedizin) erforderlich sind, weshalb ein Zugang zu solchen Diensten als sehr wichtig wahrgenommen wurde. Im Bereich der Psychotherapie wurde hinsichtlich des Erkennens sexualisierter Gewalt vor allem auf einen vertraulichen und vertrauensvollen Rahmen gesetzt, der es Kindern bzw. Jugendlichen ermöglichen soll, sich zu öffnen. Aus der Zusammenarbeit mit der öffentlichen Jugendhilfe wurden gemischte Erfahrungen berichtet und vor allem im ländlichen Raum wurde Entwicklungsbedarf gesehen. Hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit beschrieben die befragten niedergelassenen Personen aus dem ambulanten Gesundheitsbereich posi-

tive Entwicklungen, nahmen aber auch Unklarheiten an der Schnittstelle zwischen Kinderschutzrecht, Patientenrechten und Arthaftungsrecht wahr.

Während das Bewusstsein für Praxen als Kompetenzorte in den beiden durchgeführten Fokusgruppen zum ambulanten Gesundheitsbereich stark ausgeprägt war, standen die Möglichkeit, dass sich in Praxen auch sexualisierte Grenzverletzungen und Übergriffe ereignen können, weniger im Fokus der Aufmerksamkeit. Eine Gefährdungslage wurde vor allem für den Bereich der Psychotherapie bejaht, aber insgesamt angeregt, mehr Klarheit zur tatsächlichen Situation über empirische Studien zu schaffen. Strukturell verankert sahen die Befragten einen Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Übergriffen in Praxen über die von den Kammern überwachten Berufsordnungen, die Schulung und Stützung der Fähigkeit, das Abstinenzgebot in therapeutischen Beziehungen einzuhalten, durch Ausbildung, Selbsterfahrung, Supervision und Intervention sowie die Einführung von Verfahren zum Qualitätsmanagement. Darüber hinaus wurden anhand von Beispielen aus den vertretenen ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen weitere Präventionsansätze (wie z.B. Regeln zum Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten, Beschwerdemöglichkeiten) deutlich. Weiterentwicklungen wurden vor allem im Hinblick auf die Verankerung der Thematik in der Ausbildung und die Einführung niedrigschwelliger Beschwerdemöglichkeiten gefordert. Ein hilfreicher Ansatzpunkt bei Weiterentwicklungen und der Verknüpfung einzelner Elemente zu Schutzkonzepten könnte eine prozesshafte Begleitung und Unterstützung durch die übergeordneten Strukturen (KBV, Kammern) sein, etwa in Form bereits vorhandener Instrumentarien (z.B. Leitfäden, Tools für das Qualitätsmanagement).

Im Handlungsfeld **Klinken** wurde darüber diskutiert, wie Kliniken als Kompetenzort gestärkt werden können, etwa durch die Gründung und

den Ausbau von Kinderschutzgruppen. Intensiv wurde aber auch erörtert, wie die Rolle der Kliniken als Schutzort möglichst zuverlässig ausgestaltet werden kann. Dies spiegelt sich etwa darin, dass es in diesem Handlungsfeld möglich war, Schutzkonzepte in zwei Kliniken in der Form von Fallstudien genauer vorzustellen. Im Hintergrund der Diskussion um Kliniken als Schutzort steht ein in den Fallstudien aber auch in der durchgeführten Fokusgruppe deutlich gewordenes Bewusstsein verschiedener Risiken in Kliniken, die sich etwa aus der Notwendigkeit körperlicher Untersuchungen, dem teils längeren Aufenthalt von Kindern ohne Bezugspersonen in einer für sie fremden Umgebung, Vorerfahrungen einiger Kinder mit sexualisierter Gewalt oder Nähebeziehungen ergeben, die aus therapeutischen Beziehungen in einigen Formen von Kliniken entstehen.

Trotz sehr unterschiedlicher Ausgangsbedingungen der Kliniken im Hinblick auf Ausrichtung und Verweildauer bestehen gemeinsame Elemente von Schutzkonzepten in einer starken Betonung der Bedeutung von Fortbildung, der Rolle von Verhaltensregeln, die die Beschäftigten orientieren, der Einrichtung von niedrigschwelligen Beschwerdeverfahren und einem aktiven Umgang mit der Thematik sexualisierter Gewalt im Rahmen der Personalauswahl. In beiden Fallstudien wie auch in der Fokusgruppe wurde zudem die Bedeutung einer Teamkultur betont, in der es möglich ist, als problematisch wahrgenommene Situationen anzusprechen. Vor allem in Kliniken mit längerer Verweildauer (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) spielt darüber hinaus die Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über ihre Rechte sowie die Schaffung von Möglichkeiten der Partizipation eine wichtige Rolle.

Für die Weiterentwicklung von Schutzkonzepten in Kliniken wurde deren strukturelle Absicherung als wichtiges Thema benannt. Bei den bereits weit fortgeschrittenen Kliniken geht es hier vor allem um die Evaluation bestehender

Ansätze sowie die zuverlässige Umsetzung im Alltag. Ansonsten stellt sich die Frage, über welche Anreize und Mechanismen mehr Kliniken zur Entwicklung eines Schutzkonzeptes motiviert werden können. Inhaltlich wurde zudem für die Weiterentwicklung von Schutzkonzepten wiederholt das Problem angesprochen, wie ein angemessener Umgang mit Gefährdungen durch digitale Medien während des stationären Aufenthaltes von Kindern und Jugendlichen aussehen könne.

Literatur

- Allroggen, Marc/Rau, Thea/Ohlert, Jeannine/Fegert, Jörg M. (2017): Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care. In: *Child Abuse & Neglect*, 66. Jg., S. 23–30.
- Allroggen, Marc/Ohlert, Jeannine/Gramm, Corinna/Rau, Thea (2016): Erfahrungen sexualisierter Gewalt von Kaderathlet/-innen. In: Rulofs, Bettina (Hrsg.): *Erste Ergebnisse des Forschungsprojektes »Safe Sport«*. Schutz von Kindern und Jugendlichen im organisierten Sport in Deutschland. Köln, S. 9-12.
- Alpert, Judith/Steinberg, Arlene (2017): Sexual Boundary Violations: A Century of Violations and a Time to Analyze. In: *Psychoanalytic Psychology*, 34. Jg., H. 2, S. 144-150.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2008): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. (AWMF-Leitlinienregister Nr. 071/003, Entwicklungsstufe 2, abgelaufen 2013).
- Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KIM) (2014): *Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzepts gegen sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken*. Kassel.
- Baltussen, Han (2015): "Hippocratic" Oaths? A Cross-Cultural Exploration of Medical Ethics in the Ancient World. In: Holmes, Brooke/Fischer, Klaus-Dietrich (Hrsg.), *The Frontiers of Ancient Science. Essays in the Honor of Heinrich von Staden*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 47-66.
- Becker-Fischer, Monika/Fischer, Gottfried (1997): Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Forschungsbericht des Instituts für Psychotraumatologie Freiburg. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg.): *Schriftenreihe Band 107*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Becker-Fischer, Monika/Fischer, Gottfried (2008): Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin. Kröning: Asanger.
- Bertsch, Bianca/Ziegenhain, Ute/Künster, Anne Katrin (2016): Die Beratung von Berufsheimnisträgern des Gesundheitswesens nach § 4 KKG. Ein Qualitätsmerkmal im Kinderschutz? In: *Das Jugendamt*, H. 2, S. 54-58.
- Bertsch, Bianca (2015): *Der erweiterte Beratungsauftrag für insoweit erfahrene Fachkräfte durch das Bundeskinderschutzgesetz - Beratung von Berufsheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen*, Dissertation, verfügbar unter <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/3760> [01.10.2018].
- Bertsch, Bianca (2016): *Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes im Gesundheitswesen*. Ergebnisse des Projektes „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen“. München: DJI.
- Besier, Tanja/Fegert, Jörg M./Goldbeck, Lutz (2009): Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. In: *European Psychiatry*, 24. Jg., S. 483-489.
- Bundesärztekammer: *Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern: Früherkennung und Prävention als ärztliche Aufgabe*. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kindesmisshandlung/> [zuletzt geprüft am 17.10.2018]
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) / Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) / Bundesministerium für Bildung Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2011). *Abschlussbericht. Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich*. Berlin.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)/Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)/Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV)/Bundesärztekammer/Kassenärztliches Bundesvereinigung (KBV) (2012): *Rahmenempfehlungen zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern des sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung*. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/opferhilfe-sexueller-missbrauch/#c4886>).

- Derr, Regine/Hartl, Johann (2017): Wie Heime Vertrauen gewinnen. In: DJI Impulse, Heft 2/2017, S. 21-24.
- Deutscher Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (2016): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken. Kassel.
- DuBois, James/Walsh, Heidi/Chibnall, John/ Anderson, Emily/Eggers, Michelle/Fowose, Mobolaji/Ziobrowski, Hannah (in press): Sexual Violation of Patients by Physicians: A Mixed-Methods, Exploratory Analysis of 101 Cases. In: Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment.
- Fegert, Jörg M./Richter, Rainer (2015): Vertrauen in Heilberufe. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112. H. 10, S. 1-4.
- Fegert, Jörg M. (2016): Präventive Maßnahmen in Institutionen. In: Egle, Ulrich T./Joraschky, Peter/Lampe, Astrid/Seiffge-Krenke, Inge/Cierpka, Manfred (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer, S. 725-743.
- Fegert, Jörg M./Rassenhofer, Miriam/Schneider, Thekla/Seitz, Alexander/Spröber, Nina (2013): Sexueller Kindesmissbrauch-Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Weinheim und München: BeltzJuventa.
- Feldman, Kenneth/Mason, Carol/Shugerman, Richard (2001): Accusations that hospital staff have abused pediatric patients. In: Child Abuse & Neglect, 25. Jg. H 12, S. 1555-1569.
- Ganser, Helene/Münzer, Annika/Plener, Paul/Witt, Andreas/Goldbeck, Lutz (2016): Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? In: Bundesgesundheitsblatt, 59. Jg., H. 6, S. 803-810.
- Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (2011): Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann. Berlin. URL: <https://www.fonds-missbrauch.de/fileadmin/content/Abschlussbericht-der-Unabhaengigen-Beauftragten-zur-Aufarbeitung-des-sexuellen-Kindesmissbrauchs.pdf> [09.05.2015].
- Goffman, Ervin (1973): Asyl – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Herrmann, Bernd/Banaschak, Sibylle/Csorba, Roland/Navratil, Francesca/Dettmeyer, Reinhard (2014): Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Deutsches Ärzteblatt International, 111. Jg., 692-703.
- Hofherr, Stefan/Kindler, Heinz (2018): Sexuelle Übergriffe in Schulen aus der Sicht von Schülerinnen und Schülern: Zusammenhänge zum Erleben von Schule und der Bereitschaft zur Hilfesuche. In: Zeitschrift für Pädagogik, 64. Jg., S. 95-110.
- Hoffmann, Ulrike/Berthold, Oliver/Fegert, Jörg M. (2018): Immer erreichbar: Medizinische Kinderschutzhotline. In: Heilberufe, 70. Jg., S. 48-50.
- Jud, Andreas/Rassenhofer, Miriam/Witt, Andreas/Münzer, Annika/Fegert, Jörg M (2016): Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch. Expertise. Berlin: UBSKM
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2015): Zeichen der Zeit. Geschäftsbericht 2015. Berlin.
- Kaufman, Keith/Erooga, Marcus (2016): Risk profiles for institutional child sexual abuse. A literature review. Sydney: Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse.
- Lampert, Thomas/Kuntz Benjamin/KiGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt – Zahlen aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jg. 6, H 1 (www.rki.de/gbe-kompakt).
- Landolt, Markus/ Cloitre, Marylène/Schnyder, Ulrich (Eds.) (2017). Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. Cham: Springer.

- Leclerc, Benoit/Chiu, Yi-Ning/Cale, Jesse (2015): Sexual violence and abuse against children: a first review through the lens of environmental criminology. In: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Jg. 60, H. 7, S. 743-765.
- Lehndorfer, Peter (2014): Vertiefter Weiterbildungsbedarf aus Sicht der Praxis. Unveröffentlichter Vortrag auf dem Symposium „Aktiver Kinderschutz – Prävention durch Weiterbildung“ am 10.11.2014. Berlin.
- Maschke, Sabine/Stecker, Ludwig (2017): Sexualisierte Gewalt in der Erfahrung Jugendlicher. Öffentlicher Kurzbericht. *Speak! Die Studie*. (<http://www.speak-studie.de/presse.html>).
- Meißner, Marc (2012): Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Opfer brauchen unkomplizierte Hilfe. In: *Deutsches Ärzteblatt*, H. 2, S. 69-70.
- Mathews, Ben (2017): Optimising implementation of reforms to better prevent and respond to child sexual abuse in institutions: Insights from public health, regulatory theory, and Australia's Royal Commission. In: *Child Abuse & Neglect*, 74. Jg., S. 86-98.
- Mühlmann, Thomas/Pothmann, Jens/Kopp, Katharina (2015): Wissenschaftliche Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Kooperationsplattform Evaluation Bundeskinderschutzgesetz. Dortmund, URL: http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Aktuelles/Publikationen/Wissenschaftliche_Grundlagen_Eval_BKiSchG_Bericht_AKJStat_2015.pdf [30.03.2016].
- Pawils, Silke/Nick, Susanne/Metzner, Franka/Lotzin, Annett/Schäfer, Ingo (2017): Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit sexuellen Gewalterfahrungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, Jg., S. 1046-1054.
- Peikert, Denise (15.12.2015): Missbrauch in Arztpraxis. *Frankfurter Allgemeine*. Verfügbar unter <http://www.faz.net/aktuell/rhein-main/urteil-gegen-kinderpsychiater-wegen-sexuellem-missbrauch-13966351.html>.
- Perez, Marta/Gelpi, Ricardo/Rancich, Ana (2006): Doctor-patient sexual relationships in medical oaths. In: *Journal of Medical Ethics*, 32. Jg., H. 12, S. 702-705.
- Plener, Paul/Straub, Joana/Fegert, Jörg M./Keller, Frank (2015): Behandlungen psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. In: *Nervenheilkunde*, 34. Jg., S. 18-24.
- Pooch, Marie-Theres/Kappler, Selina (2017): Datenreport des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015-2018) zu den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen, Heime, Kliniken, und Einrichtungen des ambulanten Gesundheitsbereichs. Berlin: UBSKM.
- Pooch, Marie-Theres/Tremel, Inken (2016): So können Schutzkonzepte in Bildungs- und Erziehungseinrichtungen gelingen! Erkenntnisse der qualitativen Studien des Monitoring (2015-2018) zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen, Schulen, Heime und Internate. Berlin: UBSKM.
- Quadara, Antonia/Hagy, Vicky/Higgins, Daryl/Siegel, Natalie (2015): Conceptualising the prevention of child sexual abuse: Final report (Research Report No. 33). Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Rassenhofer, Miriam/Laßhof, Annika/Felix, Sebastian/Heuft, Gereon/Schepker, Renate/Keller, Ferdinand/Fegert, Jörg M. (2016): Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. In: *Psychotherapeut*, 61. Jg. H. 3, S. 197-207.
- Rey-Salmon, Caroline/Jung Camille/Bellaiche, Marc (2018): Sexual Abuse. In: Rey-Salmon, Caroline/Adamsbaum, Catherine (Eds), *Child Abuse. Diagnostic and Forensic Considerations*. Cham: Springer, S. 215-241.
- Riemer, Martin/Schneider, Gudrun (2006): Verbesserung des Schutzes vor sexuellen Übergriffen in fachgebundenen und Richtlinien-Psychotherapien. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, Jg. 52, H. 4, S. 406-424.

- Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI.
- Saywitz, Karen/Lyon, Thomas/Goodman, Gail (2018): When Interviewing Children: A Review and Update. In Conte, Jon/Klika, Bart (Eds.), AP-SAC Handbook on Child Maltreatment (4th ed). Newbery Park: Sage, S. 310-329..
- Schepker, Renate/Fegert, Jörg M./Becker, Katja (2015): Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43. Jg., S. 387-395.
- Schleu, Andrea/Hillebrand, Veronika (2016): Grenzverletzungen in der Psychotherapie und ihre Prävention. In: Egle, Ulrich T./Joraschky, Peter/Lampe, Astrid/Seiffge-Krenke, Inge/Cierpka, Manfred (2016): Sexueller Missbrauch, Miss-handlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresser-fahrungen. Stuttgart: Schattauer, S. 725-743.
- Smallbone, Stephen/Marshall, William/Wortley, Richard (2014): Preventing child sexual abuse: Evidence, policy and practice. Abingdon: Routledge.
- Spiegel Online (10.03.2016): Kinderarzt zu mehr als 13 Jahren Haft verurteilt. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/augs-burg-kinderarzt-fuer-missbrauch-von-21-jun-gen-verurteilt-a-1081579.html>.
- Statistisches Bundesamt (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden: destatis.
- Statistisches Bundesamt (2016): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2015. Wiesbaden: destatis.
- Tschan, Werner (2013): Abuse in doctor-patient relationships. In Garcia-Moreno, Claudia/Riecher-Rössler, Anita (Eds.), Violence against women and mental health. Key issues of mental health, Vol. 178, Basel: Karger, S. 129-138.
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.) (2013): Handbuch Schutzkonzepte sexueller Missbrauch: Befragungen zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“. Bericht mit Praxisbeispielen zum Monitoring 2012 – 2013. Berlin.
- Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2011): Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann. Berlin: UBSKM.
- Welther, Marcus/Hillebrand, Veronika/Schleu, Andrea/Franke, Philipp/Strauß, Bernhard (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 2. In: Psychotherapeut 61. Jg., H. 6, S. 516-523.
- Widera, Teresia/Baumgarten, Eckehard/ Druckenmüller, Anja/Niehues, Christiane (2017): Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – Stand und Perspektiven aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, 56. Jg. H 2, S. 91-102.
- Witt, Andreas/Rassenhofer, Miriam/Allroggen, Marc/ Brähler, Elmar u.a. (2018, im Druck). The prevalence of sexual abuse in institutions: results from a representative population-based sample in Germany. In: Sexual Abuse.
- Wolff, Mechtild/Schröer, Wolfgang/Fegert, Jörg M. (Hrsg.) (2017): Schutzkonzepte in Theorie und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz.
- Wurtele, Sandy/Mathews, Ben/Kenny, Maureen (im Druck): Keeping Students Out of Harm's Way: Reducing Risks of Educator Sexual Misconduct. In: Journal of Child Sexual Abuse.

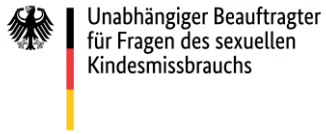
Das Deutsche Jugendinstitut e.V. ist das größte sozialwissenschaftliche Institut für Forschung und Entwicklung in Deutschland in den Themenbereichen Kindheit, Jugend, Familie und den darauf bezogenen Politik- und Praxisbereichen. Als außeruniversitäres Institut an der Schnittstelle zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, föderalen Ebenen, Akteursgruppen, Politikbereichen und Fachpraxen bietet das DJI verwertbare Erkenntnisse aus der empirischen Forschung, zeitnahe Beratung der Politik sowie wissenschaftliche Begleitung und Anregung der Fachpraxis. Zugleich fungiert das DJI als Vermittlungsinstanz zwischen Wissenschaft, Politik und Fachpraxis. Das DJI informiert Politik, Fachpraxis sowie die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit regelmäßig und zeitnah über seine Forschungsaktivitäten und -ergebnisse unter www.dji.de anhand einer breiten Palette von weiteren Publikationen.

Die Erhebungen (Fallstudien und Fokusgruppen) wurden von Dr. Inken Tremel, Marie-Theres Pooch und Hannah Wallner durchgeführt. Die Berichterstellung wurde von der Forschungsdirektorin Prof. Dr. Sabine Walper und der Leiterin der Abteilung, „Familie und Familienpolitik“, Dr. Karin Jurczyk und dem Fachgruppenleiter „Familienhilfe und Kinderschutz“ Dr. Heinz Kindler, fachlich begleitet. Weiter wurde das Team von der Hilfskraft Diana Hertle, der wissenschaftlichen Referentin Fabienne Hornfeck und der Sachbearbeiterin Pamela Berckemeyer unterstützt.

Weitere Informationen zum Monitoring unter: www.dji.de/monitoring

Stand

November 2018



Marie-Theres Pooch, Selina Kappler

Datenreport des Monitoring zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015-2018)
zu den Handlungsfeldern Kliniken und Einrichtungen des ambulanten Gesundheitsbereichs

Teilbericht 3 (Gesundheit)

Inhaltsverzeichnis

Kontext des Berichts	5
Methodisches Vorgehen/Forschungsdesign	7
Zentrale Fragestellung des Projekts.....	7
Stichprobenziehung	9
Stichprobe und Rücklauf.....	10
Entwicklung der Erhebungsinstrumente	13
Durchführung der Befragung und Datenerhebung.....	16
A. Kliniken.....	19
A1. Stichprobe	19
A2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts.....	20
A3. Potenzial- und Risikoanalyse.....	21
A4. Prävention allgemein.....	24
A5. Prävention sexualisierter Gewalt.....	24
A6. Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt.....	32
A7. Kooperation.....	37
A8. Unterstützungsbedarfe	39
A9. Zusammenfassung.....	40
B. Ambulanter Gesundheitsbereich.....	43
B1. Stichprobe	43
B2. Präventive Maßnahmen allgemein	44
B3. Präventive Maßnahmen hinsichtlich sexualisierter Gewalt	45
B4. Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt	47
B5. Kooperation	50
B6. Unterstützungsbedarfe	52
B7. Zusammenfassung	54
Resümee	55
Literatur.....	56

KONTEXT DES BERICHTS

Die in den 1960er-Jahren begonnene öffentliche Thematisierung sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche hat mit der Aufdeckung mehrerer Missbrauchsskandale im Jahr 2010 eine nochmalige Intensivierung erfahren.¹ Zugleich rückte damit sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Institutionen erstmals ins Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Seitdem haben die politischen, massenmedialen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit dem lange vernachlässigten Problembereich nicht nachgelassen (vgl. hierzu auch Görge u.a. 2015; Behnisch/Rose 2012). Im Mittelpunkt stehen dabei nicht nur Berichte von Betroffenen und die Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs, sondern auch Bemühungen zum besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt.

Im Zuge der 2010 medial bekannt gewordenen Fälle von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen wurde mit dem Ziel der Aufarbeitung die Stelle einer *Unabhängigen Beauftragten* geschaffen und mit Frau Dr. Christine Bergmann, Familienministerin a. D., besetzt. Neben der Einrichtung einer Anlaufstelle für Betroffene vergab die *Unabhängige Beauftragte* an das *Deutsche Jugendinstitut* (DJI) eine Studie zum Bekanntwerden sexualisierter Gewalt gegen Kinder in Heimen, Internaten und Schulen sowie zum Umgang mit solchen Vorfällen und zu Maßnahmen der Prävention (vgl. Helming u.a. 2011). Ziel war es, mittels eines möglichst repräsentativen Zugangs Erfahrungen pädagogischer Einrichtungen mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sowie erkennbare Bedarfe der Weiterentwicklung zu beschreiben.

Hieran anknüpfend hat Herr Johannes-Wilhelm Rörig 2011 das *Amt des Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (UBSKM) übernommen und ein bundesweites „Monitoring zum Stand der Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ entwickelt und auf den Weg gebracht. Dieses zielt darauf ab, den Umsetzungsstand der Empfehlungen des *Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“*, der im Frühjahr 2010 u.a. zur Verbesserung der Prävention, Aufklärung und Aufdeckung von Fällen sexualisierter Gewalt eingerichtet wurde, hinsichtlich der Realisierung und Umsetzung von institutionellen bzw. organisationalen Schutzkonzepten² zu erheben (vgl. BMJV/BMFSFJ/BMBF 2011) bzw. damit auch die Einführung von organisations- bzw. einrichtungsspezifischen Schutzkonzepten voranzutreiben und die Fachpraxis dazu anzuregen. Um einen Überblick über die aktuellen Aktivitäten der Dachstrukturen sowie über die Einrichtungen und Organisationen vor Ort

¹ Im wissenschaftlichen Diskurs handelte es sich dementsprechend keineswegs um ein unbekanntes Thema: Seit den 1960er Jahren widmete man sich den fachlichen Auseinandersetzungen über innerfamiliären Missbrauch, seit den 1990er-Jahren jedoch vor allem der Thematik sexualisierter Gewalt in pädagogischen Kontexten, und dies sowohl in der Fachliteratur als auch in der systematischen (kriminologischen) Dunkelfeldforschung (vgl. Fegert/Wolff 2015). Pädagogische Einrichtungen mussten nun auch als Orte und Räume, in denen es zu Gewalt an Kindern und Jugendlichen kommen kann, in Betracht gezogen werden. Diese Debatte hat ihren Ausgangspunkt innerhalb der aktuellen Diskussionen um Misshandlung und Ausbeutung in Erziehungsheimen der 1950er und 1960er Jahre (vgl. Ahmed/Bauer 2012).

² Schutzkonzepte zur Prävention und Intervention setzen sich aus institutionellen bzw. organisationalen, strukturellen und (pädagogischen) personalen Maßnahmen zusammen, beispielsweise der Risikoanalyse oder der Haltung und Kultur einer Einrichtung/Organisation (vgl. USBKM o.A.). Neben einer Analyse der Risiken der institutionellen bzw. organisationalen Dimensionen, die sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen begünstigen können, sind folgende Aspekte für Schutzkonzepte elementar: Leitbild, Interventionsplan, Kooperation, Fortbildungen, Präventionsangebote, Ansprechstellen und Beschwerdestrukturen, Partizipation, Verhaltenskodex und Personalverantwortung (vgl. ebd.).

zu bekommen, wird mit dem Monitoring versucht, Erkenntnisse zum Stand der Entwicklung und Anwendung von Schutzkonzepten zu sammeln.

Im Rahmen des Monitorings wurden in den Jahren 2012 und 2013 bereits zwei Befragungswellen durchgeführt, in die mehrere tausende Einrichtungen bzw. Organisationen sowie Träger aus den Bereichen Erziehung, Bildung, Außerschulische Bildung, Kirchliches Leben und Gesundheit einbezogen wurden (vgl. Rörig 2013). Die Erhebung erfolgte schriftlich, wobei Vollerhebungen bzw. (weitgehend repräsentative) Stichproben angestrebt wurden. In der *ersten* Befragungswelle wurden Kindertageseinrichtungen, Heime, Internate, Kliniken/Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche sowie Anbieter von Kinder- und Jugendreisen befragt. Daneben wurde der Umsetzungsstand im Bereich des religiösen Lebens bei den (Erz-)Bistümern, Evangelischen Landeskirchen sowie katholischen und evangelischen Kirchengemeinden erfragt. Die Jugendverbände wurden auf Landes- und Bundesebene einbezogen, während die Sportvereine auf der lokalen Ebene um Angaben gebeten wurden. Das Handlungsfeld Schule wurde in der ersten Welle über eine Länderabfrage der *Kultusministerkonferenz* (KMK) erreicht. Die *zweite* Erhebungswelle im Frühjahr 2013 setzte in allen genannten Bereichen bei Einrichtungen, Diensten, Organisationen und Trägern vor Ort an und versuchte damit, einen noch umfassenderen Blick auf den Umsetzungsstand der Empfehlungen des Leitlinienpapiers des *Runden Tisches zur Prävention und Intervention von sexualisierter Gewalt* sowie zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden zu bekommen (vgl. Rörig 2015).

Der vorliegende Bericht knüpft an die vorherigen Wellen an und schreibt deren Ergebnisse fort. Zugleich gibt er eine Übersicht über die zentralen vorwiegend deskriptiven Befunde³, die im Rahmen der aktuellen dritten Monitoring-Welle 2016/2017 in den Handlungsfeldern der Kindertageseinrichtungen, Heimen/sonstigen betreuten Wohnformen, Kliniken sowie im ambulanten Gesundheitsbereich gewonnen werden konnten.⁴

³ Im Auswertungsprozess wurde sich im Projektteam bedingt durch Fragestellungen, die sich im Prozess ergaben, dazu entschlossen, neben den deskriptiven Analysen weiterführende (inferenzstatistische) Analysen vorzunehmen. Zum Beispiel wurde der Frage nachgegangen, wie viele Einrichtungen das Vorhandensein bestimmter Elemente von Schutzkonzepten (Beschwerdverfahren; Regeln zum fairen/grenzachtenden Umgang; Fortbildung; Beratung durch eine Insoweit erfahrene Fachkraft [Insofa]; Handlungsplan) angaben und sich selbst einen mindestens hohen Umsetzungsgrad jener zuschreiben.

⁴ Die Befunde in den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen und Heime werden in Teilbericht 3 dargestellt, die Befunde in den Handlungsfeldern Schulen und Internat werden in Teilbericht 5 dargestellt.

METHODISCHES VORGEHEN/FORSCHUNGSDESIGN

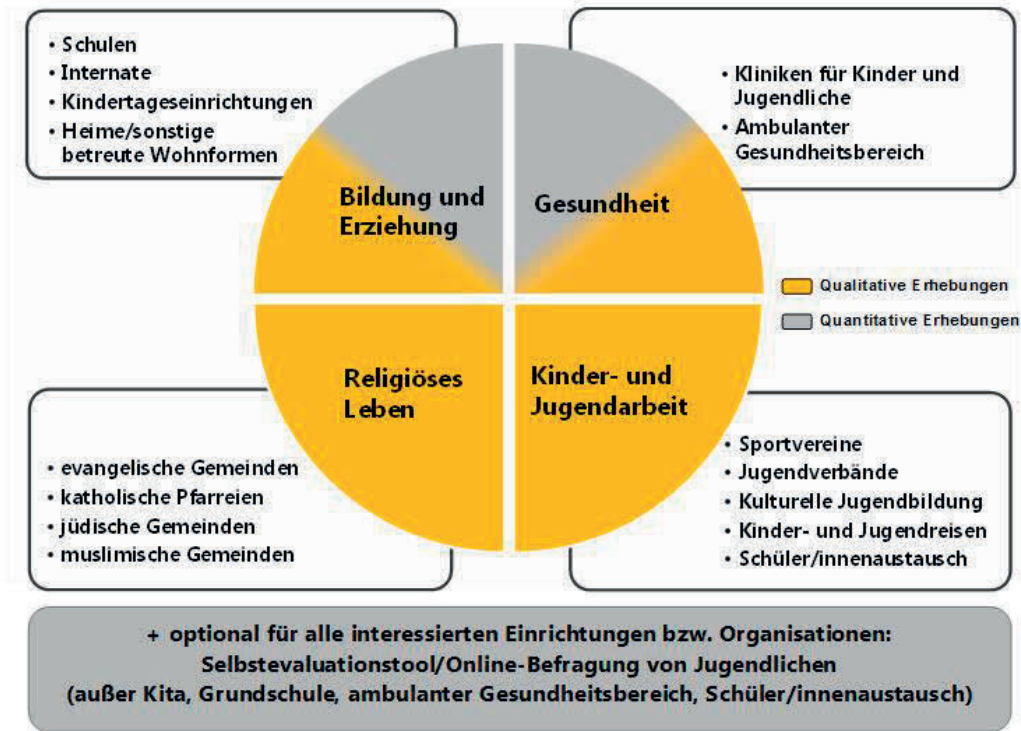
Zentrale Fragestellung des Projekts

Das Projekt „Monitoring zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, das im Auftrag des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (UBSKM) durchgeführt wird, zielt darauf ab, die Einführung und Umsetzung von Schutzkonzepten in Einrichtungen zu dokumentieren und damit die Implementierung und Umsetzung der Leitlinien des *Runden Tisches* zur Prävention sexualisierter Gewalt systematisch zu erfassen und zu beobachten. Dabei sind folgende Fragestellungen zentral:

- ▶ Welche Präventionsmaßnahmen vor sexualisierter Gewalt wurden bereits in den jeweiligen Handlungsfeldern entwickelt?
- ▶ Welche Bestandteile von institutionellen bzw. organisationalen Schutzkonzepten werden im Praxisalltag umgesetzt?
- ▶ Welche Umgangsweisen gibt es bei der Vermutung bzw. beim Erkennen von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in den Einrichtungen/Organisationen?
- ▶ Welche (Unterstützungs-)Bedarfe haben Einrichtungen/Organisationen beim Schutz – sowohl präventiv wie auch interventiv – vor sexualisierter Gewalt?

Die zentralen Fragestellungen wurden um neue Aspekte ergänzt, die sich aus den Erkenntnissen der vorgelagerten qualitativen Erhebungen (Fallstudien und Fokusgruppen) ergaben (vgl. Pooch/Tremel 2016). So wurden beispielsweise in die Erhebungsinstrumente Fragen zum Klima in den Einrichtungen und Organisationen aufgenommen. Um Fortschritte im Ausbau und der Implementierung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen im Zeitverlauf abbilden zu können, werden an einigen Stellen Zusammenhänge zu Ergebnissen aus den ersten beiden Erhebungswellen in den Jahren 2012 und 2013 hergestellt, die von der *Rambøll Management Consulting GmbH* durchgeführt wurden.

Abbildung 1: Methodisches Design des Monitoring



Gegenüber den letzten beiden vorangegangenen Monitoring-Wellen in den Jahren 2012 und 2013 wurde beim aktuellen Monitoring ein Feldzugang gewählt, der sowohl quantitative (in Form einer flächendeckenden, standardisierten Befragung der Vertretungen von Einrichtungen bzw. Organisationen) als auch qualitative Erhebungen vorsah (vgl. Abbildung 1). Zur Erweiterung der Perspektive der Befragten wurden in der aktuellen Untersuchung die Wahrnehmungen von Jugendlichen auf die Umsetzung von Schutzkonzepten im gelebten Alltag mittels eines onlinegestützten Selbstevaluationstools einbezogen, das interessierten Einrichtungen und Organisationen zur Verfügung gestellt wurde.

Bei den qualitativen Erhebungen wurden Interviews und Gruppendiskussionen mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren des jeweiligen Felds in den Bereichen Bildung/Erziehung, Gesundheit, Religiöses Leben und Kinder- und Jugendarbeit durchgeführt. In den Bereichen Kinder- und Jugendarbeit sowie Religiöses Leben kamen im Rahmen der Studie ausschließlich qualitative Forschungszugänge zum Einsatz, während in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Erziehung jeweils mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden (methodenintegriert) gearbeitet wurde. Die verschiedenen Forschungszugänge sind vor allem mit der inneren Strukturiertheit der unterschiedlichen Handlungsfelder zu begründen, sodass in allen 15 festgelegten Handlungsfeldern qualitative Daten erhoben wurden und in den als geeignet eingeschätzten Handlungsfeldern (Schulen, Kitas, Heime, Internate, Kliniken und ambulanter Gesundheitsbereich) eine flächendeckende quantitative Erhebung durchgeführt wurden (vgl. Abbildung 1). Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurden verschiedene Modalitäten der Teilnahme angewandt: Standardisierte Telefoninterviews, eine Onlinebefragung, eine schriftliche Befragung sowie in Einzelfällen bei anderweitig nicht möglicher Teilnahme auch Face-to-Face-Interviews.

Stichprobenziehung

Die quantitativen Befragungen in dem Handlungsfeld Kliniken wurde vom *SOKO Institut für Sozialforschung und Kommunikation GmbH* im Auftrag des DJI von Mitte November 2016 bis März/April 2017 durchgeführt. Die Erhebungen im Feld des ambulanten Gesundheitswesens startete im Hinblick auf die angestrebte Stichprobengröße und im Wissen um die Feldspezifik (beispielsweise eingeschränkte Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten) bereits Ende September 2016 und endete Mitte April 2017. Dieses Handlungsfeld wies damit den längsten Erhebungszeitraum auf. Befragt wurden vorwiegend Leitungspersonen bzw. mit der Prävention von sexualisierter Gewalt beauftragte Personen in Einrichtungen bzw. Organisationen. Im Gesundheitsbereich sollten insgesamt 1.000 Einrichtungen – ärztliche und therapeutische Praxen sowie Kliniken – in die Befragung aufgenommen werden. Der Zugang zu den Befragten wurde durch ein Empfehlungsschreiben von Seiten des *Unabhängigen Beauftragten* sowie den Vertretungen der übergeordneten Strukturen unterstützt. In den beiden Handlungsfeldern konnte eine bundesweite Erhebung auf Basis von (repräsentativen) Stichproben⁵ bzw. Vollerhebungen realisiert werden.

Im Handlungsfeld *Kliniken* wurde die Grundgesamtheit der Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche auf Grundlage des beim Statistischen Bundesamt erworbenen Verzeichnisses der Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen aus dem Jahr 2014 erstellt. Entsprechend der im Verzeichnis angegebenen Merkmale zu den Fachrichtungen Kinderheilkunde, Kinder-/Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik sowie Kinderchirurgie wurden Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen identifiziert, in denen Kinder und Jugendliche medizinisch versorgt werden. Indem eine vierfach übersetzte Stichprobe (entspricht in der Summe der Grundgesamtheit) an somatischen und psychiatrischen/psychotherapeutischen Kliniken bzw. Fachabteilungen sowie Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche für die Teilnahme angeschrieben wurde, kann von einer Vollerhebung gesprochen werden.

Für die Befragung im *ambulanten Gesundheitswesen* wurde eine zufällige, fünffach übersetzte⁶ Stichprobe über das das sogenannte *Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)* gezogen, in dem alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Therapeuten verzeichnet sind.⁷ In der Stichprobe wurden damit auch Einrichtungen/Stellen der ambulanten Versorgung erfasst, die u.a. auch Teil einer Klinik sind (z.B. Sozialpädiatrische Zentren, die an Kliniken angesiedelt sind). Die Ziehung der Stichprobe erfolgte nach Fachrichtung

⁵ Im Feld des ambulanten Gesundheitswesens wurden vorwiegend inhaltliche Kriterien für die Zusammensetzung der Stichprobe zugrunde gelegt (vgl. Fußnote 40), weshalb die Stichprobe in diesem Feld nicht als repräsentativ gewertet werden kann. Des Weiteren konnten innerhalb der Substichprobe bei den Praxen für Allgemeinmedizin die angestrebte Größe von 100 mit 95 lediglich annäherungsweise erreicht werden. In den übrigen Feldern konnten die angestrebten Zielgrößen (Nettostichproben) erreicht bzw. zum Teil sogar überschritten werden.

⁶ Um die anvisierte Anzahl an auswertbaren Erhebungsinstrumenten zu erhalten (Nettostichprobe), müssen in der Regel mehr Einrichtungen bzw. Organisationen für eine Teilnahme angefragt werden, als sich später im Zuge des Rücklaufs tatsächlich an der Befragung beteiligen. Dementsprechend wurde im Feld des ambulanten Gesundheitsbereichs eine Bruttostichprobe gezogen, die fünfmal höher liegt als die erwartbare Nettostichprobe bzw. die tatsächlich realisierten Fälle.

⁷ Die Erhebung wird durch die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommen, die monatlich aktuelle Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermitteln, bei der das Bundesarztregister geführt wird.

quotiert. Die Quoten verteilen sich wie folgt: 300 Personen der Kinder- und Jugendmedizin, 300 Personen der Kinder- und Jugendpsychotherapie, 100 Personen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 100 Personen der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin und 100 Personen der Gynäkologie.

Stichprobe und Rücklauf

Es konnten Rücklaufquoten von 26,3 % oder mehr erreicht werden (vgl. Tabelle 1)⁸. Die im Rahmen der Studie realisierten Rücklaufquoten liegen in einem ähnlichen Bereich oder über den Rücklaufquoten anderer, nicht verpflichtender nationaler Befragungen von Kliniken zum Thema Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen und können insgesamt als zufriedenstellend bewertet werden (vgl. UBSKM 2013b; Helming u.a. 2011).

⁸ Die in Tabelle 1 dargestellten Rücklaufquoten beinhalten die vom die Befragung durchführenden Institut (SOKO GmbH) übermittelten Fallzahlen. Daneben gab es vereinzelt nicht berücksichtigte Rückläufe: Im Handlungsfeld Kliniken wurden zwei leere schriftliche Erhebungsinstrumente zurückgesandt. Auch im Feld des ambulanten Gesundheitswesens lagen leere bzw. unzureichend ausgefüllte Instrumente vor (n = 12,) ein Fragebogen entfiel aus der Befragung, da in der Praxis keine Patientinnen bzw. Patienten unter 21 Jahren behandelt werden. Daneben mussten im Handlungsfeld *ambulanter Gesundheitsbereich* im Kontext der Datenaufbereitung aus inhaltlichen Gründen Fälle aus der weiteren Analyse ausgeschlossen werden.

Tabelle 1: Erreichte Rücklaufquoten in den jeweiligen Handlungsfeldern

Handlungsfeld	Grundgesamtheit*	Bruttostichprobe (angefragte Institutionen/Organisationen)	Nettostichprobe (auswertbare Fragebögen)	Rücklaufquote in Prozent	Genutzte Antwortmethode
Kliniken bzw. Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche	ca. 550**	546	165	30 %	Postalischer Fragebogen: 103 Online-Fragebogen: 13 Telefoninterviews: 49
Ambulanter Gesundheitsbereich,		4.490	1.157*** (1.182)	26,3 %***	Postalischer Fragebogen: 1.053 Online-Fragebogen: 54 Telefoninterviews: 49 Face-to-Face-Interview: 1
davon:					
	7.104 Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte	1.499	325**** (321) Mehrfach	21,4 %	
	1.088 Kinder- und Jugendpsychiater/innen	499	149**** (151)	30,3 %***	
	ca. 4.600 Personen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	1.493	559**** (509)	34,1 %***	
	11.370 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin	500	80/17****(94)	18,8 %***	
	37.492 Frauenärztinnen/-ärzte	499	104**** (104)	20,8 %***	
	Ohne Zuordnung		3		

*Anm.: Die Grundgesamtheit der jeweiligen Handlungsfelder entspricht den aktuellen statistischen Verzeichnissen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016; Bundesärztekammer 2015). Die Angaben beziehen sich vorwiegend auf die Jahre 2014/15.

**Anm.: Die Gesamtheit gliedert sich wie folgt: Kliniken mit Fachabteilungen für Kinderheilkunde: 358 und Kinder-/Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie: 144. Neben Kliniken wurden auch Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche berücksichtigt (47) (vgl. Statistisches Bundesamt o.A.).

***Hinweis: Im Zuge der Datenaufbereitung mussten Fälle ausgeschlossen werden. Als Grundlage für die Berechnung der Rücklaufquote wurde die Gesamtanzahl der tatsächlich durchgeführten Befragungen genutzt (s. Angabe in Klammer). Da es sich im Feld des ambulanten Gesundheitsbereichs um Mehrfachnennungen handelt, wird die tatsächliche Anzahl der Befragten (N = 1.157) überstiegen.

Insbesondere der Rücklauf im Feld des ambulanten Gesundheitswesens, im Zuge dessen die angestrebte Gesamtzahl von 900 Befragungen von ärztlichen und therapeutischen Praxen mit 1.182 Fällen weit übertroffen werden konnte, kann als gut gewertet werden. Die Rücklaufquoten in den einzelnen Fachrichtungen – vorwiegend Personen der Kinder- und Jugendpsychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie – wurde in den angesetzten Sollzahlen um mehr als 50 % überschritten (vgl. Tabelle 2). Ein genauer Vergleich zwischen den Fachrichtungen zeigt, dass Personen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie aufgrund des hohen Rücklaufs in der Befragung deutlich überrepräsentiert sind (43,1 % statt 33,3 %). Die Kinder- und Jugendpsychiater/innen sind mit 27,2 % gegenüber zur angestrebten Ausgangsstichprobe von 11,1 % ebenfalls überrepräsentiert Personen aus der Fachrichtung der Allgemeinmedizin/Inneren Medizin sind dagegen etwas unterrepräsentiert (8,0 % statt 11,1 %). Der Anteil der realisierten Befragungen in der Gruppe der Gynäkologinnen und Gynäkologen entspricht mit 8,8 % ziemlich gut dem in der Ausgangsstichprobe anvisierten Anteil von 11,1 %. Ähnlich verhält es sich bei den Personen der Kinder- und Jugendmedizin mit 27,2 % (zur Ausgangsstichprobe: 33,3 %). Trotz vielfältiger Bemühungen in Form einer knapp zweimonatigen Nacherhebungsphase konnte die Zielgruppe der Allgemeinmediziner/innen bzw. Ärztinnen/Ärzte für Innere Medizin lediglich annäherungsweise erreicht werden. Als Herausforderung erwies sich dabei die Erreichbarkeit jener Gruppe.⁹

Tabelle 2: Rücklaufquoten der entsprechenden ärztlichen bzw. therapeutischen Fachrichtungen

Fachrichtung	Angefragte Einrichtungen (Bruttostichprobe)	Befragte Einrichtungen* (Nettostichprobe)	Rücklaufquote	Anvisierte Sollzahl (Überschreitung in %)
Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1.499	321	21,4 %	300 (7 %)
Personen der Kinder- und Jugendpsychotherapie	1.493	509	34,1 %	300 (70 %)
Kinder- und Jugendpsychiater/innen	499	151	30,3 %	100 (51 %)
Allgemeinmediziner/innen	500	94	18,8 %	100 (-3 %)
Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen	499	104	20,8 %	100 (4 %)
ohne Zuordnung		3		
Gesamt	4.490	1.182	26,3 %	-

*Anm.: Die Angabe umfasst die Anzahl aller Befragungen ohne eine Bereinigung um die Fälle, die aus inhaltlichen Gründen (z.B. da Praxen nicht der Zielgruppe angehörten) aus der weiteren Analyse ausgeschlossen werden mussten.

⁹ In Fällen von schlechter Erreichbarkeit, die u.a. dadurch zustande kamen, dass der Empfang der Praxis aufgrund von vollen Warte- und Behandlungszimmern das Telefonat nicht direkt zur Ärztin bzw. Arzt weiterleiten konnte, wurde mit Hilfe eines angekündigten Informationsfaxes, das an die Praxis gesandt wurde, ein Kontaktversuch zur Ärztin bzw. zum Arzt unternommen. Zu einem späteren wurde die Praxis erneut kontaktiert und nach einer Rückmeldung gefragt. Dabei ließen die Ärztinnen/Ärzte häufig ausrichten, dass das Thema nicht relevant für sie sei, da jene (nahezu) keine Kinder und Jugendlichen behandeln. Innerhalb der Stichprobe sind keine systematischen Ausfälle ersichtlich.

Im Feld der Kliniken konnten mit einer Rücklaufquote von 30 % eine solide Datengrundlage geschaffen werden, die sowohl Kliniken bzw. Kliniken mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche berücksichtigt.¹⁰

Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse aus den qualitativen Erhebungen (Fallstudien zu guter Praxis sowie zeitlich nachgelagerte, vertiefende Fokusgruppen) wurde das aus der letzten Monitoring-Welle 2013 vorliegende Instrument modifiziert und um neue Items ergänzt. An der Entwicklung wurden das SOKO Institut sowie der Arbeitsstab des UBSKM beteiligt. Daneben wurden die Entwürfe der Instrumente mit Vertretungen der Dachorganisationen bzw. Dachverbände, die mit dem UBSKM eine Vereinbarung zur Einführung und Umsetzung von Schutzkonzepten unterzeichnet haben, vorgestellt und diskutiert.¹¹ Am Ende konnten somit zwei dem Handlungsfeld in Inhalt und Sprache angepasste Versionen für die Handlungsfelder Kliniken und ambulante Gesundheitsversorgung für die Befragungen ausgearbeitet werden.

Vor der Feldphase wurden die handlungsfeldspezifischen Instrumente nach inhaltlichen und kognitiven Kriterien anhand von sogenannten Pretests erprobt. Dabei wurde vorwiegend die Verständlichkeit der Fragen bei den Gefragten geprüft. In jedem der Handlungsfelder wurden bei mindestens zwei Einrichtungen bzw. Organisationen solche Tests unter Feldbedingungen durchgeführt. Mit der Überarbeitung nach den Pretests wurde die Entwicklung des Befragungsinstrumentes abgeschlossen.

Um den Zeitaufwand der Befragung für die Teilnehmer/innen möglichst gering zu halten und damit die Teilnahmebereitschaft positiv zu beeinflussen, wurde die Mehrheit der Fragen geschlossen formuliert. Dennoch wurden an einigen Stellen offene Antwortmöglichkeiten in die Befragungsinstrumente eingebaut, um spezifische Praxisprozesse im Umgang mit Schutzkonzepten sowie die Vielfalt an Präventionsaktivitäten besser erfassen zu können. Für die Kodierung der offenen Antworten wurden von zwei Projektmitgliedern (getrennt voneinander) Kategoriensysteme entwickelt, die anschließend vereinheitlicht und vom Unterauftragnehmer umgesetzt wurden. Im Prozess der Kodierung der offenen Angaben¹² wurde jedoch vor einer Anwendung des Kategoriensystems vorgängig geprüft, ob die offene Angabe nicht zu einer der bereits im Erhebungsinstrument vorgegebenen Antwortkategorien passte. War dies der Fall, wurde nachkodiert. Ansonsten wurden die offenen Antworten in das neu gebildete Kategoriensystem einsortiert. Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten, wurden der Restkategorie „Sonstiges“ zugeschlagen. Im Kontext der Instrumentenentwicklung wurde sich zudem für den Einsatz einer „Weiß ich nicht“-Kategorie entschieden, die die Datenqualität erhöht, indem sie

¹⁰ Die Bruttostichprobe über die Fachabteilungen setzte sich wie folgt zusammen: Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin: 359, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie: 163 und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche: 101. In 77 Einrichtungen, der ersten beiden Fachprofile gab es Überschneidungen, sodass die tatsächliche Stichprobe 546 Einrichtungen beinhaltete.

¹¹ Im Folgenden als Vereinbarungspartner bezeichnet.

¹² Bei der Kategorisierung der offenen Angaben wurden Mehrfachnennungen berücksichtigt.

den befragten Personen eine Ausweichmöglichkeit bietet und nicht zu einer unpassenden inhaltlichen Antwort drängt.

Der Fragebogen für das Handlungsfeld Kliniken, der mit dem Ziel einer guten Passung auf die Strukturen im Handlungsfeld bei gleichzeitig möglichst hoher Vergleichbarkeit entwickelt wurde, besteht jeweils aus folgenden neun Elementen:

a) Klima der Einrichtung/Organisation

Die Fragen umfassten Einschätzungen zum Umgang miteinander und zielen auf die Atmosphäre/ das Klima innerhalb der befragten Einrichtung resp. Organisation. Dazu wurden Fragen u.a. zu den Beteiligungsmöglichkeiten aufseiten der Kinder/Jugendlichen, Eltern und Mitarbeitenden, zu einer durch Unterstützung geprägten Zusammenarbeit der in den Einrichtungen bzw. Organisationen Tätigen sowie zur kollegialen Reflexion des Umgangs mit Nähe und Distanz gestellt. Um das Klima der Einrichtung bzw. Organisation zu erfassen, wurde eine Skala eingesetzt, die u.a. adaptierte, übersetzte Items aus dem *Teaching and Learning International Survey* (TALIS) beinhaltet. Dabei handelt es sich um ein validiertes Erhebungsinstrument, das von der OECD seit 2002 zur Erfassung des Schulklimas aus der Perspektive von Lehrkräften eingesetzt wird. Das Antwortformat wurde als vierstufige Skala von „stimme volle und ganz zu“ bis zu „stimme gar nicht zu“ angegeben.

b) Maßnahmen zur Prävention allgemein

Neben allgemeinen und spezifischen Beschwerdemöglichkeiten für die betreuten und begleiteten Kinder und Jugendlichen sowie für die Eltern wurden Auskünfte über Themen von Aufklärungs- und Informationsangeboten für Kinder und Jugendliche erbeten, die im letzten Jahr durchgeführt wurden.

c) Maßnahmen zur Prävention von sexualisierter Gewalt

Dieses Set an Fragen beschäftigt sich mit den spezifischen Maßnahmen, die zum Schutz vor sexualisierter Gewalt in den Einrichtungen/Organisationen entwickelt wurden (z.B. bezogen auf ein Leitbild, das entsprechende Aspekte enthält; Verhaltensregeln zum Schutz vor sexualisierter Gewalt). Daneben wird auch dem Prozess der Erstellung und der Bekanntmachung solcher Maßnahmen Beachtung geschenkt.

d) Maßnahmen zur Sensibilisierung, Qualifizierung und Auswahl des Fachpersonals

Dieser Komplex enthält Fragen zum Besuch bzw. Angebot von Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt“. Daneben wird nach internen wie auch externen Ansprechpersonen für die Beschäftigten gefragt. Schließlich findet das Thema der Personalauswahl Berücksichtigung, indem Fragen zur Thematisierung von sexualisierter Gewalt in Bewerbungsgesprächen und im Einholen eines erweiterten Führungszeugnisses gestellt wurden.

e) Umgang mit Verdachtsfällen und Akzeptanz des Schutzkonzeptes bei den Mitarbeitenden und Ansprechpersonen

Im Mittelpunkt stehen Fragen zum Vorhandensein eines Handlungsplans ebenso zum konkreten Umgang bei Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt bei verschiedenen Fallkonstellationen: (1)

Sexualisierte Gewalt durch Personal, (2) sexualisierte Gewalt unter betreuten Kindern und Jugendlichen, (3) sexualisierte Gewalt innerhalb der Familie und (4) sexualisierte Gewalt durch andere externe Personen. Weiter wurde in diesem Abschnitt nach der Akzeptanz der in der Einrichtung vorhandenen Elemente von Schutzkonzepten aufseiten der Mitarbeitenden sowie zur Umsetzung durch die Mitarbeitenden gestellt. Zudem wurde nach Ansprechpersonen gefragt, an die sich die betreuten Kinder und Jugendlichen in Fällen von sexualisierter Gewalt wenden können.

- f) Kooperation mit externen Stellen im Kontext von Kinderschutz bzw. Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Bestehende Kooperationsbeziehungen im Kontext von sexualisierter Gewalt wurden anhand einer Liste mit unterschiedlichen Institutionen und Personengruppen erfasst, wobei die Befragten angeben sollten, ob eine Kooperation besteht bzw. wie sie diese bewerteten. Daneben wurde speziell nach der Zusammenarbeit mit anderen Stellen – wie beispielsweise Trägern oder Fachberatungsstellen – bei der Entwicklung und Umsetzung von bestimmten Bestandteilen eines Schutzkonzepts gefragt (z.B. hinsichtlich Beschwerdeverfahren, Fortbildungen).

- g) Anstoß zur Entwicklung eines Schutzkonzepts

Eine Frage im Erhebungsinstrument beschäftigt sich mit impulsgebenden Aspekten für die Entwicklung eines institutionellen/organisationalen Schutzkonzepts.

- h) Analyse der institutionellen Gegebenheiten und Strukturen

Dieser Fragebogenteil beschäftigt sich mit der Bestandsaufnahme bereits vorhandener Aktivitäten und Verfahren (Potenzialanalyse). Zudem wurde auch erhoben, ob eine systematische Erfassung von Schwachstellen und Risiken innerhalb der Einrichtung/Organisation erfolgte, die sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen begünstigen.

- i) Unterstützungsbedarfe

Die Fragen beziehen sich auf Unterstützungsbedarfe zum Thema „Sexualisierte Gewalt“. Daneben wird um die Beurteilung der Wichtigkeit von bestimmten Ressourcen und Rahmenbedingungen gebeten, die die Umsetzung von Schutzkonzepten erleichtern bzw. verbessern können.

- j) Strukturdaten der befragten Einrichtung/Organisation

Zum Ende der Befragung wurden grundlegende Angaben der befragten Person (Geburtsjahr, Geschlecht, Funktion in der Einrichtung/Organisation) sowie zu deren Einrichtung/Organisation (Trägerschaft) erfasst.

Als Bearbeitungszeit für das Ausfüllen der Erhebungsinstrumente im Bereich Kliniken kann von durchschnittlich 20 Minuten ausgegangen werden. Mittels einer Filterführung wurde dafür Sorge getragen, dass die Befragungszeit möglichst knapp gehalten werden konnte.

Der Fragebogen für das erstmalig im Monitoring enthaltene Handlungsfeld des ambulanten Gesundheitswesens wurde kürzer gehalten. Im Wissen um die geringen zeitlichen Ressourcen der dort Tätigen

wurde das Ziel in einer ersten, explorativen Annäherung an das Feld gesehen. Trotz verkürzter Form ermöglicht die empirische Erhebung erstmalig ein Bild von der Umsetzung von Schutzmaßnahmen vor sexualisierter Gewalt in ärztlichen bzw. therapeutischen Praxen. Das Erhebungsinstrument für diesen Bereich besteht aus fünf zentralen Themenblöcken:

a) Strukturdaten der Praxis

Zu Beginn der Befragung wurden grundlegende Angaben zur befragten Person (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht) und deren Praxis (z.B. Fachrichtung, Altersgruppe der behandelnden Patientinnen und Patienten) erfasst.

b) Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“

Der Fragenkomplex enthält Fragen zum Besuch bzw. dem Angebot von Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt. Vertiefend wird nach den Themen, die in den Fortbildungen behandelt wurden, ebenso wie nach den ausrichtenden Organisationen gefragt.

c) Präventive Maßnahmen

Das Set an Fragen beschäftigt sich mit den spezifischen Maßnahmen, die zum Schutz vor sexualisierter Gewalt in den Praxen entwickelt wurden (z.B. bezogen auf Verhaltensregeln zum Schutz vor sexualisierter Gewalt, Beschwerdeverfahren). Daneben kommt auch der Thematisierung von sexualisierter Gewalt im Praxisalltag insgesamt Beachtung zu.

d) Umgang mit Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt

Im Mittelpunkt stehen Fragen zum Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Dabei wird danach gefragt, ob von der befragten Person bzw. im Team bereits einmal Anhaltspunkte für sexualisierte Gewalt wahrgenommen wurden. Anknüpfend an das *Bundeskinderschutzgesetz* (BKisSchG) wird angesprochen, ob bereits einmal bestehende Beratungsansprüche gegenüber dem Jugendamt genutzt wurden. Schließlich wird auch nach weiteren Unterstützungswünschen hinsichtlich des Umgangs mit Verdachtsfällen gefragt.

e) Bedarfe bei der Prävention und beim Umgang mit Fällen (vermuteter) sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Zum Abschluss stehen Fragen, die sich auf weitere Wünsche und konkrete Angebote der Unterstützung beziehen.

Durchführung der Befragung und Datenerhebung

Die standardisierte Befragung in den genannten Handlungsfeldern wurde vom SOKO Institut durchgeführt. Zu Beginn der Feldphase erhielten alle ausgewählten Einrichtungen/Organisationen (Bruttostichprobe) einen Brief mit den Unterlagen für die Leitungskräfte. Die Unterlagen setzten sich aus Folgendem zusammen:

- ▶ Anschreiben, das Informationen zu den Rahmenbedingungen der empirischen Untersuchung enthielt (z.B. zeitlicher Aufwand zur Bearbeitung des Fragebogens, Datenschutzbestimmung, Anlass und Zielsetzung der Studie)
- ▶ Motivationsschreiben des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung* (Herr Rörig) mit einer Übersicht der Vereinbarungspartner
- ▶ Handlungsfeldspezifischer Fragebogen.

Dabei wurden die angeschriebenen Personen gebeten, den schriftlichen Fragebogen bzw. das über einen Zugangscode verfügbare Online-Instrument auszufüllen. Auf Wunsch konnten die Befragung auch von Beginn an als Telefoninterview bzw. Face-to-Face-Interview geführt werden. Zwei bis drei Wochen nach dem Erstanschreiben wurden die Einrichtungen bzw. Organisationen, die den Fragebogen zu diesem Zeitpunkt noch nicht zurückgesendet hatten, telefonisch durch das SOKO Institut kontaktiert. Bei Einrichtungen bzw. Organisationen, die bei diesem Kontakt signalisieren, dass sie an der Studie nicht teilnehmen möchten, wurden die Ausfallgründe dokumentiert (vgl. Tabelle 3).

Mithilfe der Nummerierung der befragten Einrichtungen/Organisationen (ID) konnte systematisch nacherhoben werden, ohne die Einrichtungen/Organisationen doppelt für die Teilnahme anfragen zu müssen. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte anonym und war für alle Befragten freiwillig. Nachfassaktionen, die telefonisch erfolgten, wurden in allen hier genannten Handlungsfeldern durchgeführt, um die angestrebten Fallzahlen bzw. Quoten zu erreichen. Die intensive Nutzung von Telefoninterviews – vor allem während der Nachfassaktionen – zeigt sich in dem verhältnismäßig hohen Anteil dieser bei der Methodenwahl. Dementsprechend wurden die Befragungen im Handlungsfeld der Kliniken 29,7 % telefonisch umgesetzt. Im Handlungsfeld des ambulanten Gesundheitswesens zeigte sich eine eindeutige Präferenz für den Papierfragebogen, indem beinahe 90 % der Befragten diesen wählten. Die durchschnittliche Dauer für die standardisierten Telefoninterviews betrug bei den Kliniken zwischen 25 und 44 Minuten, während im Feld des ambulanten Gesundheitswesens – vor dem Hintergrund eines kürzeren Erhebungsinstruments – ein Telefoninterview durchschnittlich 10 Minuten in Anspruch nahm (vgl. Abschnitt II.3).

Tabelle 3: Ausfallgründe nach Handlungsfeldern

Handlungsfeld	Gesamtzahl der telefonischen Kontaktaufnahmen (Telefoninterviews)	Ausfallgründe (in Prozent)
Kliniken bzw. Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche	426 (48)	Nicht erreicht: 272 (63,9 %)
		Verweigerung: 99 (23,2 %)
		Falsche Nummer: 7 (1,6 %)
ambulanter Gesundheitsbereich	824 (35)	Nicht erreicht: 424 (51,5 %)
		Verweigerung: 295 (35,8 %)
		Falsche Nummer: 70 (8,5 %)
		Nicht Zielgruppe: 13*

Anm.: Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl an telefonisch kontaktierte Einrichtungen bzw. Praxen.

*Diese Angabe bezieht sich auf Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten, die sich selbst bei der SOKO GmbH bzw. beim DJI meldeten. Dementsprechend werden diese nicht bei der Gesamtzahl der telefonischen Kontaktaufnahmen berücksichtigt bzw. können keine Prozentangaben gemacht werden.

A. Kliniken

A1. Stichprobe

Bei einer Stichprobengröße von 165 Kliniken waren 70,9 % Somatische Kliniken, 32,7 % Psychiatrische Kliniken und 14,5 % Rehakliniken.¹³ Die vorliegende Stichprobe setzt sich mehrheitlich aus Kliniken bzw. Kliniken mit Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche zusammen (79,0 %). In knapp jedem fünften Fall handelt es sich um eine Klinik mit einer gemeinsamen Fachabteilung bzw. mit gemeinsamen Fachabteilungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. 9,9 % der Stichprobe sind entsprechend dem medizinischen Profil eine Rehabilitationseinrichtung (n = 162).

Durchschnittlich wurden im Jahr pro Klinik 2.886 Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Dabei hatten manche Kliniken 65 zu behandelnde Kinder und Jugendliche, andere bis 35.000 (n = 141). Die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen ist dabei fast ausgewogen (m = 50,5 %). Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Behandlungen ab. Durchschnittlich 1.274 Kinder bis zu sechs Jahren wurden pro Klinik im Jahr 2015 behandelt (n = 70), Kinder zwischen sechs und 13 Jahren wurden deutlich seltener stationär behandelt (708 Kinder im Mittel; n = 70) ebenso Jugendliche zwischen 14 und 19 Jahren (479 Jugendliche im Mittel; n = 70). Im Mittel befanden sich im Jahr 2015 lediglich 66 junge Erwachsene im Alter von 20 bis 27 Jahre pro Klinik in stationärer Behandlung (n = 72).

Im Durchschnitt wurden die Kinder und Jugendlichen laut der Angaben der befragten Kliniken von insgesamt 25 Ärztinnen und Ärzten behandelt bzw. medizinisch betreut, wobei die Spannweite von einer bis zu 197 Ärztinnen bzw. Ärzten reicht (n = 129). Pflegerisches Personal ist deutlich häufiger vertreten (im Durchschnitt 78 pro Klinik). Auch hier ist eine sehr große Spannweite von lediglich einer Person bis zu 500 Personen zu verzeichnen (n = 130),¹⁴ Psychologisches Personal ist nur selten vorhanden. Pro Klinik sind rund sechs Beschäftigte im psychologischen Bereich tätig (n = 130), in 6,9 % der Kliniken ist kein psychologisches Personal vorhanden (n = 9). Pädagogisches Personal (z.B. Sozialdienst) ist in 8,2 % der Kliniken nicht vorhanden (n = 10). Pro Klinik sind im Mittel sechs Personen im pädagogischen Bereich tätig (n = 122). Kinderschutzgruppen¹⁵ gibt es in mehr als jeder zweiten Klinik (55,2 %; n = 91).¹⁶

Von den Teilnehmenden waren 55,1 % männlich (n = 87) und 44,9 % weiblich (n = 71). Durchschnittlich sind die antwortenden Personen 49 Jahre alt, wobei die jüngste teilnehmende Person im Jahr 1987, die älteste 1952 geboren wurde (n = 150). Am häufigsten wurde der Fragebogen von einer leitenden

¹³ Mehrfach erfolgte eine Zuordnung als somatische und psychiatrische Klinik.

¹⁴ Bei Kliniken, die lediglich eine Ärztin oder einen Arzt angaben, handelt es sich um Rehabilitationseinrichtungen.

¹⁵ Kinderschutzgruppen an Kliniken bzw. in Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche ermöglichen durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung einen (inter)professionellen Umgang bei Verdachtsfällen einer Kindeswohlgefährdung mit den oftmals komplexen Behandlungsbedarfen und rechtlichen Herausforderungen (vgl. dazu auch: Thun-Hohenstein 2016). Anhand strukturierter Abläufe werden Diagnosen, die Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung nahelegen, innerhalb eines innerklinischen, multiprofessionellen Teams, die sich je nach regionaler Verfügbarkeit aus ärztlichen und nicht-ärztlichen Personen zusammensetzen, abgeklärt (vgl. Herrmann u.a. 2016).

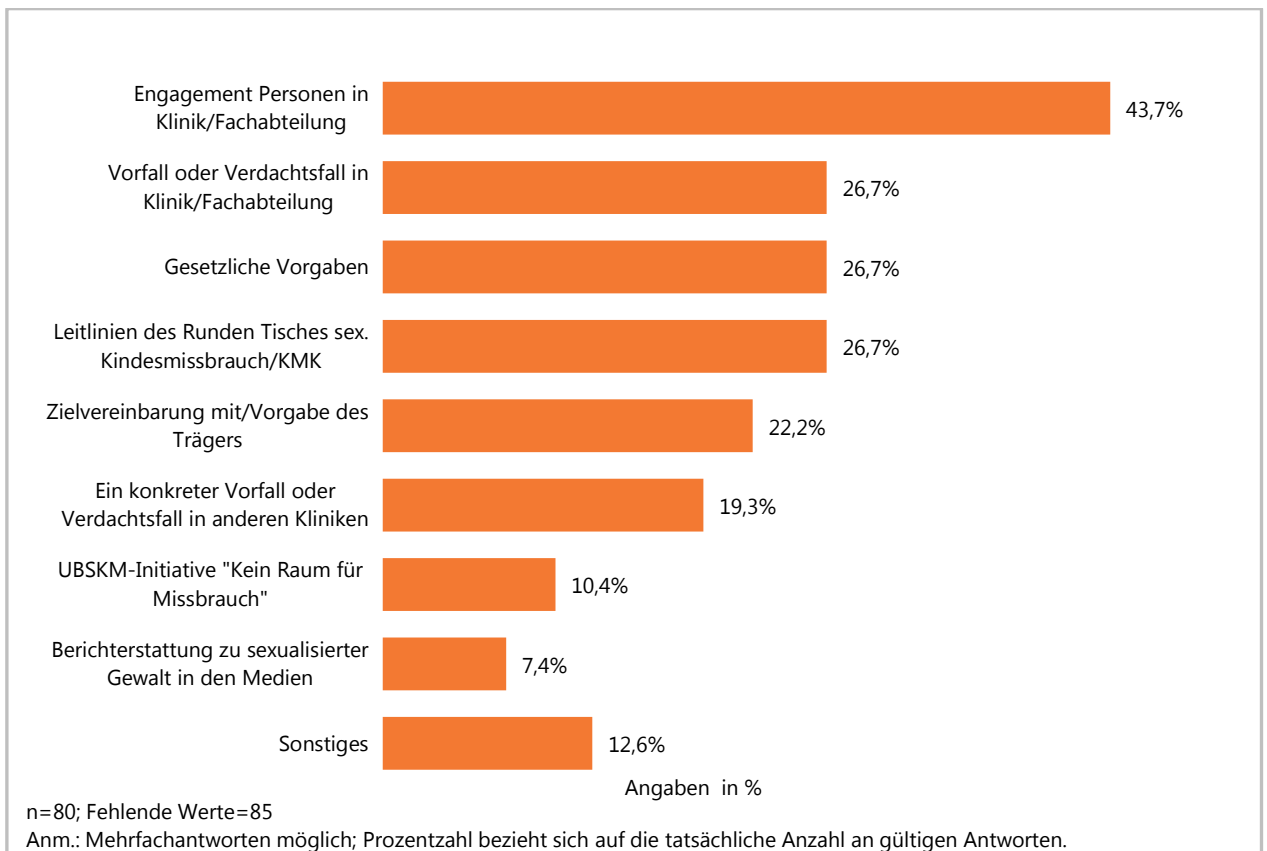
¹⁶ Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Beschäftigten, nicht auf Vollzeitäquivalente.

Ärztin bzw. einem leitenden Arzt ausgefüllt (36,3 %; n = 58) oder der Klinikleitung (26,9 %; n = 35,2). Weniger häufig unter den Teilnehmenden vertreten sind Personen aus der Pflege- und Erziehungsdienstleistung (8,1 %; n = 13), Ärztinnen oder Ärzte ohne leitende Funktion (8,8 %; n = 14), Präventionsbeauftragte (1,3 %; n = 2) oder Mitarbeitende in der Personalabteilung (1,3 %; n = 2). Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 21,18 Jahre mit einer Spannweite von einem bis 47 Jahren Berufserfahrung.

A2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts

48 % der Kliniken sahen sich im Besitz eines Schutzkonzeptes und beantworteten Fragen zu dessen Genese. Den Anstoß für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes gab in diesem Handlungsfeld vor allem das besondere Engagement einer Einzelperson bzw. einer Personengruppe (43,7 %). Leitlinien des *Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch*, gesetzliche Vorgaben bzw. ein konkreter Vorfall oder Verdachtsfall innerhalb der Klinik führten bei rund einem Viertel der Einrichtungen zur Entwicklung eines Schutzkonzeptes (jeweils 26,7 %). Fast ebenso häufig dienten Zielvereinbarungen mit/Vorgabe des Trägers als Anstoß (22,2 %). Als weitere Anlässe wurden ein Vorfall oder Verdachtsfall in anderen Kliniken (19,3 %), die Initiative „Kein Raum für Missbrauch“ des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (10,4 %), die Berichterstattung zu sexualisierter Gewalt in den Medien (12,6 %) oder sonstige Anstöße genannt (12,6 %) (n = 135) (vgl. Abbildung A1).

Abbildung A1: Anstoß zur Entwicklung des Schutzkonzeptes



A3. Potenzial- und Risikoanalyse

Eine systematische Bestandsaufnahme bereits vorhandener Aktivitäten und Verfahren kann einen Überblick über Potenziale geben und als Ausgangspunkt bei der Entwicklung eines Schutzkonzeptes dienen. 25,6 % der Kliniken berichten von einer solchen Potenzialanalyse, zwei Drittel der Kliniken verneinen eine Bestandsaufnahme (68,6 %). 10,4 % der Kliniken ohne Potenzialanalyse planen eine solche in den nächsten zwölf Monaten (n = 164).

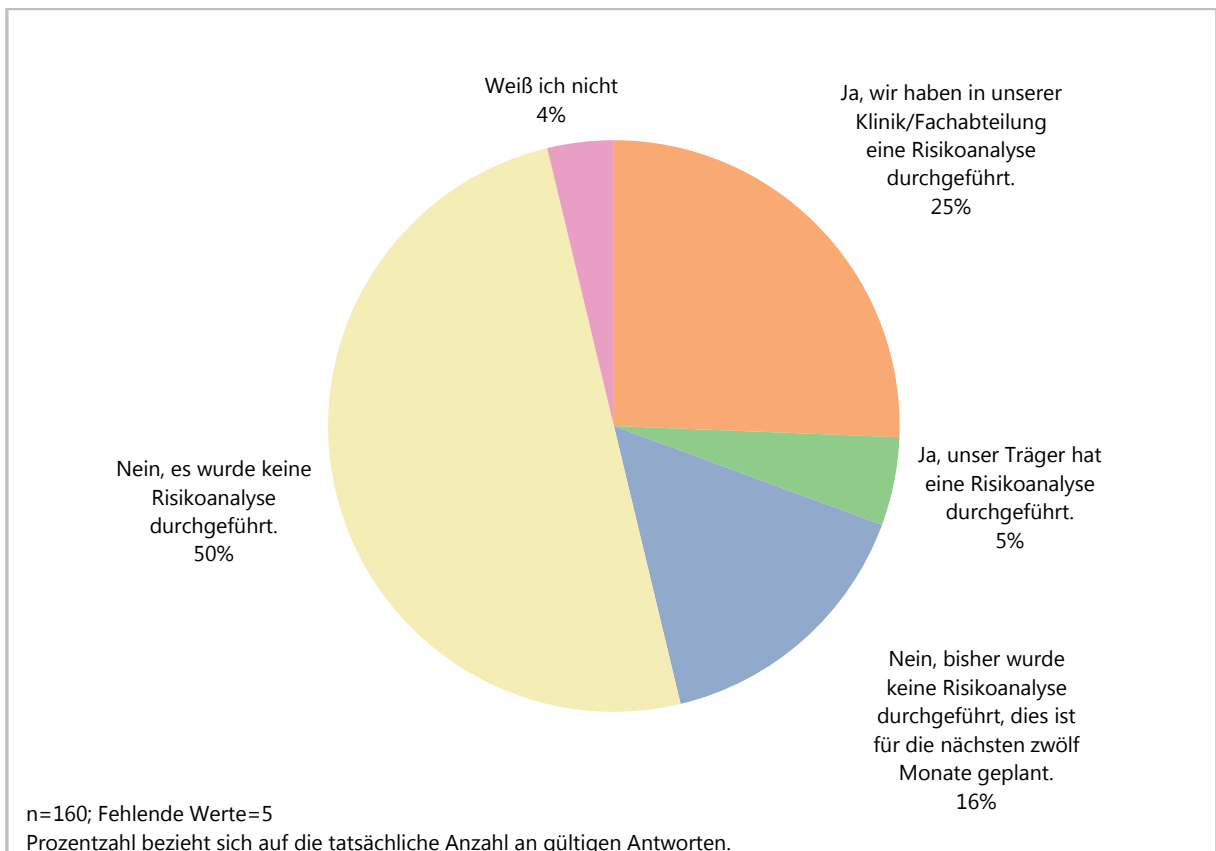
Kliniken, die bereits eine *Potenzialanalyse* durchführt haben, prüften dabei am häufigsten vorhandene Fortbildungen für Mitarbeitende (82,9 %) bzw. vorhandene Beschwerdeverfahren (80,5 %). Ähnlich oft wurden Anknüpfungspunkte in Handlungsplänen für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung (78,0 %) sowie Kooperationen mit anderen Institutionen (78,0 %) gesucht. Weniger oft wurden die Verankerung grundlegender Prinzipien des Miteinanders im Leitbild gesehen (56,1 %) und die Angebote für Kinder und Jugendliche (29,3 %) sowie die Partizipationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche (24,4 %) als Themen der Potenzialanalyse genannt (n=41) (vgl. Abbildung A2).

Abbildung A2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden



Neben einer Potenzialanalyse können auch Schwachstellen und Risiken in der Klinik, die sexualisierte Gewalt begünstigen, betrachtet werden und als Grundlage für Anpassungen und Veränderungen dienen. Insgesamt wurde eine solche Analyse in 41 Kliniken bzw. Fachabteilungen (25,6 %) durchgeführt, bei acht Einrichtungen hat dies der Träger übernommen (5,0 %). Über die Hälfte aller Kliniken analysierten ihre Strukturen bisher noch nicht im Hinblick auf Risiken (65,6%) (n = 160) (vgl. Abbildung A3).

Abbildung A3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)



Bei einer bereits durchgeführten *Risikoanalyse* wurde vor allem betrachtet, ob besondere Situationen oder Räumlichkeiten die Ausübung sexualisierter Gewalt durch das Klinikpersonal begünstigen (jeweils 84,8 %). Situationen, welche die Ausübung sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen begünstigten, fokussierten 78,3 % der Kliniken. Fast gleich häufig gaben Kliniken den Aspekt der Kommunikation und den Umgang des Klinikpersonals mit Kindern und Jugendlichen als Thema der Risikoanalyse an (76,1 %). Weiterhin wurde analysiert, inwieweit besondere Abhängigkeitsverhältnisse zwischen dem Klinikpersonal und den Kindern und Jugendlichen die Ausübung sexualisierter Gewalt begünstigen (71,7 %), ob von sexualisierter Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in der Klinik eine Ansprechperson finden, die ihnen weiterhelfen kann (58,7 %), ob besondere Abhängigkeitsverhältnisse unter Kindern und Jugendlichen bestehen (54,3 %), ob die Kommunikation und der Umgang unter Kindern und Jugendlichen die Ausübung sexualisierter Gewalt begünstigt (50,0 %) (n = 46).¹⁷ Bei dem zuletzt genannten Aspekt zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den einbezogenen Fachrichtungen der Kliniken. So wurde dieser Aspekt nur in 3,4 % der Somatischen Kliniken, jedoch in 41,7 % der Psychiatrischen Kliniken und in 25,0 % der Rehakliniken betrachtet (p<.001).¹⁸

¹⁷ Mehrfachantworten waren möglich.

¹⁸ Vertiefte Analysen werden nur dann berichtet, wenn sie mit hoch signifikanten Ergebnissen einhergehen.

Bei der Durchführung suchten sich 68,3 % der Kliniken mit Risikoanalyse externe Unterstützung. Am häufigsten wurde dabei mit dem Träger der Klinik (60,7 %) kooperiert. Fachberatungsstellen standen bei 39,3 % der Kliniken unterstützend zur Seite, bei 32,1 % das Jugendamt. Mit sonstigen Stellen kooperierten 10,7 % der Kliniken (n = 28).¹⁹

A4. Prävention allgemein

Als ein allgemeines präventives Prinzip gegen äußerst verschiedene Missstände, einschließlich sexualisierter Gewalt, kann die Partizipation gezählt werden. 81,0 % der Kliniken, die Fragen hierzu beantwortet hatten, gaben an, dass sie sich bemühen, Kindern und Jugendlichen Gehör zu verschaffen. 40,9% dieser Kliniken nutzen dazu verschiedene Gremien (z.B. Stationsbesprechungen). Andere Verfahren (z.B. anonymer Briefkasten, Evaluationsfragebögen) stehen Kindern und Jugendlichen in 95,9 % der Kliniken mit partizipativer Orientierung zur Verfügung (n = 132).²⁰

Nahezu durchgängig berichten die teilnehmenden Kliniken, dass sie Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines geregelten Beschwerdeverfahrens eine Möglichkeit anbieten, Kritik zu äußern und auf Probleme aufmerksam zu machen (84,2 %). Dabei wurde die Möglichkeit in analoger Form am häufigsten angegeben (84,9 %). Ansprechpersonen (64,7 %) und digitale Formen (39,6 %) sind weniger verbreitet (n = 139).²¹ Dabei können vor allem Psychiatrische Kliniken (83,3 %) und Rehabilitationseinrichtungen (70,8 %) auf eine Ansprechperson zurückgreifen. Somatische Kliniken (41,4 %) berichten signifikant seltener davon, Ansprechpersonen als Teil eines geregelten Beschwerdeverfahrens etabliert zu haben (p<.001). Alle Kliniken mit geregeltem Beschwerdeverfahren zusammen schilderten für das vergangene Jahr 296 Beschwerden, im Durchschnitt waren es 4,62 Beschwerden pro Klinik (n = 64).

A5. Prävention sexualisierter Gewalt

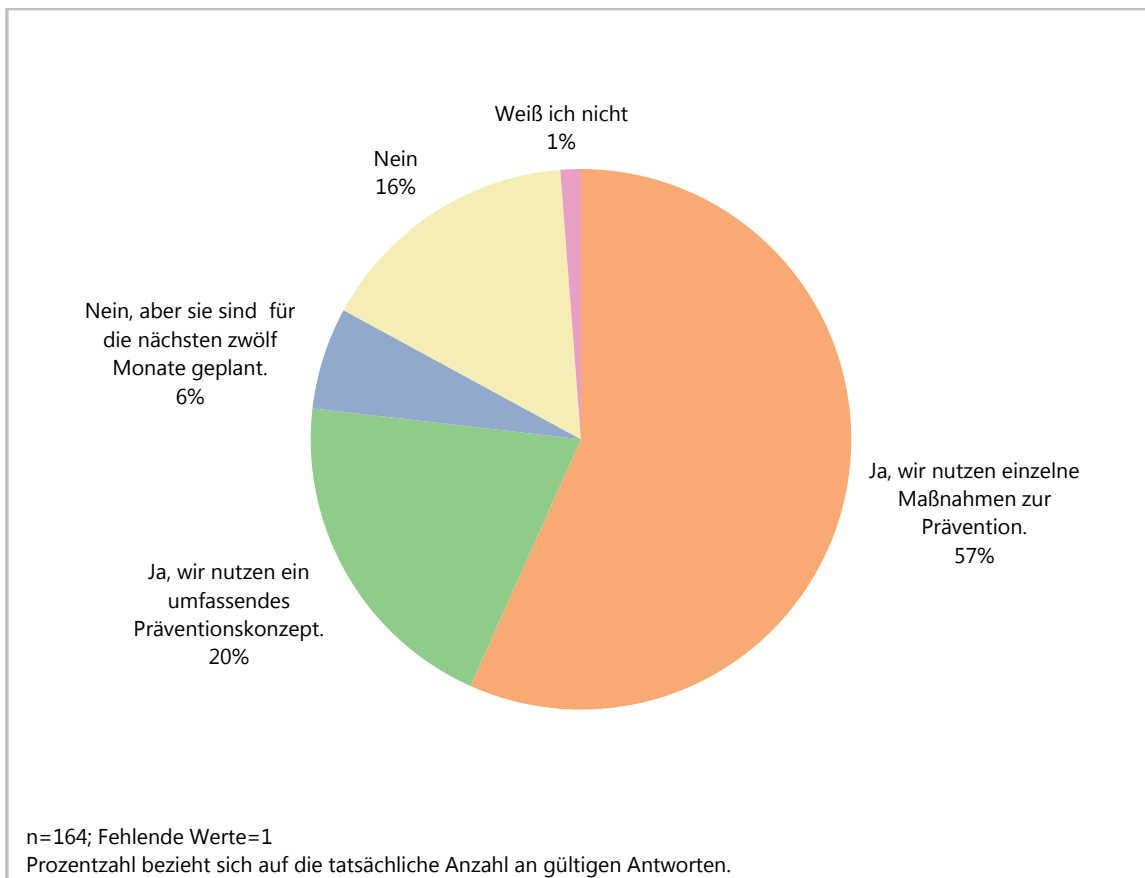
Spezifische Maßnahmen zur Prävention sexualisierter Gewalt (z.B. Fortbildungen, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner) berichten 56,7 % der Kliniken. Weitere 20,1 % der Kliniken verfügen ihrer eigenen Einschätzung nach sogar über ein umfassendes Präventionskonzept. 6,1 % der Kliniken, die bisher keine Präventionsansätze verfolgen, planen dies in den nächsten zwölf Monaten (n = 164) (vgl. Abbildung A4).

¹⁹ Mehrfachantworten waren möglich.

²⁰ Mehrfachantworten waren möglich.

²¹ Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung A4: Ansätze zur Prävention sexualisierter Gewalt in den befragten Kliniken



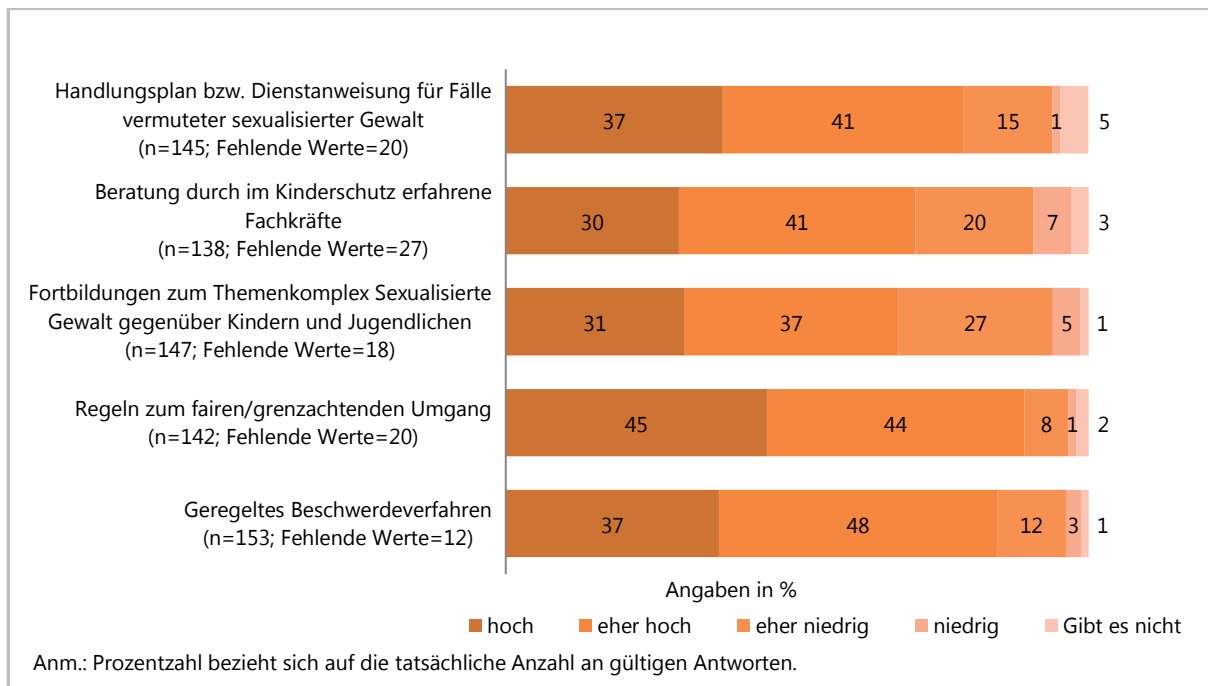
Die Befragten beurteilten die Möglichkeit ihrer Klinik zur Prävention sexualisierter Gewalt von Personal gegenüber Kindern und Jugendlichen im Mittel als „gut“ (M = 4,05).²² Die Möglichkeit zur Prävention sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen wurde etwas „weniger gut“ bewertet (M = 3,63). Immerhin noch mittelmäßig sehen die Befragten ihre Möglichkeit zur Prävention sexualisierter Gewalt in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen (M = 3,27; n = 116).

Nach der Selbsteinschätzung²³ der Befragten zum Umsetzungsgrad von fünf Elementen von Schutzkonzepten ist dieser für jedes einzelne Element mehrheitlich „hoch“ bis eher „hoch“ (n = 110) (vgl. Abbildung A5). 33,9 % der Einrichtungen, die diese Fragen beantwortet haben, schreiben sich bei allen abgefragten Elementen einen „eher hohen“ oder „hohen“ Umsetzungsgrad zu.

²² Hier konnten die Befragten auswählen zwischen sehr schlecht (=1) bis hin zu sehr gut (=5).

²³ Die Befragten hatten die Auswahlmöglichkeit von hoch (=1) bis niedrig (=4).

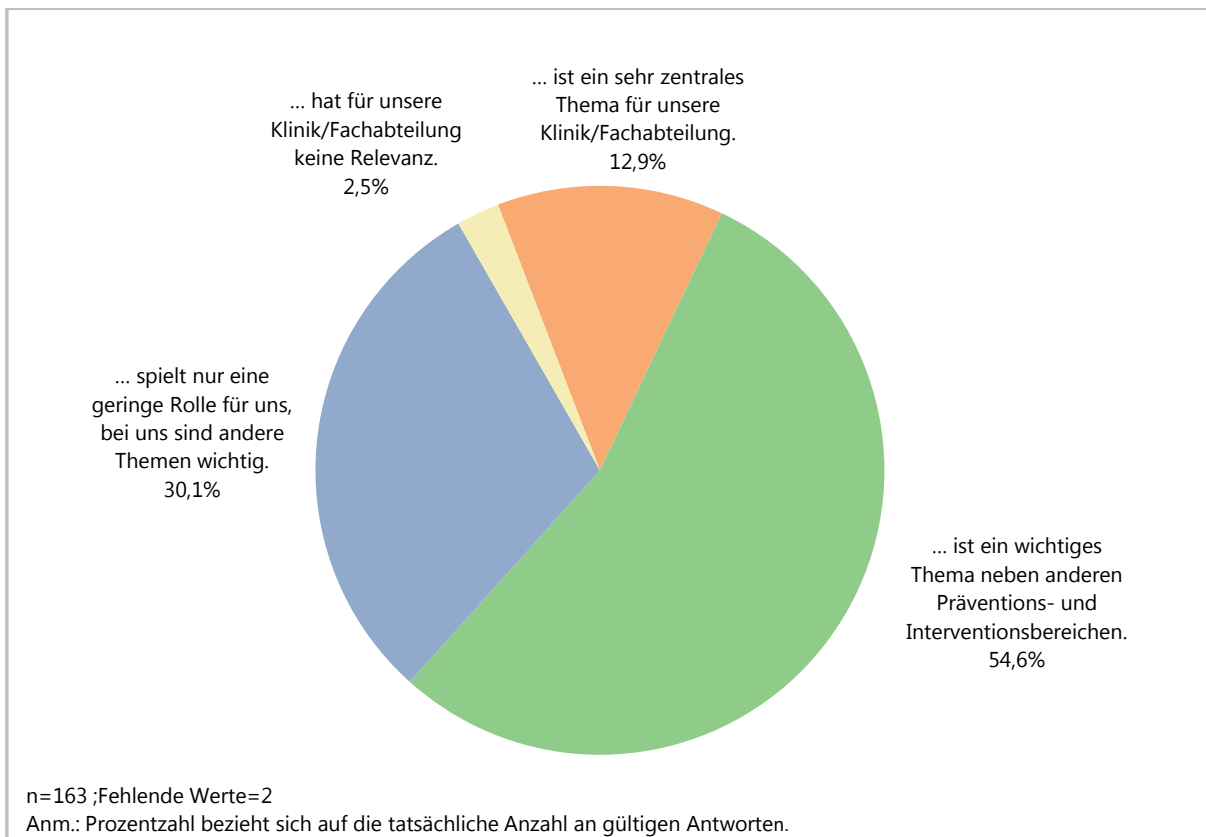
Abbildung A5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in Kliniken²⁴



Viele Kliniken sehen eine relativ hohe Relevanz des Themas für sich. So geben 54,6 % an, das Thema Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen sei, neben anderen Präventions- und Interventionsbereichen, ein wichtiges Thema. Für ein Zehntel der Kliniken bzw. Fachabteilungen stellt es ein zentrales Thema dar (12,9 %). Eine geringe Rolle spielt das Thema in rund jeder dritten Klinik (30,1 %), gar keine Relevanz sprachen 2,5 % der Einrichtungen dieser Thematik zu (n = 163) (vgl. Abbildung A6).

²⁴ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

Abbildung A6: Einschätzung der Relevanz des Themas "Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen"



Ein bestehendes geregeltes Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche in Kliniken ist, nach Angaben der Auskunftspersonen, ganz überwiegend (69,9 %) auch für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht. In rund jeder fünften Klinik ist dies nicht der Fall (22,8 %) und 7,4 % der Befragten sind sich nicht sicher, ob das bestehende geregelte Beschwerdeverfahren auch für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht ist (n = 136).

Interne Ansprechpersonen für Beschäftigte zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ sind in 75,0 % der Kliniken vorhanden. Am häufigsten ist diese in der Leitung angesiedelt (25,6 %) oder es existiert eine spezifisch qualifizierte Mitarbeiterin bzw. ein spezifisch qualifizierter Mitarbeiter (25,6 %). Weniger häufig gibt es Ansprechpersonen aus einem speziell für dieses Thema zuständigen Arbeitskreis (12,5 %) oder in der Personalvertretung (2,5 %). In 8,8 % der Kliniken sehen die Auskunftspersonen gleichermaßen jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter als ansprechbar an. 35 Kliniken berichten, bisher keine interne Ansprechperson etabliert zu haben, 6,9 % aller Kliniken planen dies jedoch in den nächsten zwölf Monaten (n = 160).

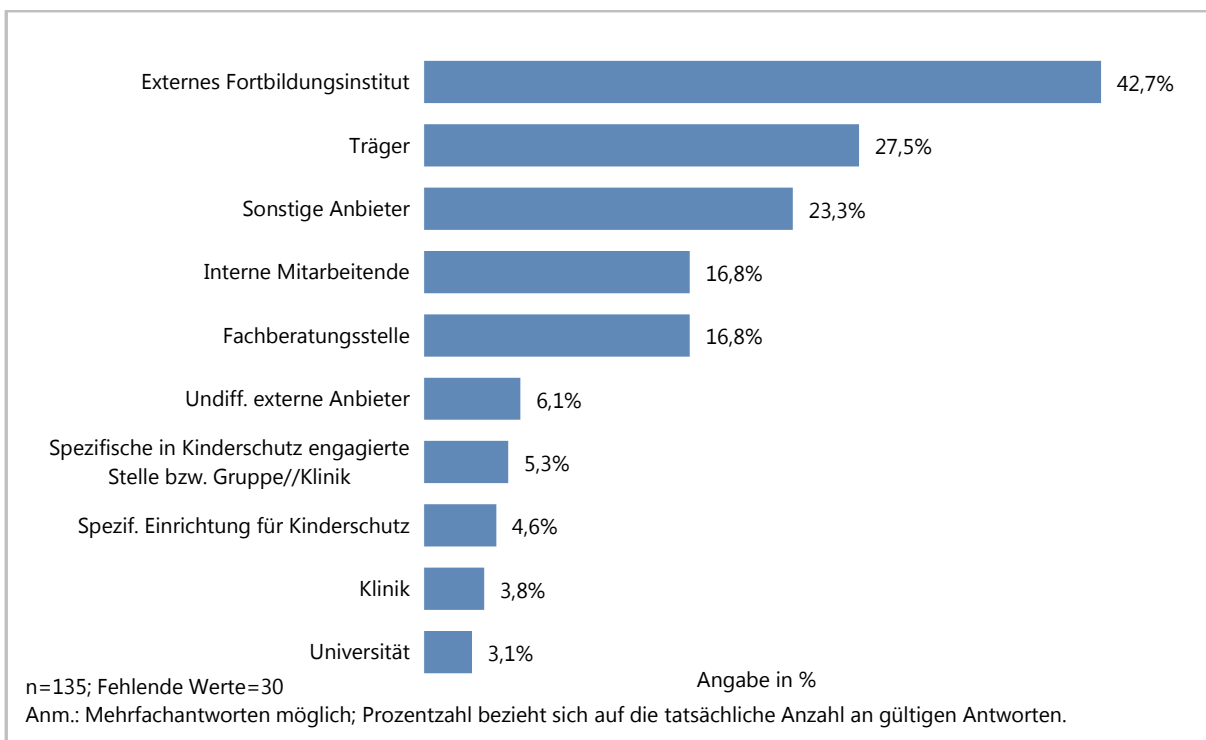
68,5 % der Kliniken geben an, eine externe Ansprechperson für Beschäftigte zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ benannt zu haben. Sofern dies der Fall ist, sind diese häufig beim Jugendamt angesiedelt (72,6 %). Jede zweite Klinik hat eine externe Ansprechperson bei

einer Fachberatungsstelle (54,9 %), beim Träger jede fünfte (24,8 %) (n = 113).²⁵ Eine externe Ansprechperson zu benennen, planen 5,5 % aller Kliniken in den nächsten zwölf Monaten.

Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“, die zur Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals dienen, werden von 82,4 % der Kliniken berichtet (n = 136). Diese wurden vor allem von Ärztinnen und Ärzte besucht (91,9 %). Neben Leitungen (53,7 %) besuchten teilweise auch Mitarbeitende der Verwaltung und des medizinisch-technischen Bereichs Fortbildungen zu diesem Themenkomplex (44,9 %). Sozialpädagogisches Personal erhielt in rund drei Viertel der Kliniken Fortbildungen speziell zum Thema (62,5 %), ebenso Ehrenamtliche (24,3 %) (n = 136).²⁶

Durchgeführt wurden Fortbildungen zu sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen vor allem durch externe Fortbildungsinstitute (42,7 %). Auch der Träger (27,5 %) wird als Anbieter genannt, ebenso Fachberatungsstellen (16,8 %) und interne Mitarbeitende (16,8 %). Die Kategorie nicht näher spezifizierter weiterer Anbieter wurden relativ häufig angekreuzt (22,9 %), was darauf hindeutet, dass wichtige Gruppen von Anbietern in den vorgegebenen Antwortalternativen gefehlt haben (n = 135) (vgl. Abbildung A7).

Abbildung A7: Anbieter der Fortbildungen



²⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

²⁶ Mehrfachantworten waren möglich.

Der Aufgabe, Leitbilder als einen Aspekt des Schutzkonzeptes zu formulieren, haben sich 59,4 % der Kliniken, von denen Angaben vorliegen, angenommen. Wird unterstellt, alle Kliniken, zu denen Antworten fehlen, hätten kein Leitbild, sinkt dieser Anteil auf 35,8%. Sofern ein Leitbild vorhanden ist, wurde dies bei 59,2 % zumindest teilweise auf Trägerebene entwickelt, und bei 53,1 % der Leitbilder handelt es sich zumindest teilweise um eine Eigenentwicklung (n = 98).²⁷ Ein Leitbild zu entwickeln, planen 10,3 % aller Einrichtungen, von denen Angaben vorliegen, bzw. 6% aller 165 teilnehmenden Kliniken.

Ähnlich sieht es bei schriftlich niedergelegten Verhaltensregeln zu einem fairen und Grenzen achtenden Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der Klinik aus. Hier wurde für etwas mehr als jede zweite Klinik angegeben, solche Verhaltensregeln seien etabliert (51,5 %). 38,2 % verneinen schriftliche Verhaltensregeln, 10,3 % aller Kliniken haben jedoch in den nächsten zwölf Monaten vor, solche Regeln zu entwickeln (n = 165). Dabei können vor allem Psychiatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen auf Verhaltenskodexe zurückgreifen, während diese in Somatischen Kliniken noch eher unüblich sind (91,7 % vs. 79,2 % vs. 33,3 %, p<.001).

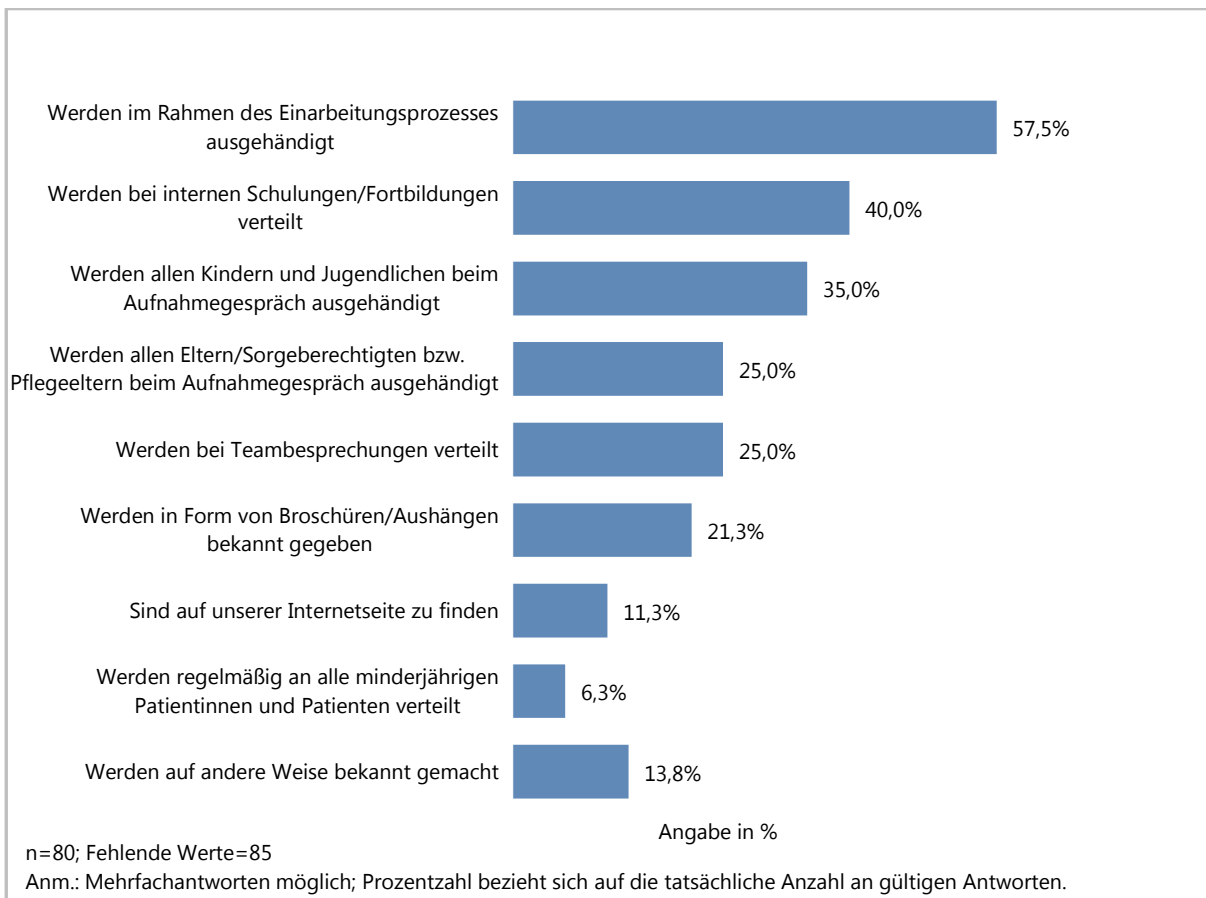
Bei Kliniken mit bereits entwickelten und verschriftlichten Verhaltensregeln ist dort am häufigsten der Aspekt zum Schutz von minderjährigen Patientinnen und Patienten vor sexualisierter Gewalt durch das Klinikpersonal berücksichtigt (77,4 %; n = 84). Rund zwei Drittel der bestehenden Verhaltensregeln berücksichtigen den Schutz von minderjährigen Patientinnen und Patienten untereinander (64,2 %; n = 81). Am seltensten wird der Aspekt des Schutzes von Klinikpersonal vor sexuellen Grenzverletzungen durch minderjährige Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Dies findet in weniger als der Hälfte der Regelwerke Beachtung (46,3 %; n = 80).

Vorhandene schriftliche Verhaltensregeln werden unterschiedlich bekannt gemacht (vgl. Abbildung A8). In mehr als jeder zweiten Klinik mit einem solchen Kodex wird dieser den Mitarbeitenden im Rahmen des Einarbeitungsprozesses ausgehändigt (57,5 %). Weniger häufig erhalten die Mitarbeitenden Informationen über die Verhaltensregeln bei internen Schulungen oder Fortbildungen (40,0 %) oder in Teambesprechungen (25,0 %). Mit Kindern und Jugendlichen werden vorhandene Verhaltensregeln in 35,0 % der Kliniken beim Aufnahmegespräch thematisiert, mit Eltern bzw. Sorgeberechtigten in jeder vierten Klinik, die über ein solches Regelwerk verfügt (25,0 %). Weiterhin werden Verhaltensregeln teilweise in Form von Broschüren oder Aushängen (21,3 %) bzw. auf Internetseiten (11,3 %) bekannt gemacht (n = 80)²⁸.

²⁷ Mehrfachantworten waren möglich.

²⁸ Mehrfachantworten waren möglich. Die Werte beziehen sich auf die Angaben von Personen, die die Verhaltensregeln bereits bekannt machen.

Abbildung A8: Thematisierung erstellter Verhaltensregeln



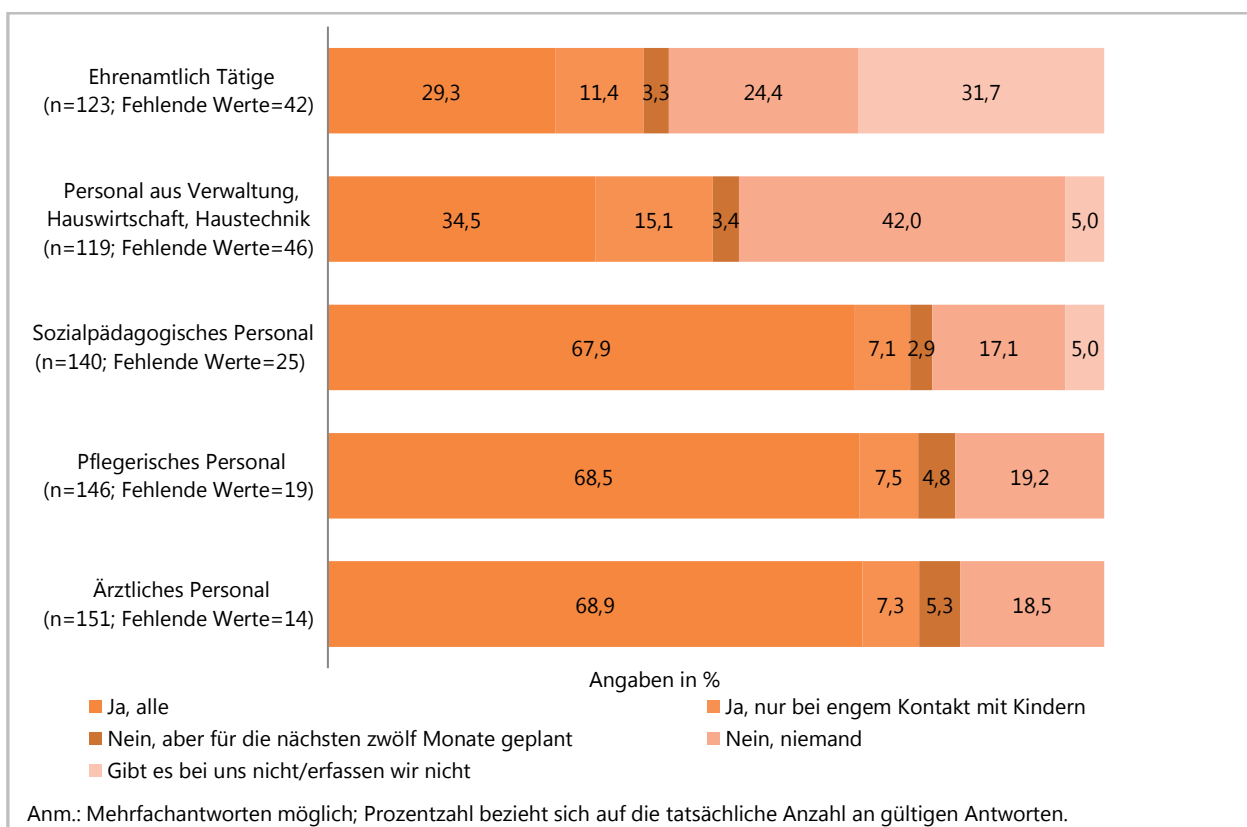
Um das Personal zu sensibilisieren, kann die Wichtigkeit des Themas *Sexualisierte Gewalt* in *Bewerbungsgesprächen* thematisiert werden. Die meisten Kliniken gaben an, den Schutz von minderjährigen Patientinnen und Patienten vor sexualisierter Gewalt selten (33,1 %) oder nie (38,2 %) in Bewerbungsgesprächen zum Thema zu machen. Für 11,5 % der Kliniken wurde dagegen berichtet, das Thema werde häufig in Bewerbungsgesprächen angesprochen. Für immerhin 17,2 % der Kliniken wurde angegeben, der Schutz von Kindern und Jugendlichen werde regelhaft und bei jedem Bewerbungsgespräch thematisiert (n = 157).

Auch die Vorlage erweiterter *polizeilicher Führungszeugnisse* kann dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt dienen. Ärztliches Personal muss in 68,9 % der Kliniken ein solches Führungszeugnis vorlegen, in 7,3 % der Kliniken nur bei engem Kontakt zu Kindern. Für 18,5 % der Kliniken, wurde die Frage nach der Vorlage eines Führungszeugnisses für ärztliches Personal verneint und weitere 5,3 % planen eine Vorlagepflicht für ärztliches Personal in den nächsten zwölf Monaten einzuführen (n = 151).

Ähnlich sieht es beim *pflegerischen Personal* aus. Mit nahezu identischen Prozentzahlen gaben rund zwei Drittel der Befragten für ihre Klinik an, dass ein erweitertes Führungszeugnis regelhaft verlangt wird (68,5 %), bzw. in 7,5 % der Kliniken nur, wenn ein enger Kontakt zu Kindern und Jugendlichen be-

steht (n = 146). Auch bei den anderen beiden Antwortkategorien bestehen kaum Unterschiede zur Situation beim *ärztlichen Personal* (geplante Einführung einer Vorlagepflicht; 4,8%, keine Vorlage: 19,2%). Fast ebenso häufig wird das *sozialpädagogische Personal* aufgefordert, ein erweitertes Führungszeugnis vorzulegen (67,9 %). In 7,1 % der Kliniken wird dies jedoch nur verlangt, wenn ein enger Kontakt zu Kindern und Jugendlichen vorhanden ist (n = 133). Das *Personal aus der Verwaltung* wird nur in jeder dritten Klinik nach einem Führungszeugnis gefragt (34,5 %). Hier wird deutlich, dass im Vergleich zu den sonstigen Beschäftigten die Vorlage des Führungszeugnisses vor allem bei engem Kontakt zu Kindern und Jugendlichen verlangt wird (15,1 %). Häufig jedoch müssen diese Beschäftigten gar kein Führungszeugnis vorlegen (42,0 %) (n = 113). Ehrenamtliche müssen dies in 42,9 % der Kliniken tun bzw. in 16,7 % nur bei engem Kontakt (n = 84) (vgl. Abbildung A9).

Abbildung A9: Personengruppen, die ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen²⁹



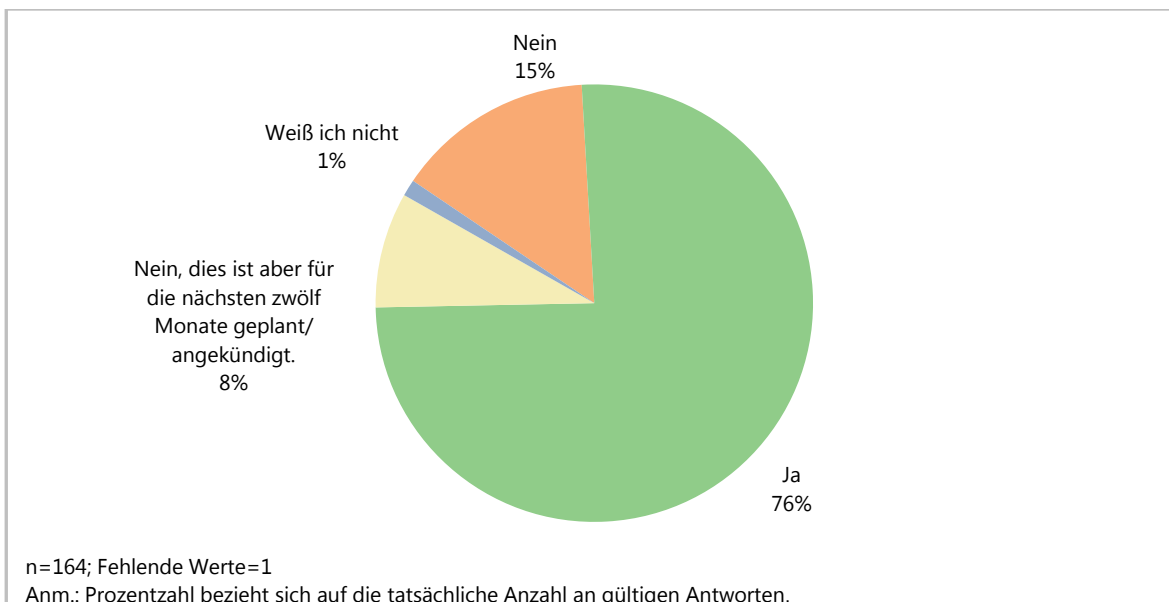
Von allen genannten Personengruppen verlangen regelhaft 24,8 % der Kliniken Führungszeugnisse, 14,5 % der Kliniken tun dies für vier Personengruppen bzw. drei (21,8 %) oder zwei (6,7 %). Von keiner der genannten Personengruppen werden in 26,7 % der Kliniken, zu denen Angaben vorliegen, Führungszeugnisse verlangt.

²⁹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

A6. Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt

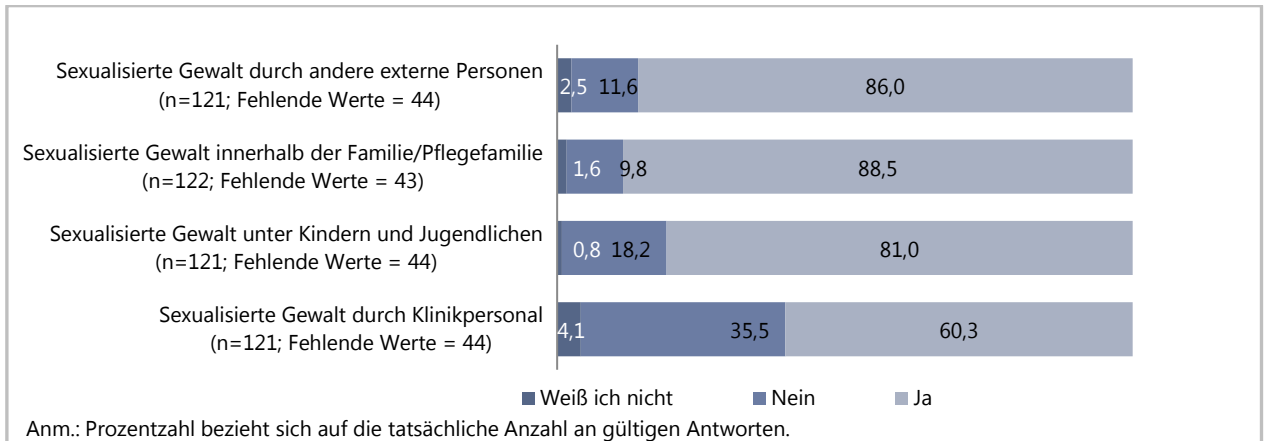
Bei Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt oder anderen Formen von Kindeswohlgefährdung kann ein Handlungsplan (auch Notfallplan, Interventionsplan u.Ä.) Orientierungshilfe bieten und damit das Handeln qualifizieren und zuverlässiger machen. Für 75,6 % der Kliniken wurde angegeben, dass ein solcher Handlungsplan vorliegt. Für 14,6 % der Einrichtungen wurde dies verneint und 8,5 % aller Kliniken planen, einen Handlungsplan in den nächsten zwölf Monaten zu entwickeln (n = 164) (vgl. Abbildung A10).

Abbildung A10: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung



Sofern ein Handlungsplan in Kliniken existiert, sind dort verschiedene mögliche Konstellationen vorzufinden. Situationen mit sexualisierter Gewalt durch das Klinikpersonal berücksichtigen demnach 60,3 % der Kliniken in ihren Handlungsplänen (n = 121). Häufiger wird sexualisierte Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (81,0 %; n = 121) thematisiert, sexualisierte Gewalt innerhalb der Familie bzw. Pflegefamilie (88,5 %; n = 122) und sexualisierte Gewalt durch andere externe Personen (86,0 %; n = 121). Nach den Selbstberichten von Kliniken gehen 45,97 % der Handlungspläne auf alle vier genannten Fallkonstellationen ein (vgl. Abbildung A11).

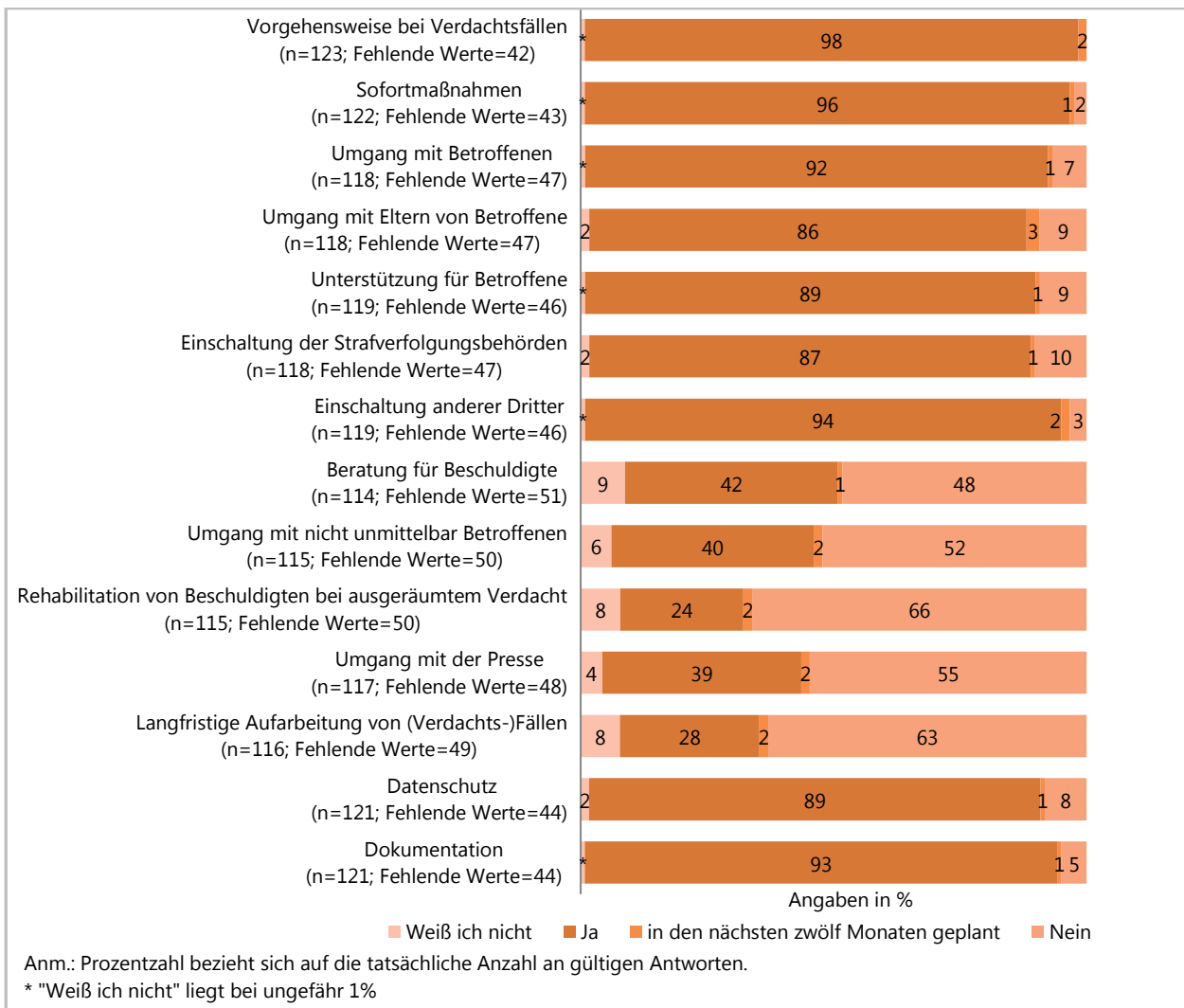
Abbildung A11: Fallkonstellationen, die im Rahmen des Handlungsplans berücksichtigt werden³⁰



Handlungspläne können auf verschiedenartige Aspekte fachlichen Handelns eingehen und sich damit in dem Ausmaß, in dem sie Orientierung bieten, unterscheiden (vgl. Abbildung A12). Besonders häufige Beachtung finden Aspekte wie das Vorgehen bei Verdachtsfällen (97,6 %; n = 123), Sofortmaßnahmen (95,9 %; n = 122), Einschaltung Dritter (v.a. des Jugendamtes, 94 %, n=119), Umgang mit Betroffenen (91,5 %; n = 118), Dokumentation (93,4 %; n = 121), Datenschutz (89,3 %; n = 121) und die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden (87,3 %; n = 118) (vgl. Abbildung A12). Wird angenommen, dass die sieben am häufigsten genannten Aspekte Kernelemente von Handlungsplänen aus Sicht der Kliniken darstellen, dann kann keine Klinik angeben, alle diese Kernelemente zu berücksichtigen. Vier oder mehr Aspekte werden von 69,1 % der Kliniken berücksichtigt, weniger als vier entsprechend von 30,9 % der Kliniken.

³⁰ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

Abbildung A12: Aspekte, zu denen der Handlungsplan Orientierungshilfe bietet³¹



In 63,9 % der Kliniken mit Handlungsplan wurde dieser nach Angaben der Befragten schon mehrmals eingesetzt. In weiteren 13,1 % der Kliniken kam ein vorhandener Handlungsplan bisher einmal zum Einsatz. Ein weiterer Anteil von 13,1 % der Kliniken berichtete, über einen Handlungsplan zu verfügen, diesen bisher aber noch nicht eingesetzt zu haben. Die restlichen 9,8 % wussten nichts über die Anwendung des Handlungsplan bei einem Fall von sexualisierter Gewalt (n = 122). Kliniken, die den Handlungsplan mindestens einmal anwendet hatten, beurteilten diesen im Durchschnitt als ziemlich hilfreich mit einem Mittelwert von 1,78.³² Nahezu durchgängig (95,7 %) erfolgte eine Bewertung zum Einsatz gekommener Handlungspläne im positiven Skalenbereich (Skalenwerte 1–3 bei einer sechsstufigen Skala und Skalenwert 1 gleich „sehr hilfreich“. Als „gar nicht hilfreich“ wurde der Handlungsplan in keinem Fall bewertet (n = 94).

³¹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

³² Die Befragten konnten zwischen sehr hilfreich (=1) und gar nicht hilfreich (=6) auswählen.

Ein Aspekt in den Handlungsplänen kann sich auf eine *Ansprechperson* beziehen, an die sich Kinder und Jugendliche, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, wenden können. Unabhängig davon, ob ein Handlungsplan etabliert wurde oder nicht, wird von 69,1 % der Kliniken, zu denen Angaben vorliegen, berichtet, dass eine solche Ansprechperson für Kinder bzw. Jugendliche benannt sei. Wird für alle teilnehmenden Kliniken, zu denen an dieser Stelle keine Angaben gemacht wurden, angenommen, sie verfügten nicht über eine solche Person, sinkt der Anteil der Kliniken mit einer ausdrücklich benannten Person, die von Kindern bzw. Jugendlichen im Fall sexualisierter Gewalt angesprochen werden kann, auf 47,9 %. Am häufigsten befindet sich eine solche Person auf der Ebene der Klinik bzw. der Fachabteilung (93,9 %).

In jeder dritten Klinik fungiert weiterhin eine externe Stelle als Ansprechperson (z.B. Jugendamt, Fachberatungsstelle, Obhutperson) (37,7 %). Selten ist eine Ansprechperson auf der Ebene des Trägers benannt (11,4 %) (n = 114).³³ Für 18,8 % aller Kliniken, wird die Frage nach einer bereits benannten Ansprechperson für Kinder bzw. Jugendliche im Fall sexualisierter Gewalt verneint (n = 31). In Kliniken, die schon eine Ansprechperson etabliert haben, werden die Kontaktdaten überwiegend auf der Internetseite der Klinik bekannt gemacht (33,7 %). Das Personal erhält die Kontaktdaten der Ansprechperson vor allem in Teambesprechungen (32,3 %). Kinder und Jugendliche, sowie deren Eltern erhalten die Kontaktdaten in Form von Broschüren (25,8 %), bei Aufnahmegesprächen (15,1 % bzw. 10,8 %) oder diese werden auf andere Weise bekannt gegeben (19,8 %) (n = 93) (vgl. Abbildung A13).

³³ Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung A13: Bekanntmachung der Ansprechperson für die in der Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen mit erlebter sexualisierter Gewalt



A7. Kooperation

Fast alle Kliniken berichten von Kooperationen mit Institutionen und/oder externen Berufsgruppen bezüglich der Prävention sexualisierter Gewalt gegenüber Mädchen und Jungen (99,4 %). Am häufigsten wird dabei das Jugendamt (§ 4 *Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz*, KKG) als Kooperationspartner angegeben (95,7 %). Niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte werden von 86,0 % der Kliniken genannt. Weniger häufig, jedoch immer noch von drei Vierteln der Kliniken, wird mit der Polizei (76,2 %) und niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (68,3 %) bezüglich der Prävention sexualisierter Gewalt gegenüber Mädchen und Jungen kooperiert. Kinderschutzambulanzen (61,6 %), Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt (57,9 %), Gesundheitsämter (52,4 %), Sozialämter (48,8 %) und Frauenhäuser bzw. Frauenzentren (48,8 %) stellen weitere Kooperationspartner für Kliniken dar (n = 164). Signifikante Unterschiede zwischen den drei einbezogenen Fachrichtungen der Kliniken sind bei den Kooperationen mit Familiengerichten vorhanden. 66,7 % der Somatischen Kliniken und 79,2 % der Psychiatrischen Kliniken, aber nur 25,0 % der Rehakliniken nennen eine Zusammenarbeit mit Familiengerichten ($p < .001$). Ähnliches zeigt sich bei der Kooperation mit der Polizei. Auch hier kooperieren weniger Rehabilitationseinrichtungen (37,5 %) mit der Polizei als die Somatischen Kliniken (81,6 %) und Psychiatrischen Kliniken (75,0 %) ($p < .001$).

Sofern Kooperationen bestehen, werden diese aus Sicht der Kliniken von den Befragungspersonen als „sehr gut“ bis „gut“ beschrieben. An der Spitze der positiven Bewertungen steht die Kooperationsbeziehung mit Kinderschutzambulanzen, wenngleich hier nur etwas mehr als die Hälfte der Kliniken auf Erfahrungen zurückgreifen kann ($M = 1,77$).³⁴ Fast genauso positiv werden die Kooperationen mit Jugendämtern ($M = 1,89$), Polizei ($M = 1,80$) und niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten ($M = 1,92$) bewertet, zu denen regelhaft Kooperationsbeziehungen bestehen. Am wenigsten positiv werden Kooperationen mit Sozialämtern ($M = 2,49$) und Frauenhäusern/Frauenzentren ($M = 2,37$) eingeschätzt, wobei auch diese Kooperationen im Mittel noch als „gut“ angesehen werden (vgl. Tabelle 4).

³⁴ Die Befragten konnten hier Schulnoten von 1 bis 6 vergeben.

Tabelle 4: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Kliniken (in Schulnoten)

	Kooperation vor- handen (in %)	Note					Anzahl an gültigen Angaben (n)	Durchschnitt- liche Note	
		Note 1 (sehr gut)	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5 (sehr schlecht)			Note 6
Jugendämter/ASD	95,7%	63	57	20	7	4	0	151	1,9
Familiengerichte	65,2%	28	46	11	4	5	3	97	2,2
Gesundheitsämter	52,4%	23	25	13	7	4	2	74	2,3
Sozialämter	48,8%	20	22	22	3	3	5	75	2,5
Polizei	76,2%	49	48	12	2	2	1	114	1,8
Erziehungsberatungsstellen	64,0%	29	41	15	4	1	2	92	2,1
Frauenhäuser/Frauzentren	48,8%	21	25	13	6	2	4	71	2,4
Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt	57,9%	36	31	11	6	1	4	89	2,1
Kinderschutzambulanz	61,6%	49	26	3	4	2	3	87	1,8
Niedergelassene Kinderärz- tinnen bzw. -ärzte	86,0%	56	52	14	6	5	1	134	1,9
Niedergelassene Psychothe- rapeutinnen bzw. -therapeu- ten	68,3%	29	45	17	7	7	2	107	2,3
Zusammenarbeit mit ande- ren Institutionen	4,9%	-	-	-	-	-	-	-	-

n = 164; Fehlende Werte = 1

Anm.: Mehrfachantworten möglich; es liegen keine validen Angaben zur Bewertung der Kooperation mit sonstigen Institutionen und Personengruppen vor.

A8. Unterstützungsbedarfe

Bei der Frage nach weiterem Unterstützungsbedarf können zwei fast gleich große Gruppen ausgemacht werden. Knapp die Hälfte der Kliniken wünschen sich eine weitere Unterstützung (51,9 %). Etwas weniger sehen für sich keinen weiteren Unterstützungsbedarf (43,7 %) (n = 158).

Der Bedarf bei Kliniken, die sich *weitere Unterstützung* wünschten, liegt vor allem im Bereich der Informationsmaterialien für das Klinikpersonal (81,5 %). Auch Informationsmaterialien für Eltern, Sorgeberechtigte und Pflegeeltern (74,1 %) bzw. für minderjährige Patientinnen und Patienten (72,8 %) zählen zu den am häufigsten genannten zusätzlichen Bedarfen an weiterer Unterstützung. Trotz des damit für die Kliniken verbundenen Aufwandes fällt auf, dass viele Kliniken Fortbildungswünsche äußern: Etwas mehr als die Hälfte der Kliniken mit Unterstützungsbedarf Angebote zum Themenkomplex Prävention und Intervention (65,4 %) oder Angebote zu rechtlichen Fragestellungen (50,6 %). Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt unter Kindern und Jugendlichen wünschen sich 49,4 % der Einrichtungen, Fortbildungen zum Thema Kinderrechte 40,7 % und zum Thema sexualisierte Gewalt und Medien jede dritte Klinik (33,3 %).

Weitere Unterstützungsbedarfe beziehen sich auf Vorlagen für Risikoanalysen, Handlungspläne, Verhaltenskodexe (55,6 %) oder Leitfäden für Erstgespräche mit Betroffenen (51,9 %). Hinweise auf fachlich fundierte Internetseiten (46,9 %), Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit (38,3 %) und Informationen über externe Hilfsangebote (30,9 %) werden als weitere Unterstützungswünsche genannt (n = 81).³⁵

Beim Unterstützungsbedarf zwischen Kliniken mit bzw. ohne Risikoanalyse konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden, ebenso keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Anzahl vorhandener Elemente eines Schutzkonzepts bzw. dem selbst eingeschätzten Stand der Umsetzung. Signifikante Unterschiede bestehen jedoch bezüglich der eingeschätzten Relevanz der Thematik für die Kliniken. Schreiben Kliniken der Thematik sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche eine hohe Relevanz zu, sehen sie bei sich häufiger (75,6 %) einen Bedarf an zusätzlicher Unterstützung. Wird das Thema als nicht relevant angesehen, geben 37,7 % der Kliniken an, keine weitere Unterstützung zu benötigen (Exakter Test nach Fisher: $p < .05$).

Bei der Frage nach der Wichtigkeit von Ressourcen und Rahmenbedingungen, um in Kliniken Konzepte zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt umsetzen zu können, wurden alle vier als Antwortmöglichkeiten vorgegebenen Ressourcen als „eher wichtig“ betrachtet.³⁶ Dies gilt für Fortbildungen zum Thema „Schutz vor sexualisierter Gewalt“ (M = 1,63; n = 160), ferner zur Struktur von Gelegenheiten gemeinsamer Reflexion eines angemessenen pädagogischen Umgangs mit Nähe und Distanz (M = 1,64; n = 157), ebenso für zeitliche Ressourcen bei der Entwicklung eines Konzepts zum Schutz vor sexualisierter Gewalt (M = 1,66; n = 155) sowie für finanzielle Ressourcen bezüglich von Fortbildungen, Projekten, Beratungsangeboten und Superversionen speziell zum Thema (M = 1,79; n = 156).

³⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

³⁶ Hier konnten die Befragten auf einer 4-Punkt Skala mit den Polen „sehr wichtig“ (=1) und „unwichtig“ (=4) wählen.

A9. Zusammenfassung

- ▶ Von den befragten Kliniken wurden unterschiedliche Anstöße für die Entwicklung von Schutzkonzepten geschildert. Die Bedeutung des besonderen Engagements von Einzelpersonen bzw. Personengruppen innerhalb der Kliniken sticht jedoch besonders hervor (43,7 %). In jeder vierten Klinik war ein konkreter Vorfall Anlass, um in die Entwicklung eines Schutzkonzeptes einzusteigen (26,7 %). Interessanterweise wurden auch die Leitlinien des *Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch* (26,7 %) sowie die Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (10,4 %) teilweise als Anlass für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes genannt.
- ▶ Für rund jede fünfte Klinik wurde die Durchführung einer Potenzialanalyse angegeben (25,6 %). Dabei wurden in der Regel mehrere Aktivitäten und Verfahren angeführt, auf die bei der (Weiter-)Entwicklung eines Schutzkonzeptes aufgebaut werden kann.
- ▶ Für genauso viele Kliniken wurde die Durchführung einer Risikoanalyse angegeben (25,6 %). Die vorbereitenden Schritte der Potenzial- und Risikoanalyse bei der Entwicklung eines Schutzkonzeptes können damit als bislang mäßig verbreitete Aktivitäten in diesem Handlungsfeld gesehen werden. 14,5 % der teilnehmenden Kliniken haben sowohl eine Potenzial- als auch eine Risikoanalyse durchgeführt.
- ▶ Von fast allen Kliniken wurde angegeben, minderjährige Patientinnen und Patienten würden ermutigt, Kritik zu äußern (81,0 %). Ebenso häufig wurde die Frage nach einem vorhandenen, geregelten Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche bejaht (84,2%), das auch genutzt werde. Drei Viertel der Befragten aus einer Klinik mit Beschwerdeverfahren gehen davon aus, dass dies auch für Fälle sexualisierter Gewalt geeignet sei (75,0 %).
- ▶ Für Beschäftigte in drei Vierteln der Kliniken wurde angegeben, es gebe eine interne Ansprechperson zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ (75,0 %), in ebenso vielen Kliniken können sich Beschäftigte an eine externe Ansprechperson wenden (68,5 %).
- ▶ Mit der Möglichkeit von Vorfällen sexualisierter Gewalt an minderjährigen Patientinnen und Patienten haben sich drei Viertel der Kliniken auseinandergesetzt und einen Handlungsplan entwickelt (75,6 %). Vorhandene Handlungspläne wurden überwiegend mit positiv wahrgenommenen Ergebnissen bereits eingesetzt.
- ▶ Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“, die zur Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals dienen, werden von 82,4 % der Kliniken berichtet.
- ▶ Nahezu alle Kliniken sind in Kooperationsstrukturen mit dem Kinderschutz eingebunden (99,4%), die sich aus Sicht der Kliniken auch überwiegend positiv gestalten. Speziell bei der Entwicklung von Schutzkonzepten gilt dies beispielsweise für die Durchführung einer Risikoanalyse (68,3 %).

- ▶ 51,9 % der Kliniken bejahen weiteren Unterstützungsbedarf im Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“. Die am häufigsten genannten Bedarfe liegen bei Informationsmaterialien (sowohl für Mitarbeitende, als auch für Eltern, Kinder und Jugendliche) sowie bei Fortbildungen zu verschiedenen Aspekten.
- ▶ Mehrheitlich bejahten die Befragten für Ihre Kliniken eine hohe Relevanz der Thematik des Schutzes von Kindern bzw. Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt. Vor diesem Hintergrund zeigt sich im Vergleich zur letzten Welle des Monitorings eine insgesamt positive Entwicklung im Handlungsfeld (vgl. nachfolgenden Informationskasten zum Vergleich der Monitoring-Wellen). Die teilnehmenden Kliniken haben sich mehrheitlich mehrere Elemente bis hin zu einem umfassenden Schutzkonzept angeeignet (76,8 %). Durchschnittlich bejahen Kliniken bereits knapp sieben Elemente von Schutzkonzepten implementiert zu haben.³⁷

³⁷ Für die vertiefte Analyse wurde ein Summenscore aus den Angaben zu den Fragen (1) „Beschwerdeverfahren bei Fällen sexualisierter Gewalt“, (2) „Verhaltensregeln“, (3) „Spezifische Fortbildungen für die Beschäftigten“, (4) „Handlungsplan“, (5) „Anspruchstellen für die Beschäftigten/Betreuten“, (6) „Leitbild“, (7) „Kooperation“, (8) „Partizipation der Betreuten/Eltern“ und (9) „Thematisierung von sexualisierter Gewalt in Bewerbungsgesprächen/Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses“ gebildet. Im Fragebogen wurden Informationsangebote für Kinder und Jugendliche nicht abgefragt, sodass hier eine max. Anzahl von neun Elementen eines Schutzkonzeptes zugrunde gelegt werden muss.

Veränderungen hinsichtlich der Entwicklung, Implementierung und Umsetzung von Schutzkonzepten auf einen Blick

Im Vergleich zum vorherigen Monitoring³⁸ ist eine leichte Tendenz zu mehr präventiven Einzelmaßnahmen (knapp 2 %) und umfassenden Schutzkonzepten (5 %) zu erkennen. Dementsprechend ist die Anzahl an Kliniken ohne präventive Ansätze leicht gesunken (um knapp 7%). Weiterhin ist ein Anstieg von Kliniken mit einem schriftlich niedergelegten Verhaltenskodex um knapp 20 % zu beobachten.

Über einen Handlungsplan zum Vorgehen bei (Verdachts-)Fällen sexualisierter Gewalt verfügen laut aktueller Erhebung rund 20 % mehr Kliniken als im Jahr 2013. Die Anzahl an Kliniken ohne bereits vorhandenen oder geplanten Handlungsplan ist demnach um knappe 17 % gesunken. In etwa ist ein Anstieg von 16 % an Kliniken mit Ansprechpersonen für Kinder und Jugendliche bei sexualisierter Gewalt zu verzeichnen. Somit haben rund 4 % der Kliniken im Vergleich zu 2013 eine solche auf der Ebene der Klinik und 20 % auf Ebene des Trägers neu etabliert. Die thematischen Fortbildungsangeboten haben im Vergleich zum vorherigen Monitoring um mehr als 30 % zugenommen.

Kaum Veränderungen zeichnen sich beim angegebenen Unterstützungsbedarf der Kliniken ab. Zu 2013 ist ein leichter Anstieg von knapp 2 % an Kliniken zu verzeichnen, die keine weitere Unterstützung bedürfen. Unter der Annahme, zusätzliche Kliniken hätten mit der Entwicklung eines Schutzkonzeptes begonnen, ist ein konstanter Anteil von Kliniken mit Unterstützungsbedarf zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ nicht überraschend. Dieser äußert sich, gemessen an den fünf häufigsten genannten Wünschen, sowohl 2013 als auch aktuell vor allem in Informationsmaterialien für Beschäftigte (Anstieg um knapp 3 %), für Kinder, Jugendliche, junge Frauen und junge Männer sowie für deren Eltern (jeweils Verringerung um 1 %).

Fortbildungen zum Thema Prävention und Intervention waren in beiden Erhebungswellen nachgefragt. Hier ist ein deutlicher Anstieg an Unterstützungsbedarf von über 10 % zu verzeichnen. Waren 2013 Fortbildungen zum Thema Kinderrechte und Förderung von Selbstbehauptungskräften noch einer der fünf größten Bedarfe, so liegt im aktuellen Monitoring der Fokus mehr auf Themen mit unmittelbarem Bezug zu Schutzkonzepten, z.B. Vorlagen für Risikoanalysen, Handlungspläne, Verhaltenskodexe. Sofern ein Unterstützungsbedarf vonseiten der Kliniken besteht, werden innerhalb der aktuellen Studie mehr Bedarfe zu unterschiedlichen Bereichen ausgesprochen.

³⁸ Die in den Vergleich einbezogenen Daten beziehen sich vorwiegend auf UBSKM (2013a) und UBSKM (2013b). Der Vergleich zwischen den Befunden des aktuellen mit denen der vorherigen Monitoring (im Jahr 2013) ist als Trend zu interpretieren. Veränderungstendenzen können sich u.a. auch aus den veränderten Rückläufen bzw. kleineren Anpassungen resp. Differenzen in den Frageformulierungen ergeben. Minimale Abweichungen zu den berichteten Prozentangaben sind darauf zurückzuführen, dass in den Vergleich ausschließlich die gültigen Angaben ohne Berücksichtigung der „Weiß ich nicht“-Kategorie einbezogen wurden. Veränderungen zu den Befunden der Monitoringwelle 2013 sind in Prozentpunkten angegeben.

B. Ambulanter Gesundheitsbereich

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Befragungen im ambulanten Gesundheitsbereich vorgestellt. Um der Feldspezifik, die sich durch eine große Anzahl an freiberuflich tätigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie auch Psychotherapeutinnen und –therapeuten auszeichnet, gerecht zu werden, erfolgte die Befragung mit einem angepassten Erhebungsinstrument (vgl. Abschnitt II.3). Da das grundlegende Ziel war, eine explorative Annäherung an das erstmalig im Monitoring vertretene Feld zu erlangen, unterscheidet sich die Struktur wie auch die Art der Ausführungen zu den Ergebnissen zum Teil von den vorherigen Kapiteln.

B1. Stichprobe

Die Stichprobe im Handlungsfeld „Ambulanter Gesundheitsbereich“ setzt sich insgesamt aus 1.157³⁹ Personen zusammen:

- 325 Personen der Kinder- und Jugendmedizin
- 149 Personen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 559 Personen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- 97 Personen der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin
- 104 Personen der Gynäkologie
- 50 Personen, die angaben, eine sonstige Fachrichtung zu vertreten (z.B. sonstige therapeutische Ausrichtung, sonstige ärztliche Richtung).⁴⁰

Rund 67,2 % der befragten Personen aus dem ambulanten Gesundheitsbereich sind weiblich, 32,6 % männlich und 0,2 % der Befragten ordnen sich einer anderen Kategorie zu (N = 1.157). Das mittlere Alter der Befragten liegt bei 53 Jahren (n = 1.145), knapp drei Viertel der Befragungsteilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 47 und 66 Jahren alt (71,8 %).⁴¹

³⁹ 25 Fälle wiesen fehlende Angaben bei der Filterfrage nach der Zielgruppe der behandelnden Patientengruppen (Patientinnen/Patienten unter 21 Jahren) ebenso wie eine große Zahl an fehlenden Angaben insgesamt auf, weshalb sie aus der weiteren Datenanalyse ausgeschlossen wurden.

⁴⁰ Auf eine statistisch begründete Gewichtung zwischen den Befragten hinsichtlich deren medizinischer Fachrichtungen wurde vor dem Hintergrund der Annahme, dass alle fünf Fachrichtungen gleichermaßen mit der Behandlung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen betraut sind, verzichtet. Nichtsdestotrotz lassen sich die Berufsgruppen gedanklich aufgrund deren unterschiedlicher (körperlicher) Interaktion mit den Patientinnen/Patienten in drei Gruppen unterteilen, die jeweils unterschiedlich akzentuierte/nuancierte Perspektiven auf Schutzkonzepte mit sich bringen: *keine sensiblen* Körperberührungen, *sensible* Körperberührungen (z.B. Untersuchungen mit entblößtem Oberkörper) und *hochsensible* Körperberührungen (z.B. Untersuchungen der Genitalien).

⁴¹ Mehrfachantworten waren möglich.

Über 60 % der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten sind in einer niedergelassenen Einzelpraxis tätig, während 38 %⁴² angeben, in einer kooperativen – vorwiegend fachgleichen – Struktur (wie z.B. Gemeinschaftspraxen) tätig zu sein. Das Verhältnis zwischen den Praxisformen spiegelt die aktuelle Verteilung im Feld wieder (vgl. Infas 2016).

Eine deutliche Mehrheit der Befragten (97 %) arbeiten in einer Praxis mit bis zu 20 Beschäftigten (M = 6 Personen; n = 1.114). Darunter befinden sich 29,5 % von Praxen, in denen insgesamt nur eine Person tätig ist.

Mit einem Anteil von knapp zwei Dritteln der Befragten (64 %) dominieren in der Stichprobe die Praxen, in denen nur eine Ärztin/ein Arzt bzw. Therapeutin/Therapeut im Rahmen einer Einzelpraxis tätig ist (M = 2,2; n = 1.134). In den befragten Praxen, die in eine kooperative Praxisstruktur aufweisen (beispielsweise Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren) befinden sich unter den dort Beschäftigten durchschnittlich vier Personen (n = 424).⁴³ Die Praxen weisen im Durchschnitt mit 80,6 % mindestens eine Ärztin bzw. Therapeutin auf (n = 414). Insgesamt dominieren im Großteil der Praxen – unabhängig von der Praxisform – weibliche Personen, d.h. in knapp 80 % der Praxen setzt sich das Personal aus 75 bis 100 % Frauen zusammen (n = 1.035).

B2. Präventive Maßnahmen allgemein

Mit Blick auf die Prävention von Grenzverletzungen und Übergriffen jeglicher Art wird die *Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen* als bedeutsam angesehen. Die Mehrheit der Praxen (84,8 %) berichtet, dass Kinder und Jugendliche dazu ermutigt werden, unangenehme Situationen in einer Behandlung zu thematisieren und diese gegebenenfalls zu unterbrechen. In knapp einem Drittel der Praxen (32,5 %) dürfen Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie durch eine Ärztin oder einen Arzt behandelt werden möchten. 6,9 % der Praxen bieten keine Entscheidungsmöglichkeiten an, bei 1,3 % der Praxen ist es geplant, Kindern und Jugendlichen zukünftig solche Möglichkeiten zu bieten (n = 1.122).⁴⁴

Ein genauer, zwischen den Fachrichtungen differenzierender Blick weist einen hoch signifikanten Unterschied bei der Berücksichtigung der Wünsche von Kindern und Jugendlichen nach, wobei in den therapeutischen bzw. in den gemischt ärztlich und therapeutisch geleiteten Praxen noch mehr Möglichkeiten bestehen, diese während der Behandlung zu berücksichtigen, als in den ärztlichen Praxen

⁴² In der kooperativen Struktur finden sich auch einzelne Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten wieder (n = 20), die vermutlich jenseits von einer Gemeinschaftspraxis mit anderen Praxen zusammenarbeiten.

⁴³ Die Spannweite der in den Praxen insgesamt Tätigen bewegt sich zwischen einer Person und 80 Personen (n = 1.114) und bei den Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten zwischen einer Person und 30 Personen (n = 424). Da es sich im Erhebungsinstrument um eine Filterfrage handelte, wurden die Angaben zur Anzahl der in den Praxen tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten bei Personen, die angaben in einer Einzelpraxis zu arbeiten, nicht erfasst, da angenommen wurde, dass es außer jenen keine weitere Personen gebe. Vor diesem Hintergrund bilden die gültigen Nennungen (n = 424) lediglich Angaben von Personen ab, die nicht in Einzelpraxen arbeiten. Die starken Unterschiede in der Anzahl des in den Praxen tätigen Personals wie auch der Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten spiegelt die Heterogenität des Feldes der ambulanten Gesundheitsversorgung wider: Neben medizinischen Versorgungszentren sind – das kann angenommen werden – u.U. auch Kinderschutzambulanzen in der Stichprobe eingeschlossen, die zwar größtenteils im klinischen Setting einer Klinik verortet bzw. an eine klinische Abteilung angeschlossen sind, aber eine ambulante Versorgung leisten.

⁴⁴ Mehrfachantworten waren möglich.

(therapeutische Praxen: 94,9 %, ärztliche Praxen: 88,6 %, gemischte Praxen: 98,4 %; Exakter Test nach Fisher: $p < .001$). Im Rahmen der Erhebung wurde die Berücksichtigung der Wünsche im ärztlichen bzw. therapeutischen Setting abgefragt, beispielsweise, ob in der Praxis Kinder und Jugendliche selbst entscheiden dürfen, von wem sie behandelt werden oder ob Kinder und Jugendliche ermutigt werden, Unangenehmes in einer Behandlung zu thematisieren.

Auch wenn Praxen bereits Möglichkeiten bieten, um die Wünsche der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen, gibt es in über 80 % der Praxen keine schriftlich festgehaltenen Verhaltensregeln zum Umgang des Personals mit den zu behandelnden Kindern und Jugendlichen ($n = 1.107$). Immerhin 13,8 % der Praxen verfügen aber bereits über einen Verhaltenskodex. 9,5 % der Praxen, die noch keine Verhaltensregeln schriftlich niedergelegt haben, geben an dies demnächst zu planen. Dabei können die ärztlichen bzw. die gemischt ärztlich-therapeutisch geleiteten Praxen eher auf einen festgehaltenen Verhaltenskodex zurückgreifen als in den therapeutischen Settings (15,0 % vs. 19,4 % vs. 11,5 %; $p < .001$).

Über ein geregeltes Beschwerdeverfahren, das die minderjährigen Patientinnen und Patienten nutzen können, um Kritik zu äußern und auf Belange aufmerksam zu machen, verfügen bisher 36,8 % der befragten Praxen, bei 9,4 % existiert ein solches zwar noch nicht, ist aber in der Planung. 53,7 % der Teilnehmenden verfügen in ihrer Praxis über kein geregeltes Verfahren für Beschwerden. Die Praxen, die angaben, ein solches bereits implementiert zu haben, wiesen beinahe im gleichen Maße eine Ansprechperson, analoge (Kummerkasten) oder digitale Möglichkeiten (Mailadresse) auf, die den Kindern und Jugendlichen zur Äußerung von Kritik zur Verfügung stehen).

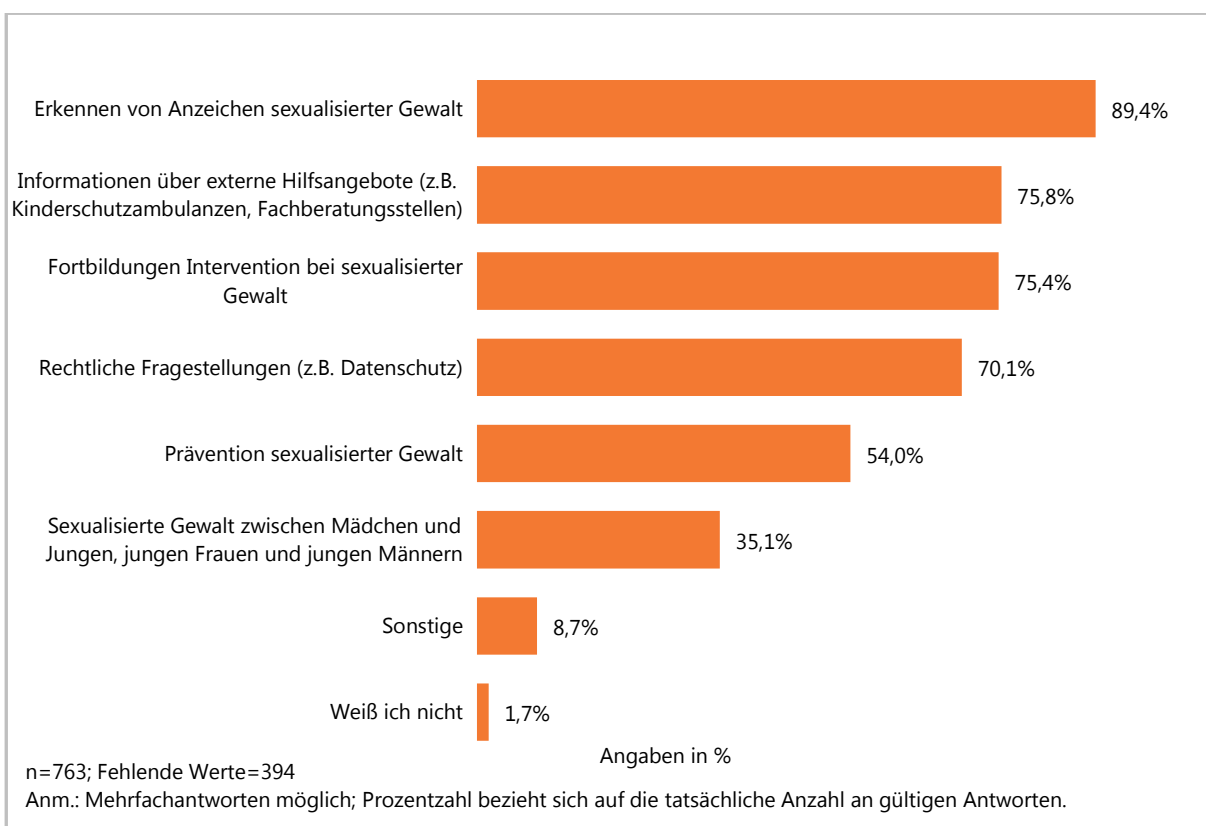
B3. Präventive Maßnahmen hinsichtlich sexualisierter Gewalt

Neben der Erhebung von allgemeinen Maßnahmen zur Prävention wurden die ärztlichen bzw. therapeutischen Praxen auch nach spezifischen präventiven Maßnahmen zur Sensibilisierung und Information von sexualisierter Gewalt gefragt. Dabei zeigte sich, dass das Thema *Sexualisierte Gewalt* bei einem Großteil der Praxen in unterschiedlichen Fachbereichen besprochen wird. Lediglich 9,7 % der Befragten hatten bisher noch nichts mit dem Thema zu tun, während 65,0 % von fallbezogenen Gesprächen bei Bedarf berichteten, 44,3 % von einem informellen Austausch, 34,3 % von der Thematisierung in Supervisionen und 26,8 % in Teambesprechungen ($n = 1.157$). Am häufigsten wurde dabei grenzverletzendes Verhalten thematisiert, das von Personen außerhalb der Praxis verübt wurde.

Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ haben insgesamt 67 % der Befragten besucht. 30 % haben noch an keiner entsprechenden Fortbildungsmaßnahme teilgenommen. Bezogen auf den medizinischen und den therapeutischen Fachhintergrund der Befragten zeigen sich hoch signifikante Unterschiede, in der Teilnahme an Fortbildungsangeboten (Exakter Test nach Fisher: $p < .001$). Personen, die sowohl einen medizinischen oder auch therapeutischen Hintergrund aufwiesen, nahmen häufiger daran teil, als Befragte, die rein der ärztlichen und therapeutischen Fachrichtung zugeordnet werden konnten.

In den meisten Fällen haben die befragten Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten selbst daran teilgenommen. Die Personen, die bereits Fortbildungsmaßnahmen besucht haben, gaben an, dass vorwiegend die Themen „Erkennen von Anzeichen sexualisierter Gewalt“ (89,4 %; n = 763)⁴⁵, „Informationen über externe Hilfsangebote“ (75,8 %), „Intervention bei sexualisierter Gewalt“ (75,4 %) oder zu rechtlichen Fragestellungen (70,1 %) behandelt wurden (vgl. Abbildung B1). Prävention sexualisierter Gewalt (54,0 %) und „Sexualisierte Gewalt zwischen Mädchen und Jungen, jungen Frauen und jungen Männern“ (35,1 %) wurde seltener als Themen der besuchten Fortbildungsveranstaltungen genannt.

Abbildung B1: Themen der besuchten Fortbildungen



Als ausrichtende Organisationen der besuchten Fortbildungen nannten die Befragten an erster Stelle mit 44,2 % Berufsverbände der eigenen Fachrichtung (n = 724), an zweiter Stelle Fachberatungsstellen (28,6 %) und an dritter Stelle wurden Qualitätszirkel benannt (27,1 %).⁴⁶ Zwischen der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Personen, die aufgrund ihres fachlichen Hintergrunds beiden Gruppen zugeordnet werden konnten, zeigen sich hoch signifikante Unterschiede bei der Teilnahme an Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“

⁴⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

⁴⁶ Mehrfachantworten waren möglich.

(Exakter Test nach Fisher : $p < .001$). In letztgenannter Gruppe nehmen deutlich häufiger Personen an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen teil (90,5 %) als Personen mit therapeutischer (71,8 %) oder ärztlicher Ausbildung (59,6 %).

Vorhandene Beschwerdestrukturen in Fällen sexualisierter Gewalt tragen dazu bei, dass grenzverletzendes Verhalten und Übergriffe schneller bekannt bzw. auch erkannt werden und somit die betroffenen Kinder und Jugendlichen Unterstützung finden. Über ein spezifisches Beschwerdeverfahren für Fälle sexualisierter Gewalt für die minderjährigen Patientinnen und Patienten berichteten 63,0 % der Praxen, 24,2 % hatten bisher noch keines implementiert. Die Angaben beziehen sich ausschließlich auf Personen, die zuvor schon berichtet hatten, ein allgemeines – unabhängig vom Anlass für Beschwerden – geregeltes Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche zu haben (vgl. Abschnitt D2).

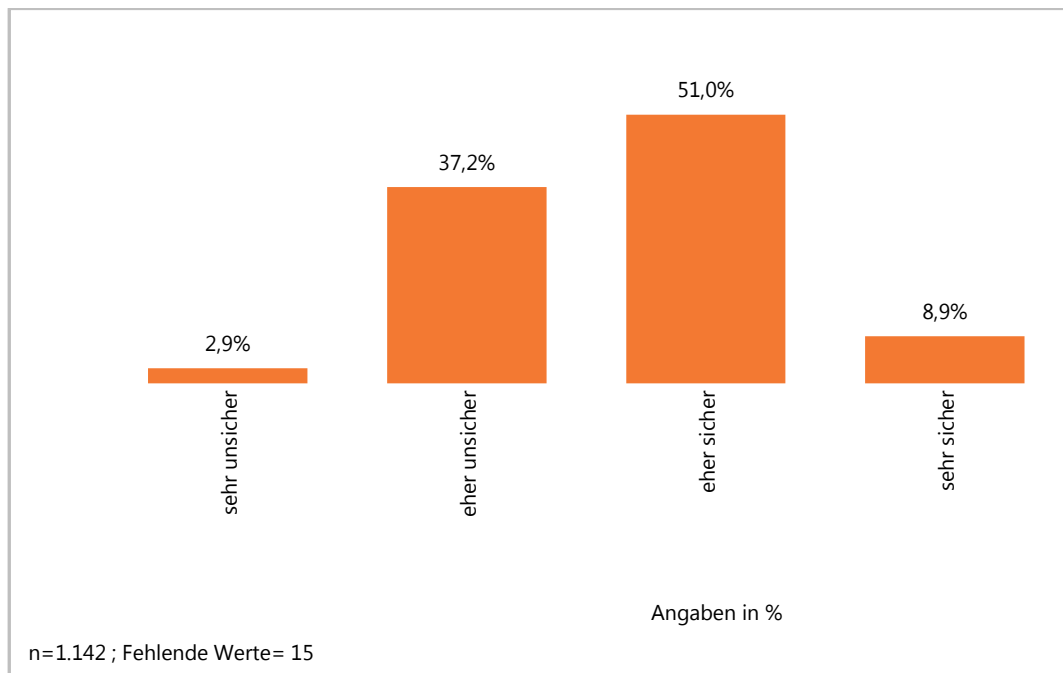
Ins Augenmerk fallen auch die Personen, die angaben, nicht zu wissen, ob das in der Praxis eingerichtete Beschwerdeverfahren für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht ist (12,9 %). Vor dem Hintergrund der Annahme, dass die Angabe von Beschwerdefällen in den Praxen als Hinweis auf ein funktionierendes Beschwerdeverfahren, das vonseiten der Kinder und Jugendlichen auch genutzt wird, angesehen werden kann, machten 75,4 % der Befragten, die über ein Beschwerdeverfahren bei sexualisierter Gewalt verfügen, Angaben zur Anzahl bereits erfolgter Beschwerden ($n = 346$). 24,6 % gaben an, diese nicht zu erfassen. Bei 77,8 % der Praxen gab es im letzten Jahr keine Beschwerde, 19,1 % der Praxen hatten ein bis fünf Beschwerden und 3,0 % sechs bis 20 Beschwerdefälle. Insgesamt wurde von 58 Beschwerden ($M = 0,7$ Beschwerden; $n = 261^{47}$) berichtet.

B4. Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt

Neben präventiven Maßnahmen gehören zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt ein entsprechendes Wissen und Handlungskompetenz im Umgang mit Verdachtsfällen. Dabei stellt sich u.a. die Frage, wie Anhaltspunkte für sexualisierte Gewalt erkannt werden und wie auf solche reagiert wird. 78,6 % der Befragten berichteten in diesem Zusammenhang davon, dass sie bzw. ihr Praxisteam schon Anzeichen von sexualisierter Gewalt bei minderjährigen Patientinnen und Patienten wahrgenommen hätten, 21,4 % hingegen hatten bisher noch nie solche Wahrnehmungen gemacht. Beim Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt fühlen sich 8,9 % der ärztlichen und therapeutischen Personen sehr sicher, gut die Hälfte von ihnen (51,0 %) fühlt sich eher sicher. Über Unsicherheiten in Verdachtsfällen berichteten 40,1 % der Befragten (vgl. Abbildung B2).

⁴⁷ Die Angabe bezieht sich auf die Anzahl der Praxen, die Beschwerden (überhaupt) erfassen.

Abbildung B2: Empfundene Handlungssicherheit beim Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt

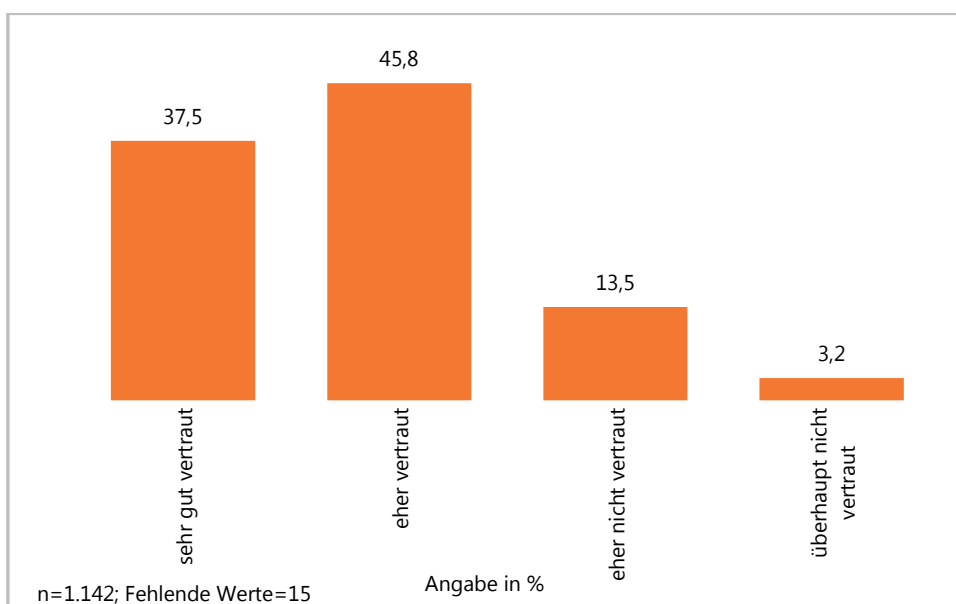


Im *Bundeskinderschutzgesetz* (BKisSchG), das 2012 in Kraft getreten ist, wurde für die in Heilberufen Tätigen eine Befugnisnorm („Soll“-Regelung) zur Einschaltung des Jugendamtes bei Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch eingeführt. Die Regelung beabsichtigt, die Rechts- und Handlungssicherheit des ärztlichen und therapeutischen Personals im Umgang mit Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung zu erhöhen und damit zu einem besseren Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen beizutragen (§ 4 KKG „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Berufsgeheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“) (vgl. Fegert/Richter 2015). Das Verfahren sieht dabei folgende drei Schritte vor:

- (1) Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen sowie dem Sorgeberechtigten zur Inanspruchnahme von Hilfe, sofern hierdurch der Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird;
- (2) Anspruch auf Beratung durch eine vom Jugendamt gestellte, insoweit erfahrene Fachkraft bei Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung;
- (3) Einschaltung des Jugendamtes, wenn Gefahren für das Kindeswohl anders nicht abgewendet werden können unter Mitteilung der entsprechenden Daten.

Die quantitative Erhebung im Monitoring zeigt, dass sich 37,5 % der Befragten „sehr vertraut“ mit der Regelung im BKisSchG fühlen, 45,8 % sich damit „vertraut“ fühlen, wogegen 16,7 % sich für „weniger sicher“ im Umgang mit der Regelung halten (n = 1.142) (vgl. Abbildung B3).

Abbildung B3: Einschätzung zur Vertrautheit mit der Regelung des Bundeskinderschutzgesetzes zur Weitergabe der Daten an das Jugendamt



Zur Stärkung der Handlungssicherheit hinsichtlich der Gefährdungseinschätzung haben Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten einen Rechtsanspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Eine deutliche Mehrheit der Befragten (72,0 %) hat bisher noch keine solche Beratung in Anspruch genommen, 28,0 % haben sich bereits beraten lassen.

Die Tabelle 5 zeigt, dass 76,3 % der Befragten bei der Wahrnehmung von Anzeichen sexualisierter Gewalt auf spezifische Leitlinien und Leitfäden sowie auf einschlägige Fachliteratur oder Materialien aus Fortbildungen zurückgegriffen haben. 38,6 % der Befragten gaben an, beim Erkennen von Anhaltspunkten keine Leitlinien oder Ähnliches zu nutzen. Auf die Frage zur Bewertung der verwendeten Leitlinien oder weiteren „Hilfsmittel“ antworteten die Befragten im Durchschnitt, dass sie jene „mittelmäßig hilfreich“ empfanden (M = 2,7; n = 650), 9,2 % der Befragten gaben an, die eingesetzten Leitlinien o.Ä. „sehr hilfreich“ für den Prozess des Erkennens empfunden zu haben, während 0,9 % von einem nicht vorhandenen Nutzen sprachen.

Tabelle 5: Nutzung von Leitfäden/Leitlinien zur Wahrnehmung von Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt

	Angabe in %	Anzahl (n)
Leitlinien (z.B. AWMF Leitlinien)	52,2	579
Leitfäden	7,6	84
Sonstiges	16,7	185
Zwischensumme	76,3	848
Keine Leitfäden o.Ä. genutzt	38,6	429
Summe	114,5	1.271

n = 1.110; Fehlende Werte = 47

Anm.: Mehrfachantworten möglich, Abweichungen können sich durch Runden ergeben

Neben Leitlinien und ähnlichen schriftlichen Handlungsleitfäden wurde in der Befragung der niedergelassenen ärztlichen und therapeutischen Praxen nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten gefragt, die bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt verwendet werden. Über 80 % der Teilnehmenden sprachen der interkollegialen Beratung eine große Relevanz zu (n = 1.140), gefolgt von der Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe (z.B. durch eine insoweit erfahrene Fachkraft; 46,6 %) und der Supervision bei einer externen Fachkraft (38,1 %).⁴⁸ Auf Unterstützungsmöglichkeiten verzichteten 5,3 % der Befragten. Die von den Befragten in Anspruch genommene Beratung wurde durchschnittlich mit gut bewertet (M = 2,0; n = 1.006), über 77 % empfanden die Beratung ziemlich hilfreich.

B5. Kooperation

Damit der Schutz vor sexualisierter Gewalt (besser) gelingen kann, werden in der Regel multidisziplinäre wie auch intersektorale Kooperationsstrukturen mit anderen Institutionen und Personengruppen als notwendig angesehen. Daher wurden die Teilnehmenden gefragt, mit wem sie bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten kooperieren bzw. wie sie die Kooperation bewerten (vgl. Tabelle 6). Eine deutliche Mehrheit der Befragten arbeitet mit dem Jugendamt/ASD zusammen (80,7 %), gefolgt von Kooperationsbeziehungen mit Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe (53,0 %), Kinderkliniken (48,2 %), (anderen) Psychotherapeutischen Praxen (47,7 %) oder Kinder- und Jugendpsychiatrien (46,2 %). Ein kleiner Anteil verfügt über Kooperationen mit Berufsverbänden (14,6 %), Kammern (10,4 %) oder medizinischen Fachgesellschaften (6,6 %). Die Befragten bewerteten die Kooperation mit allen Partnern als „gut“ oder „befriedigend“. Am besten bewerteten sie die Zusammenarbeit mit (anderen) psychotherapeutischen Praxen (Durchschnittsnote 1,84) oder Kinderschutzambulanzen (Durchschnittsnote 1,90).

⁴⁸ Mehrfachantworten waren möglich.

Tabelle 6: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der ärztlichen und therapeutischen Praxen

	Kooperation vor- handen (in %)	Note 1 (sehr gut)	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6 (sehr schlecht)	Anzahl an gülti- gen Angaben (n)	Durchschnitt- liche Note
Insoweit erfahrene Fachkraft	38,3	100	148	40	10	12	2	312	2,0
Jugendamt/ASD	80,7	54	226	19	104	68	28	679	3,0
Kinderklinik	48,2	102	191	81	18	11	6	409	2,2
Kinderschutzambulanz	30,7	93	117	24	7	3	5	249	1,9
Kinderschutzgruppe an Kliniken	12,8	40	46	11	3	2	4	106	2,0
Kammer	10,4	15	30	15	8	9	7	84	2,9
Berufsverband	14,6	25	48	21	9	6	4	113	2,4
Medizinische Fachgesellschaft	6,6	6	21	18	8	4	3	60	2,9
Polizei	30,9	43	100	75	28	13	5	264	2,6
Beratungsstelle der Kinder- und Jugendhilfe	53,0	118	211	66	14	10	7	426	2,1
(Andere) niedergelassene Ärzt- tinnen/Ärzte	36,4	77	153	52	14	4	7	307	2,1
(Andere) niedergelassene Psy- chotherapeutinnen/-therapeu- ten	47,7	147	198	41	15	3	1	405	1,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie	46,2	75	174	93	36	15	5	398	2,4
Sonstige Institutionen/Stellen bzw. Personengruppen (z.B. In- stitute für Rechtsmedizin, Päda- gogische Institutionen)	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-

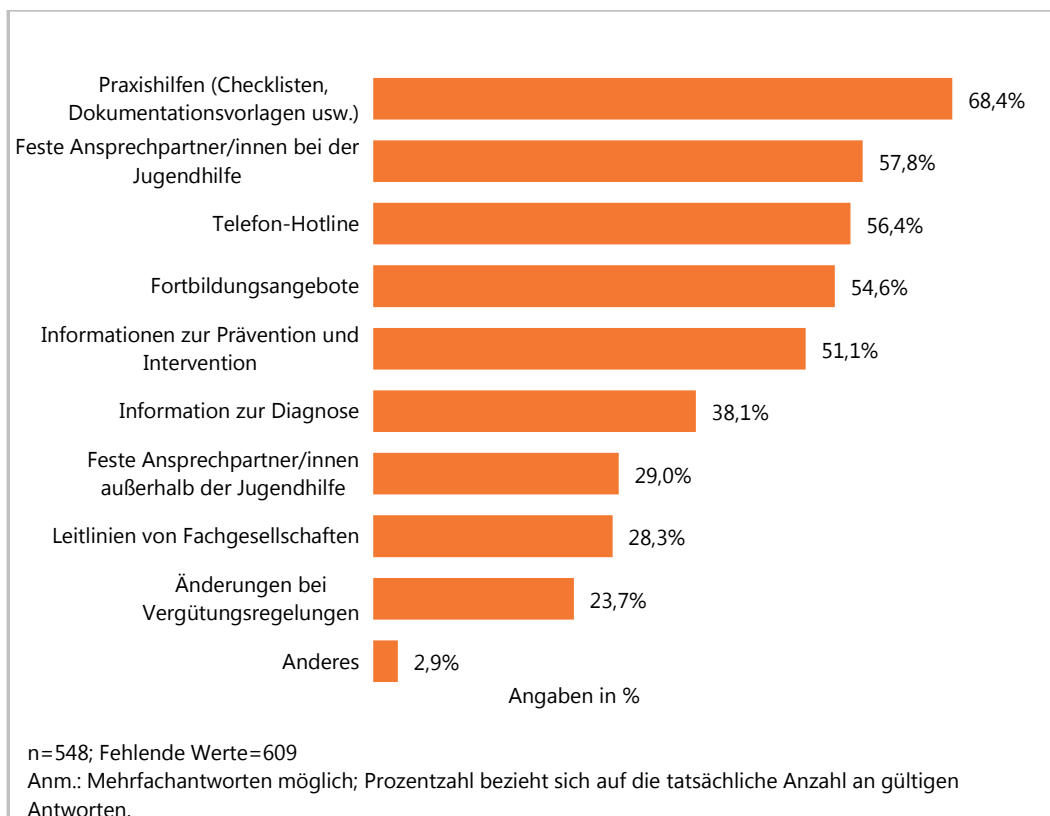
n=999; Fehlende Werte= 158

Anm.: Mehrfachantworten möglich; es liegen keine validen Angaben zur Bewertung der Kooperation mit sonstigen Institutionen und Personengruppen vor.

B6. Unterstützungsbedarfe

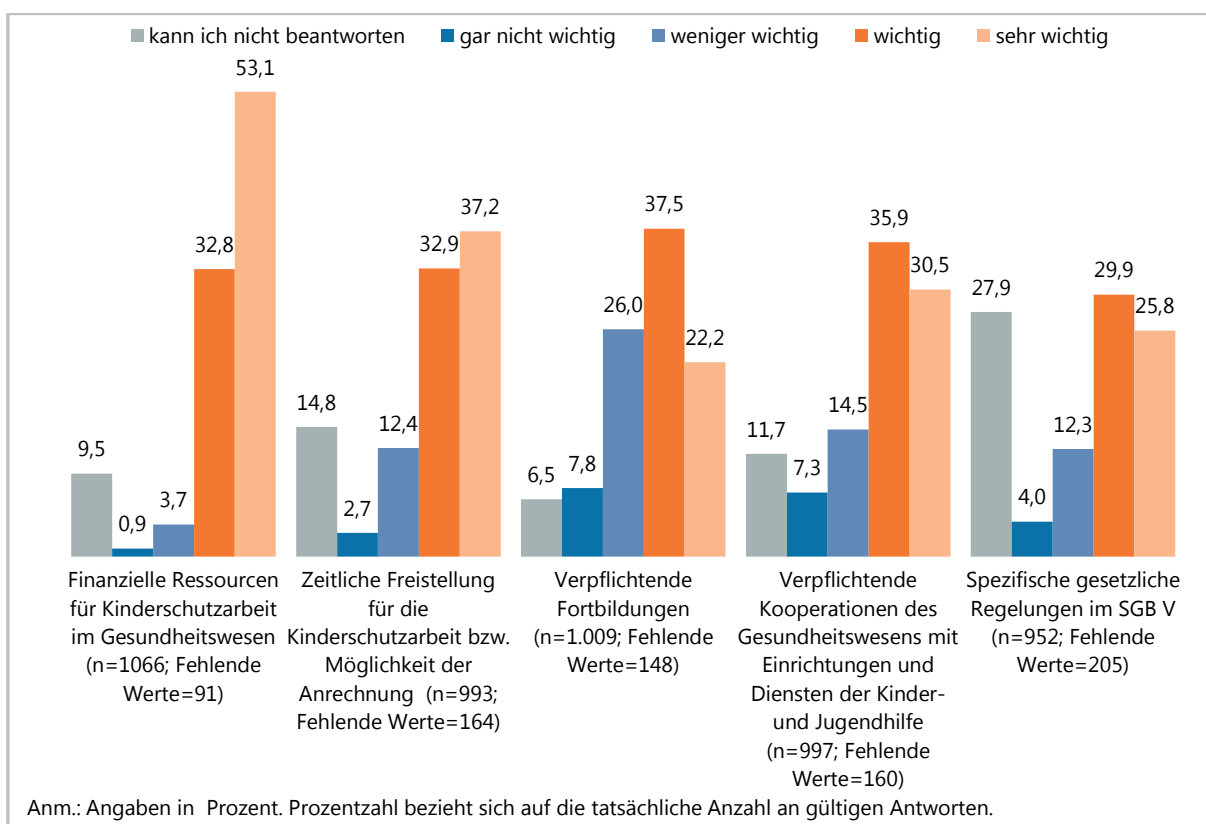
Um die konkreten Bedarfe beim Schutz vor sexualisierter Gewalt in Praxen zu erheben, wurden Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten nach Unterstützungsbedarfen beim Umgang mit Fällen sexualisierter Gewalt gefragt. Weitere Fragen zielten auf die Einschätzung der Relevanz bestimmter Maßnahmen für die Kinderschutzarbeit im Feld des ambulanten Gesundheitswesens. Insgesamt wünschten sich beinahe die Hälfte der Praxen weitere Unterstützung (48,9 %; n = 1.120), 37,5 % gaben an, keine weitere Unterstützung beim Umgang mit sexualisierter Gewalt zu benötigen und die restlichen 13,6 % waren bezüglich weiterer Bedarfe unentschieden. Am häufigsten wünschten sich die Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten Praxishilfen (68,4 %), gefolgt von festen Ansprechpersonen bei der Jugendhilfe (57,8 %) und einer Telefonhotline (56,4 %). Darüber hinaus wurde häufig ein Bedarf an weiteren Informationen zur Prävention und Intervention angezeigt (51,1 %). 38,1 % benannten auch einen Bedarf an weiteren Informationen zur Diagnose (vgl. Abbildung B4).

Abbildung B4: Unterstützungswünsche der Befragten zum Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt



Die Abbildung B5 verdeutlicht, dass über die Hälfte der Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten die finanziellen Ressourcen für die Kinderschutzarbeit als sehr wichtig erachten, um die Kinderschutzarbeit im Feld der ambulanten Gesundheitsversorgung zu verbessern. Beinahe ebenso wichtig wird die zeitliche Freistellung für die Kinderschutzarbeit eingeschätzt sowie die Möglichkeit der Anrechnung der darauf verwendeten Zeit. Verhältnismäßig weniger Relevanz werden verpflichtenden Fortbildungen beigemessen (kumulierte Prozentangabe zu weniger wichtig und gar nicht wichtig: 33,8 %).

Abbildung B5: Bewertung bestimmter Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit im ambulanten Gesundheitswesen⁴⁹



⁴⁹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Säulen verzichtet.

B7. Zusammenfassung

In vielen ärztlichen und therapeutischen Praxen bestehen bereits Ansätze zur Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Trotzdem zeigen die Befragungsergebnisse Entwicklungsbedarfe:

- ▶ Nahezu alle Befragten (91,8 %) bejahen grundsätzlich, dass Kinder und Jugendliche ihre Wünsche und Bedürfnisse während der Behandlung bzw. Therapie äußern können und diese auch berücksichtigt werden (z.B. hinsichtlich der Entscheidung, ob eine Ärztin oder Arzt sie behandelt).
- ▶ Allerdings fehlen in über 80% der Praxen schriftlich niedergelegte Verhaltensregeln zum Umgang des Personals mit den minderjährigen Patientinnen und Patienten. Nur 13,4 % verfügen bereits über solche verschriftlichten Verhaltensregeln.
- ▶ Bei über einem Drittel der Praxen (36,8 %) existieren bereits geregelte Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche, die genutzt werden können, um beispielsweise Kritik zu äußern. Von diesen Beschwerdeverfahren sind 63,0 % auch für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht.
- ▶ Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ haben insgesamt 67 % der Befragten besucht, 30 % haben noch an keiner entsprechenden Fortbildungsmaßnahme teilgenommen.
- ▶ Die häufigsten Themen, zu denen Fortbildungen besucht wurden, betrafen das „Erkennen von Anzeichen sexualisierter Gewalt“ (89,4 %; n = 763), „Informationen über externe Hilfsangebote“ (75,8 %), „Intervention bei sexualisierter Gewalt“ (75,4 %) und rechtliche Fragestellungen (70,1 %).
- ▶ Als Unterstützung beim Bewerten möglicher Anzeichen von sexualisierter Gewalt werden vor allem Leitlinien oder Ähnliches (76,3 %) genutzt. Die genutzten Hilfsmittel werden als mittelmäßig hilfreich bewertet (Durchschnittsnote: 2,7).
- ▶ Beinahe die Hälfte der Befragten formuliert einen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt (48,9 %).
- ▶ Die Mehrheit der Befragten, die Unterstützungsbedarf angaben, wünschen sich zum Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt vor allem weitere Praxishilfen (wie Checklisten und Dokumentationsvorlagen).

RESÜMEE

Die Daten zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigen insgesamt, dass das Thema sowohl in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung angekommen ist. Der Status quo der Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten ist jedoch nicht einheitlich, sondern unterscheidet sich zwischen aber auch innerhalb der Handlungsfelder „Kliniken“ und „ambulanter Gesundheitsbereich“.

Die Ergebnisse für das Handlungsfeld Kliniken lassen verstärkte Bemühungen zu konkreten Präventionsmaßnahmen erkennen. So gibt es zum Beispiel einen Anstieg in der Entwicklung und Implementierung von Verhaltenskodizes und Handlungsplänen. Auch die Zahl der Ansprechpersonen auf Träger-ebene hat in den vergangenen vier Jahren deutlich zugenommen. In den ärztlichen und therapeutischen Praxen, die erstmalig im Monitoring vertreten sind, gibt es zum aktuellen Zeitpunkt bislang noch eher selten umfassende Schutzkonzepte, dennoch können einige Praxen bereits auf einzelne Präventionsmaßnahmen zurückgreifen, wie beispielsweise Beschwerdeverfahren für die minderjährigen Patientinnen und Patienten und schriftlich niedergelegte Verhaltensregeln. Der aktuelle Fokus im Hinblick auf den Schutz von Kindern und Jugendlichen im ambulanten Gesundheitswesen liegt auf der Intervention. So wünscht sich zum Beispiel fast die Hälfte der befragten Einrichtungen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt. Dieser Befund verweist darauf, dass Akteure aus dem ambulanten Gesundheitswesen qua Profession einen oftmals niedrigschwelligen Zugang zu Familien wie auch Kindern/Jugendlichen haben und in einer vertrauensvollen Beziehung mit diesen stehen. Entsprechend sind sie in besonderer Weise aufgefordert eine Kindeswohlgefährdung als mögliche Ursache aktueller gesundheitlicher Belastungen erkennen zu können, auch wenn sich Personen – Kinder, Jugendliche wie auch im späteren Lebensverlauf Erwachsene – mit einer unspezifischen Symptomatik an sie wenden. Zugänge zu Familien bzw. Kindern und Jugendlichen bieten sich beispielsweise in Praxen im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen oder bei der Behandlung von Verletzungen oder Erkrankungen von Kindern resp. Jugendlichen.

Auch wenn die Daten eine durchaus positive Tendenz abbilden, wird deutlich, dass die Einrichtungen des Gesundheitssektors beim Prozess der Entwicklung, Implementierung und Umsetzung von passgenauen Schutzkonzepten noch einen deutlichen Unterstützungsbedarf haben.

Literatur

Ahmed, Sarina/Bauer, Petra (2012): Zwischen Organisation und Profession. Fallkonstitution in Einrichtungen der Erziehungshilfe. In: Thole, Werner/Retkowski, Alexandra/Schäuble, Barbara (Hrsg.): Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie. Wiesbaden, S. 107–120

Behnisch, Michael/Rose, Lotte (2012): Frontlinien und Ausblendungen. In: Andresen, Sabine/Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.): Zerstörerische Vorgänge. Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen. Weinheim/Basel, S. 308–328

BMJV/BMFSFJ/BMBF – Bundesministerium der Justiz/ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht Runder Tisch. Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. Berlin

Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2015. Bundesgebiet gesamt. Online verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf [Letzter Zugriff: 01.06.2017]

Fegert, Jörg M./Wolff, Mechthild (2015): Eine neue Qualität der Debatte um Schutz vor Missbrauch in Institutionen. In: Fegert, Jörg M./Wolff, Mechthild (Hrsg.): Kompendium „Sexueller Missbrauch in Institutionen“. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim/Basel, S. 15–34

Fegert, Jörg M./Richter, Rainer (2015): Sexueller Kindesmissbrauch – Vertrauen in die Heilberufe. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 112, Heft 10, S. 406–409

Görgen, Arno/Griemert, Maria/Kessler, Sebastian (2015): Sexueller Missbrauch und Kinderschutz – Perspektiven im Wandel. In: Fegert, Jörg M./Hoffmann, Ulrike/König, Elisa/Niehues, Johanna /Liebhardt, Hubert (Hrsg.): Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Berlin/Heidelberg, S. 27–40

Herrmann, Bernd/Dettmeyer, Reinhard/Banaschak, Sibylle/Thyen, Ute (2016): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg

Helming, Elisabeth/Kindler, Heinz/Langmeyer, Alexandra/Mayer, Marina/Mosser, Peter/Entleitner, Christine (2011): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. München: Deutsches Jugendinstitut

Infas (2016): Tabellenband – Ärztemonitor 2016. Ergebnisse nach Facharztgruppen. Bonn

Rörig, Johannes-Wilhelm (2013): Schutz vor sexuellem Missbrauch ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In: Forum Erziehungshilfen, Jg. 19, H. 2, S. 68–72

Rörig, Johannes-Wilhelm (2015): Unterstützung, Bündnisse und Impulse zur Einführung von Schutzkonzepten in Institutionen in den Jahren 2012–2013. In: Fegert, J. M. /Wolff, Mechthild (Hrsg.): Kompendium "Sexueller Missbrauch in Institutionen". Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim/Basel, S. 587–601

UBSKM – Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (o.A.): Schutzkonzepte. Online verfügbar unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/schutzkonzepte/> [Letzter Zugriff: 24.05.2017]

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) (2013a): Handbuch Schutzkonzepte sexueller Missbrauch Befragungen zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ Bericht mit Praxisbeispielen zum Monitoring 2012–2013. Berlin

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) (2013b): Monitoring zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch (2012–2013). Zwischenbericht der zweiten Erhebungswelle 2013. Berlin

Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2015. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (o.A.): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Bonn. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=547:21739070D> [Letzter Zugriff: 9.12.2016]

Thun-Hohenstein, Leonhard (2016): Kinderschutzgruppen. In: Völkl-Kernstock, Sabine/Kienbacher, Christian (Hrsg.): Forensische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Psychologie – Medizin – Recht – Sozialarbeit. Wien u.a., S. 115–123

Das Deutsche Jugendinstitut e. V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit über 50 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis. Träger des 1963 gegründeten Instituts ist ein gemeinnütziger Verein mit Mitgliedern aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Bundesländer. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung. Aktuell arbeiten und forschen 360 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (davon 226 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler) an den beiden Standorten München und Halle/Saale.

Die Erhebungsinstrumente wurden von den Autorinnen in Zusammenarbeit mit Dr. Inken Tremel und Regine Derr entwickelt. Beratend in den Prozess einbezogen wurde das SOKO Institut für Sozialforschung und Kommunikation GmbH Bielefeld, der Arbeitsstab UBSKM und die Vereinbarungspartner, die sich aus Vertretungen der Dachorganisationen bzw. Dachverbände der einbezogenen Handlungsfelder zusammensetzen und mit dem UBSKM eine Vereinbarung zur Einführung und Umsetzung von Schutzkonzepten unterzeichnet haben. Die gesamte Erhebung wurde im Auftrag des DJI vom SOKO Institut durchgeführt. Die Berichterstellung wurde von der Forschungsdirektorin Prof. Dr. Sabine Walper, der Leiterin der Abteilung „Familie und Familienpolitik“, Dr. Karin Jurczyk, und dem Projektleiter und Leiter der Fachgruppe „Familienhilfe und Kinderschutz“, Dr. Heinz Kindler sowie der Projektkoordinatorin Dr. Inken Tremel fachlich begleitet. Weiter wurde das Team von der Sachbearbeiterin Pamela Berckemeyer und der wissenschaftlichen Hilfskraft Nana-Adjoa Kwarteng unterstützt.

Weitere Informationen zum Monitoring unter: www.dji.de/monitoring

Stand

Oktober 2017

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. ist das größte sozialwissenschaftliche Institut für Forschung und Entwicklung in Deutschland in den Themenbereichen Kindheit, Jugend, Familie und den darauf bezogenen Politik- und Praxisbereichen. Als außeruniversitäres Institut an der Schnittstelle zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, föderalen Ebenen, Akteursgruppen, Politikbereichen und Fachpraxen bietet das DJI verwertbare Erkenntnisse aus der empirischen Forschung, zeitnahe Beratung der Politik sowie wissenschaftliche Begleitung und Anregung der Fachpraxis. Zugleich fungiert das DJI als Vermittlungsinstanz zwischen Wissenschaft, Politik und Fachpraxis. Das DJI informiert Politik, Fachpraxis sowie die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit regelmäßig und zeitnah über seine Forschungsaktivitäten und -ergebnisse unter www.dji.de anhand einer breiten Palette von weiteren Publikationen.

Weitere Informationen zum Monitoring unter: www.dji.de/monitoring

Impressum

Herausgeber

Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten
für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Glinkastraße 24 | 10117 Berlin

Stand

November 2018

Weitere Informationen

E-Mail: kontakt@ubskm.bund.de
www.beauftragter-missbrauch.de
www.kein-raum-fuer-missbrauch.de
www.hilfeportal-missbrauch.de
Twitter: [@ubskm_de](https://twitter.com/ubskm_de)

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch

0800 22 55 530 (kostenfrei und anonym)

Hilfetelefon Forschung

0800 44 55 530 (kostenfrei und anonym)

ISBN 978-3-00-056897-8