



FACTSHEET 7: GESUNDHEIT

Abschlussbericht Monitoring 2015–2018

zum Stand der Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Qualitative und/oder quantitative Befragungen in Einrichtungen und Organisationen

Das Monitoring

Mit dem bundesweiten Monitoring untersuchte der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI) den Stand der Entwicklung von Schutzkonzepten in Einrichtungen und Organisationen. Durch institutionelle Schutzkonzepte können Einrichtungen und Organisationen mit vielfältigen Maßnahmen dabei unterstützt werden, kein Tatort zu werden, sondern Schutz- und Kompetenzort zu sein. Kinder und Jugendliche können im Rahmen von Schutzkonzepten gestärkt und zu sexueller Gewalt aufgeklärt werden und sie können kompetente Ansprechpersonen und Zugang zu Hilfe finden, wenn sie innerhalb oder außerhalb der Einrichtung oder Organisation von sexueller Gewalt betroffen sind.

In den drei Bereichen **Bildung/Erziehung (Schulen, Kindertagesstätten, Heime und betreute Wohnformen, Internate)**, **Freizeit (Religiöses Leben und Kinder- und Jugendarbeit)** sowie **Gesundheit (Kliniken und Praxen)** wurden zwischen 2015 und 2018 eine Vielzahl von Fallstudien und Gruppendiskussionen sowie breit angelegte quantitative Befragungen durchgeführt. Aus den Ergebnissen kann abgelesen werden, wie Einrichtungen und Organisationen Schutz und Hilfe bei sexueller Gewalt institutionell umsetzen. Dabei konnten zum Teil Vergleiche mit dem Stand der letzten Erhebungswelle (2013)¹ gezogen werden.

ZIELE DES MONITORINGS IM HANDLUNGSFELD GESUNDHEIT

Die Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, wie Schutz und Hilfe bei sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Kliniken und Praxen umgesetzt werden können. Im Rahmen der Erhebung im ambulanten Gesundheitsbereich wurde beispielsweise gefragt, ob Kinder und Jugendliche mitbestimmen dürfen, von wem sie behandelt werden, und ob sie ermutigt werden, Unangenehmes in einer Behandlung zu thematisieren. Es wurde auch untersucht, wie Kliniken und Praxen für den Kinderschutz weiter gestärkt werden können, um Kindern und Jugendlichen, die sexuelle Gewalt erlitten haben, passende Hilfen zu ermöglichen. Damit Kliniken und Praxen kein Tatort sexueller Gewalt werden, ist es erforderlich, verschiedene Risikofaktoren in den Blick zu nehmen. Hier geht es um das Machtgefälle zwischen Behandelnden und Patientin oder Patient, die Notwendigkeit körperlicher

¹Für Ergebnisse Monitoring 2012/2013 siehe Handbuch Schutzkonzepte <https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/hintergrundmaterialien>.

Untersuchungen, den teils längeren Aufenthalt von Minderjährigen ohne Bezugspersonen in einer für sie fremden Umgebung sowie um negative Vorerfahrungen einiger Kinder und Jugendlicher mit sexualisierter Gewalt.

BEFRAGUNG IN KLINIKEN

Forschungsdesign und Stichprobe

Die **qualitative Erhebung** fand in Form von zwei Fallstudien guter Praxis sowie einer Fokusgruppe statt. Dabei wurden eine Klinik mit Fachabteilung für Kinder und eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie befragt. Um genauer untersuchen zu können, wie Schutzkonzepte umgesetzt werden, wurde eine Fokusgruppe mit zentralen Akteuren (zum Beispiel einem Klinikleiter, einem Personalleiter eines Klinikverbunds, einer Kinderchirurgin) befragt. Mittels der qualitativen Studien wurden Herausforderungen, vor allem aber förderliche Bedingungen für die Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten identifiziert sowie positive Praxisbeispiele beschrieben. Ergebnisse der qualitativen Befragungen flossen in das Design der quantitativen Befragungen ein.

Die **quantitative Erhebung** erfolgte im Rahmen einer Vollerhebung, das heißt, alle Kliniken mit Schwerpunkt oder Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche wurden angefragt. Die Befragung zielte darauf, den Stand der Präventionsaktivitäten vor Ort abzubilden. An der quantitativen Befragung nahmen bundesweit 165 Kliniken teil (Rücklaufquote: 30 %). Darunter waren 70,9 % somatische Kliniken, 32,7 % psychiatrische Kliniken und 14,5 % Reha-Kliniken. Der Großteil der teilnehmenden Kliniken befand sich in staatlicher Trägerschaft (44,1 %), freigemeinnützige Träger waren mit 28,6 % und gewerbliche Träger mit 18,0 % vertreten.

Zentrale Ergebnisse der qualitativen Befragungen

Die im Monitoring untersuchten Kliniken haben im Hinblick auf Ausrichtung und Verweildauer unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen. In allen Kliniken wird jedoch betont, dass Fortbildungen und Verhaltensregeln, an denen sich Beschäftigte orientieren können, sowie niedrigschwellige Beschwerdeverfahren und ein aktiver Umgang mit der Thematik sexualisierte Gewalt bei der Personalauswahl grundlegende Elemente bei der Entwicklung und Implementierung von Schutzkonzepten sind. Gefährdungen durch digitale Medien werden während des stationären Aufenthalts von Kindern und Jugendlichen bei der Entwicklung von Schutzkonzepten bisher jedoch konzeptionell nur ungenügend berücksichtigt.

Hemmende Faktoren:

- Die Partizipation von Kindern und Jugendlichen ist im Klinikalltag oft nicht vorgesehen und auch durch die zum Teil sehr kurze Verweildauer auf somatischen Stationen nur eingeschränkt möglich.



- Es gibt bisher zu wenig Anreize und Mechanismen, um Kliniken zur Entwicklung eines Schutzkonzepts zu motivieren.
- Für Kliniken, in denen bereits Ansätze eines Schutzkonzepts etabliert sind, ist die Evaluation und zuverlässige Umsetzung im Alltag personell und finanziell schwer zu leisten.

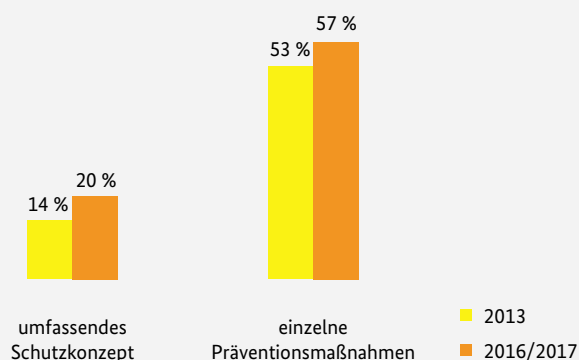
Förderliche Faktoren:

- Eine Teamkultur, in der es möglich ist, als problematisch wahrgenommene Situationen anzusprechen, wirkt unterstützend.
- Die sichtbare Verantwortungsübernahme durch die Leitung für den Schutz von Kindern und Jugendlichen ist förderlich.

Zentrale Ergebnisse der quantitativen Befragungen

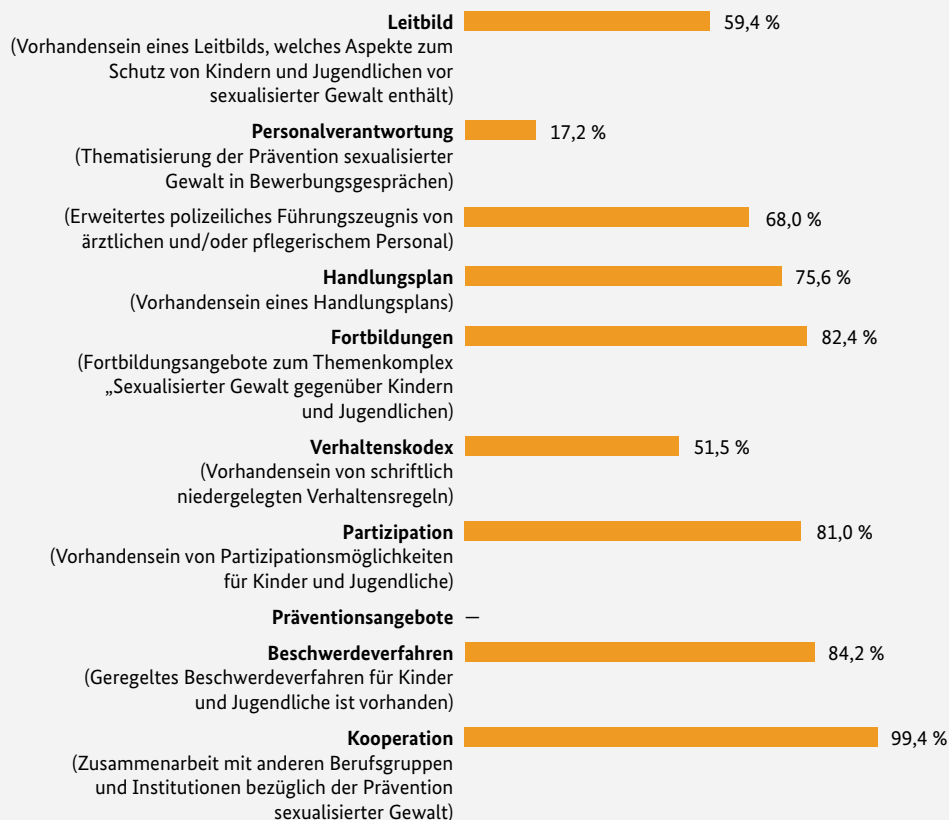
Die quantitative Auswertung zeigt, dass die Thematik in diesem Handlungsfeld angekommen ist: Drei Viertel der Kliniken berichteten davon, Bausteine eines klinikbezogenen Schutzkonzepts entwickelt zu haben, jede fünfte Klinik berichtete, bereits über ein umfassendes Schutzkonzept zu verfügen. Dies ist auch deshalb bemerkenswert, weil sich Kliniken bei der Entwicklung von Schutzkonzepten bisher kaum an gesetzlichen Vorgaben orientieren können und Träger erst teilweise unterstützend wirken. Auch wenn Unterschiede zwischen Kliniken verschiedener Fachrichtungen bestehen, hat die große Mehrheit der befragten Kliniken Ansprechpersonen und investiert in die themenspezifische Fortbildung der Beschäftigten. Positive Veränderungen im Vergleich zur letzten Befragung sind zu verzeichnen, wenn auch gleichzeitig noch bestehende Entwicklungsbedarfe deutlich werden, zum Beispiel beim Ausbau von Fortbildungen und bei den verfügbaren Informationsmaterialien.

Entwicklung von umfassenden Schutzkonzepten in Kliniken (Selbsteinschätzung)





Umgesetzte einzelne Maßnahmen eines Schutzkonzepts in Kliniken



Das Monitoring ermöglicht erstmals empirisch gestützte Hinweise darauf, was die Entwicklung von Schutzkonzepten in Kliniken begünstigt. Diese Hinweise werden durch die Erkenntnisse der qualitativen Studien unterstützt. Insgesamt lassen sich 45 Kliniken (27,3 %) als Einrichtungen mit fortgeschrittener Schutzkonzeptpraxis identifizieren². In diesen Kliniken erfahren Schutzkonzepte sehr hohe Akzeptanz bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ob eine bereits vorherrschende Offenheit in der Belegschaft dies begünstigt oder ob die Akzeptanz im Rahmen einer intensiveren Beschäftigung mit einem Schutzkonzept wächst, kann aufgrund der nur einmaligen Befragung nicht festgestellt werden. Eine grundsätzliche partizipative Ausrichtung (von Kindern und Jugendlichen, Eltern sowie Personal) im Klinikalltag war in dieser Gruppe von Kliniken mit fortgeschrittener Schutzkonzeptpraxis ebenfalls stärker präsent als in anderen Kliniken. Die Durchführung einer Risikoanalyse ebenso wie die Mitgliedschaft in einem Netzwerk geht einher mit fortgeschrittener Schutzkonzeptpraxis. Bei den strukturellen Merkmalen der Kliniken – wie Anzahl der betreuten Kinder und Jugendlichen, Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, Betreuungsschlüssel, Trägerschaft und Lage im ländlichen, kleinstädtischen oder großstädtischen Raum – ergaben sich in den Analysen keine erkennbaren Einflüsse auf die Einordnung in die Gruppe der Kliniken mit fortgeschrittener Praxis.

²Definitionsmerkmale für Einrichtungen mit einer aufgrund der Beantwortung der Fragebögen konstruierten „fortgeschrittenen Practice“ waren: (1) mindestens zwei Drittel der Bestandteile von Schutzkonzepten werden als vorhanden angegeben, (2) der eigene Umsetzungsstand bei Schutzkonzepten wird mindestens als eher hoch beurteilt, (3) dem Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ wird nach eigener Einschätzung Bedeutung in der Einrichtung beigemessen.



BEFRAGUNGEN IN PRAXEN

Forschungsdesign und Stichprobe:

Im ambulanten Gesundheitsbereich, der erstmalig in das Monitoring einbezogen war, wurde eine Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Kammern, kassenärztlichen Landesvereinigungen und Berufsverbänden befragt und im Anschluss daran eine vertiefende Fokusgruppe mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. Bei der standardisierten, flächendeckenden Befragung konnten 1.157 Praxen der ambulanten Gesundheitsversorgung erreicht werden. Unter den Befragten befanden sich 48,3 % Personen, die in der Kinder- und Jugendpsychotherapie tätig sind (Rücklaufquote: 34,1 %), 35,8 % Personen, die in der Kinder- und Jugendmedizin bzw. -psychiatrie tätig sind (Rücklaufquoten Kinder- und Jugendmedizin: 21,4 %, Kinder- und Jugendpsychiatrie: 30,3 %), und 15,9 % Personen, die sonstigen Fachrichtungen zugeordnet werden können (Rücklaufquoten Gynäkologie: 20,8 %, Allgemeinmedizin und innere Medizin: 18,8 %).

Zentrale Ergebnisse der qualitativen Befragungen

Praxen sind beim Schutz von minderjährigen Patientinnen und Patienten vor weiterer Gewalt und bei der Bewältigung der Folgen von Gewalt wichtige Anlaufstellen. Das Bewusstsein, dass Praxen als zentrale Kompetenzorte nach erlebter sexualisierter Gewalt eine große Rolle spielen, ist jedoch unterschiedlich stark ausgebildet. Am stärksten ist dieses Bewusstsein bislang im Bereich der Psychotherapie ausgeprägt. Häufig sind noch Handlungsunsicherheiten vorhanden. Entsprechend wird etwa der neuen S3-Leitlinie zum medizinischen Kinderschutz, die den Heilberufen mehr Orientierung im Umgang mit sämtlichen Formen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen geben soll, ausdrückliche Beachtung geschenkt.

Hemmende Faktoren:

- Praxen werden selten als mögliche Orte sexualisierter Gewalt wahrgenommen.
- Die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Jugendhilfe, vor allem im ländlichen Raum, ist mitunter noch unfähig.
- Es gibt Unklarheiten an der Schnittstelle zwischen Kinderschutzrecht, Patientenrechten und Arzthaftungsrecht. Insgesamt wird die Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen von den befragten Ärztinnen und Ärzten allerdings als positiv wahrgenommen.
- Ein Engagement für Kinderschutzfälle erfolgt meist außerhalb der vergüteten Leistungen.
- Die Thematik ist in der Ausbildung bisher nicht ausreichend verankert.
- Es gibt zu wenig niedrigschwellige Beschwerdemöglichkeiten für junge Patientinnen und Patienten.
- Es gibt bisher zu wenig Anreize und Mechanismen, um Kliniken zur Entwicklung eines Schutzkonzepts zu motivieren.
- Für Kliniken, in denen bereits Ansätze eines Schutzkonzepts etabliert sind, ist die Evaluation



und zuverlässige Umsetzung im Alltag personell und finanziell schwer zu leisten.

Förderliche Faktoren:

- Es ist hilfreich, wenn Praxen einen Zugang zu spezialisierten medizinischen Diensten (zum Beispiel Kindergynäkologie, Rechtsmedizin) haben.
- Es ist förderlich, wenn Ärztinnen und Ärzte, die sexualisierte Gewalt als Ursache somatischer Befunde entdecken, ein klares Bewusstsein dafür haben, dass (medizinische) Kooperationen erforderlich sind.
- Es ist wichtig, dass es im Bereich der Psychotherapie einen vertraulichen und vertrauensvollen Rahmen gibt, der es Kindern bzw. Jugendlichen ermöglicht, sich zu öffnen und sich anzuvertrauen.
- Förderlich sind die von den Kammern überwachten Berufsordnungen, die bereits ein Abstinenzgebot in therapeutischen Beziehungen umfassen.
- Ausbildung, Selbsterfahrung, Supervision und Intervision sowie die Einführung von Verfahren zum Qualitätsmanagement sorgen dafür, Übergriffe in Praxen zu erschweren.
- Wenn bereits etablierte einzelne Elemente zu Schutzkonzepten verknüpft werden und dieser Prozess von übergeordneten Strukturen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kammern) begleitet wird, sind dies ebenfalls förderliche Faktoren.

Zentrale Ergebnisse der quantitativen Befragungen

Die Erkenntnisse der quantitativen Auswertung machen deutlich, dass die Entwicklung von Schutzkonzepten in Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung noch am Anfang steht, es gibt jedoch bereits erste Ansätze. Externe Fortbildungen zum Thema werden häufig schon genutzt. Das Bewusstsein für Praxen als Kompetenzorte ist besonders ausgeprägt. Praxen, die vertrauter mit den Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes sind, fühlten sich auch sicherer im Umgang mit Fällen vermuteter sexueller Gewalt. Der Wunsch nach mehr Unterstützung bei dem Prozess der Entwicklung und Implementierung von Schutzkonzepten wird klar beschrieben. Da Praxen in der ersten Befragungswelle 2012/13 noch nicht dabei waren, kann die Schutzkonzeptentwicklung in Praxen für die letzten Jahre nicht dargestellt werden.

FAZIT

Die qualitativen und quantitativen Erhebungen im ambulanten und stationären Gesundheitsbereich zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte ebenso wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als kompetente Ansprechpersonen für Kinder, Jugendliche und Familien im Kontext von sexueller Gewalt eine wichtige Rolle spielen. Insgesamt wird aber das Risiko, dass Einrichtungen der Gesundheitshilfe auch Tatorte sexueller Gewalt sein können, noch zu wenig berücksichtigt. Ein systematischer Zugang zur Entwicklung eines Konzepts für Schutz und Hilfe bei sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist deshalb sehr wichtig. In Kliniken scheint man das erkannt zu haben, zahlreiche Kliniken haben sich bereits mit Präventionskonzepten zur Verhinderung bzw. zum Umgang mit sexueller Gewalt beschäftigt.



In den ambulanten Praxen hingegen finden sich bisher eher einzelne Bausteine von Schutzkonzepten, nur wenige ambulante Praxen haben daraus bereits ein umfassenderes Konzept entwickelt. Bei konkreten (Verdachts-)Fällen sowie bei der (Weiter-)Entwicklung von Schutzkonzepten besteht eine wechselseitige Zusammenarbeit zwischen ambulanten Praxen, Kliniken und Kinderschutzambulanzen. Bezüglich der Fallverläufe oder auch der Befugnisse zur Informationsweitergabe bestehen jedoch häufig noch Unsicherheiten. Es besteht auch ein wechselseitiger Austausch mit der Kinder- und Jugendhilfe. Aufgrund der engen zeitlichen Ressourcen im Gesundheitsbereich und einer Fülle an Zuständigkeiten werden jedoch auch hier Forderungen nach einer angemessenen finanziellen Honorierung laut.

Abschlussbericht und Teilberichte des Monitorings:

www.beauftragter-missbrauch.de/monitoring

www.dji.de/monitoring

Factsheets zum Monitoring und zu folgenden Handlungsfeldern können auf den oben genannten

Websites abgerufen werden:

Monitoring (1), Schule (2), Kindertageseinrichtungen (3), Heime und sonstige betreute Wohnformen (4), Internate (5), Religiöses Leben und Kinder- und Jugendarbeit (6) sowie Gesundheit (7)

Vorschlag zur Zitationsweise:

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs & Deutsches Jugendinstitut (2019):

Factsheet 7: Gesundheit. Monitoring 2015–2018. Berlin.