

Abschlussbericht zum Projekt

„Hinsehen-Erkennen-Handeln.
Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	3
2. Motivationsphase	5
3. Umsetzungsphase/Intervention	9
4. Koordinierungs-/ Abschlussphase	13
5. Netzwerkarbeit	15
6. Medien- und Öffentlichkeitsarbeit	16
7. Evaluation	17
8. Offene Fragen	18
9. Literaturverzeichnis	22
Anhang	25
Unterschriften	37

1. Einleitung

Misshandlung und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend stellen ein erhebliches soziales und gesundheitliches Problem für die Betroffenen dar. Deutlich wird immer wieder, dass eine nicht zu unterschätzende Zahl von Kindern Gewalt ausgesetzt ist. Häuser et al. veröffentlichten 2011 eine retrospektive Befragung von 2504 erwachsenen Deutschen. Danach waren 1,6% der Befragten schwerem emotionalen, 2,8 % schwerem körperlichen und 1,9% schwerem sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit und Jugend ausgesetzt. 6,6% der Studienteilnehmer berichteten über schwere emotionale und 10,8% über schwere körperliche Vernachlässigung. Schätzungsweise 5% aller Kinder wachsen in Verhältnissen auf, in denen ein Risiko für Vernachlässigung besteht, d. h. ca. 30 000 Kinder jedes Geburtsjahrgangs (Bundesärztekammer 2007). Esser und Weinel (1990) schätzen, dass etwa 5 bis 10% aller in Deutschland lebenden Kinder von Vernachlässigung betroffen sind. Wie viele Kinder davon in der Bundesrepublik betroffen sind, lässt sich nur schwer ermitteln. Als Untergrenze wird geschätzt, dass mindestens 50.000 Kinder unter erheblicher Vernachlässigung leiden, nach oben hin schwanken die Zahlen von 250.000 bis 500.000.“ (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales & Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen e.V. 2002). Kinder in der Altersgruppe von 0 bis 3 Jahren stellen dabei prozentual den höchsten Anteil von Kindern mit einer Kindeswohlgefährdung (im Folgenden abgekürzt als: KWG). Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder in Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter (Dresdner Kinderschutzbericht 2012). Kurzfristig entstehen gesundheitliche (physische und/ oder psychische) Schädigungen der von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch betroffenen Kinder, die neben allen sozialen Leistungen unmittelbar meist erhebliche medizinische Diagnostik- und Behandlungsaufwendungen nach sich ziehen, mittel- und längerfristige Krankenhausaufenthalte bedingen und ambulante Kontrolluntersuchungen erfordern. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen hat nach Gewalterfahrung komplexe Behandlungsbedarfe mit hohen Folgekosten, sowohl im psychosozialen als auch im medizinisch-therapeutischen Bereich (Edwards u.a. 2003, S. 1453f; Felitti u.a. 1998, S. 245). Langfristig entstehen physische und/ oder psychische Schäden, die nicht nur zu einer erheblichen und oft langwierigen Einbuße an Lebensqualität, mitunter sogar bleibender Schädigung oder gar Behinderung führen, sondern auch hohe Folgekosten – nicht ausschließlich für die medizinische Versorgung – verursachen. Die durchschnittlichen Aufwendungen bei rechtzeitigem Erkennen einer KWG liegen z. B. für Frühe Hilfen bei rund 7.274 €/Fall. Werden hingegen KWG'en zu spät erkannt und alle dann darauf folgenden Aufwendungen einbezogen, ergeben sich weitaus höhere Kosten (Meier-Gräwe/Wagenknecht, 2011). Weitere Probleme zeigen sich insbesondere in gehäuften Problemverhalten im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen und der Affektregulation bei misshandelten und vernachlässigten Säuglingen und Kleinkindern (Crittenden 1992 S.329; Main/George 1985 S.407; Schneider-Rosen/Cicchetti 1984 S.648;

Schneider-Rosen/Cicchetti 1991 S.471), aber auch in kognitiven Entwicklungsverzögerungen (Erickson/Egeland 2002; Kindler u.a. 2006). Außerdem zeigten sich in unterschiedlichen Untersuchungen wiederholt so genannte disruptive Verhaltensstörungen, depressive Symptomatik, dissoziative Störungen (Scheeringa/Gaensbauer, 2000) ebenso wie Suizidalität und posttraumatische Belastungsstörungen (Kindler u.a. 2006). Auch zeigten Gunnar und Quevedo (2008), dass frühe stressreiche Erfahrungen wie Vernachlässigung oder Misshandlung zu dauerhaften neurobiologischen und hormonellen Veränderungen, die ein Kind lebenslang vulnerabler für Stress und psychische Erkrankungen machen, führen. Zudem fand sich ein erhöhtes Risiko, im Jugend- bzw. im jungen Erwachsenenalter an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Cahill u.a. 1999 S.827; Kaplan u.a. 1999, S.1214; Kindler u.a. 2006).

Der Umgang mit Fällen von KWG im medizinischen Bereich ist in diesem Kontext als besonders sensibler Bereich zu sehen, da Ärzte in den ersten drei Lebensjahren die Berufsgruppe sind, welche regelmäßig und zuverlässig Kontakt mit Kindern und deren Familien haben. Besonders in Kinderkliniken sollte Kinderschutz deshalb integrierter Schwerpunkt aller dort tätigen Disziplinen sein. Medizinisches Fachpersonal ist außerdem häufig erste Kontaktperson bei der Versorgung von Gewaltopfern. Die Diagnose und der nachfolgende Schutz der Opfer setzt neben der Aufmerksamkeit und Bereitschaft zur Diagnosestellung, fachliche Kenntnisse der verschiedenen Misshandlungsformen, Diagnostik entsprechend aktueller Leitlinien, strukturiertes und fachgerechtes Vorgehen der Verdachtsabklärung, die Erfassung familiärer Risiken und Ressourcen, Rechtssicherheit und damit die Bereitschaft zum multiprofessionellen Handeln voraus (AG KiM, Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Empfehlungen bei Kinderschutz an Kliniken 2013). Die Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) entwickelte verbindliche Leitlinien für diesen Bereich und empfiehlt dringend die Etablierung einer multiprofessionellen Kinderschutzgruppe (im Folgenden abgekürzt als: KSG) an allen pädiatrischen Institutionen.

Der folgende Abschlussbericht zum Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“ ist durch das in Abbildung 1 aufgeführte Phasengeschehen gegliedert, welche in den folgenden Punkten ausführlich erläutert werden.

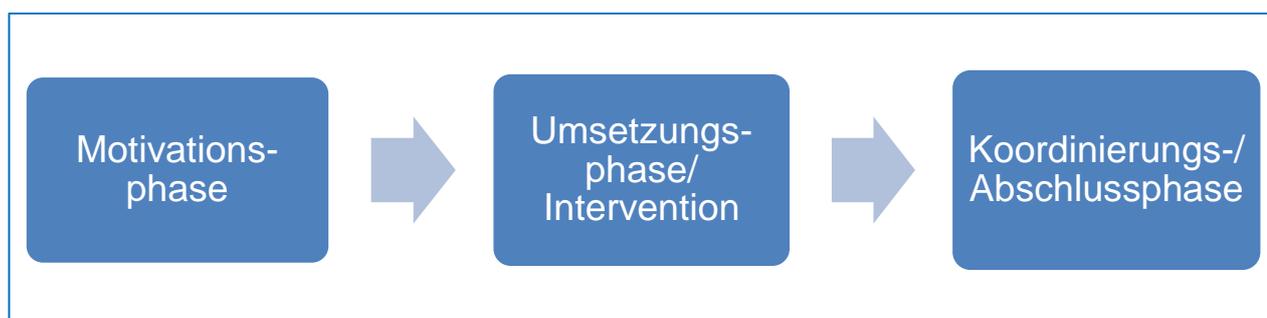


Abb. 1: Projektphasen

Ziel des Projektes war es, die erreichten effektiven, partnerschaftlichen Strukturen zwischen Jugendhilfe und stationärem Gesundheitswesen bei Verdachtsfällen der KWG aus den Vorgängerprojekten (Dresden) (Schellong u.a., 2013) auf Sachsen zu übertragen. Jede pädiatrische Abteilung sollte in die Lage versetzt werden, ein strukturiertes und verbindliches Interventionskonzept zu etablieren, welches die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt und von den Leitern aller beteiligten Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen und der jeweiligen Geschäftsführung getragen wird. Es werden die Projektergebnisse bis einschließlich 31.12.2013 beschrieben.

2. Motivationsphase

Mit Unterstützung der Sächsischen Krankenhausgesellschaft erfolgte die Vorbereitung der Auftaktveranstaltung des Projektes am 02.04.2012 im Medizinisch-Theoretischen-Zentrum in Dresden. Die Einladungen der Leitungen der pädiatrischen Abteilungen, sowie der Gesundheits- und Jugendämter aller Gebietskörperschaften in Sachsen erfolgte über die Krankenhausgesellschaft Sachsen, sowie ergänzend durch die vier Kooperationspartner des Projektes.

Neben der Vorstellung des Projektzieles, des konkreten Vorgehens und der Umsetzung der Zeitachse durch die Projektleitungen, wurde die Veranstaltung genutzt, um die Dresdner KSG, die Funktion der Netzwerkkoordinatoren in den Gebietskörperschaften (Zwickau), sowie eine Möglichkeit der verstetigten Kinderschutzarbeit (Freiburg) vorzustellen.

Das konkrete Programm ist im angehängten Flyer (Anhang I) ersichtlich. Am 02.04. waren ca. 75 Personen anwesend.

Im Nachgang zur Auftaktveranstaltung erfolgte durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) ein Anschreiben an die Verwaltungsdirektoren der Kliniken in Sachsen, in welchem über das Projekt informiert und um wohlwollende Mitwirkung im Sinne des Projektziels in den Kliniken gebeten wurde.

Das Anschreiben der Chefarzte und der Pflegedienstleitungen der Kinderkliniken, sowie der Amtsleiter der Gesundheits- und Jugendämter erfolgte durch die vier Projektleitungen ab Mai 2012. Angeschrieben wurden, neben den je 12 Amtsleitungen der Gesundheits- und Jugendämter (Dresden ausgenommen), 30 Kinderkliniken, 6 Kinderchirurgien, 10 Kinder- und Jugendpsychiatrien, sowie 7 SPZs. In Summe sind dies 53 Abteilungen in 43 Häusern.

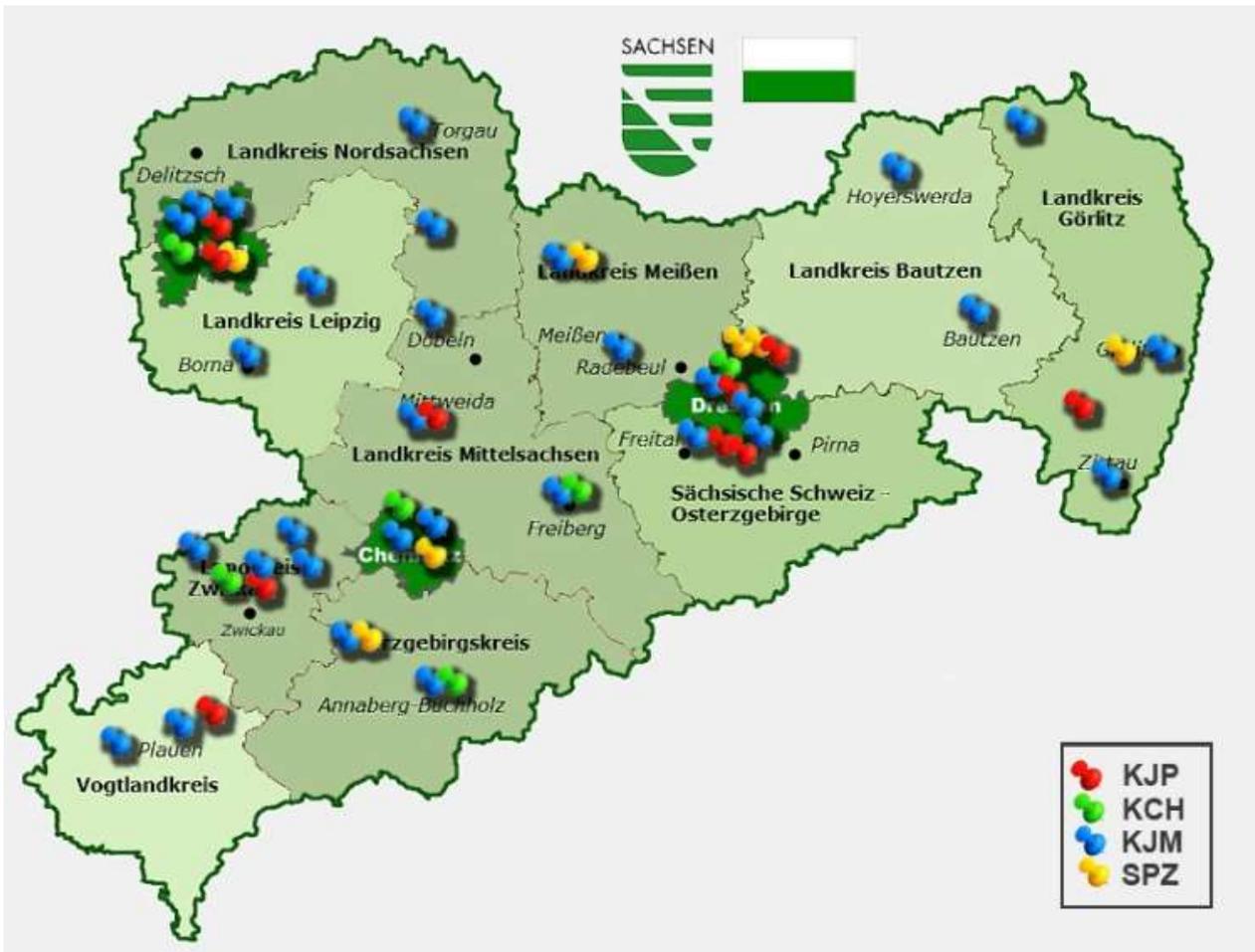


Abb. 2: Überblick über die sächsischen pädiatrischen Einrichtungen

Im Juni 2012 erfolgten die ersten persönlichen Kontaktaufnahmen mit den Verantwortlichen in den Kliniken und damit Terminvereinbarungen für erste Gespräche zur Vorstellung des Inhaltes und Ziels des Projektes. Die Anliegen der Gründung von KSG'en, die Etablierung einer standardisierten Arbeitsweise in Verdachtsfällen der KWG, die Nutzung von standardisiertem Dokumentationsmaterial, die Meldung dieser Fälle an das Jugendamt und rechtliche Fragen wurden besprochen.

Es wurde zu diesem Zweck eine Powerpoint-Präsentation erstellt, welche in jeder Klinik zum Einsatz kam. In den Kliniken wurde für das erste Treffen, soweit vorhanden, Mitarbeiter der verschiedenen Bereiche angesprochen: Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Sozialdienst, Pflege, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neuropädiatrie (siehe Abb. 3)

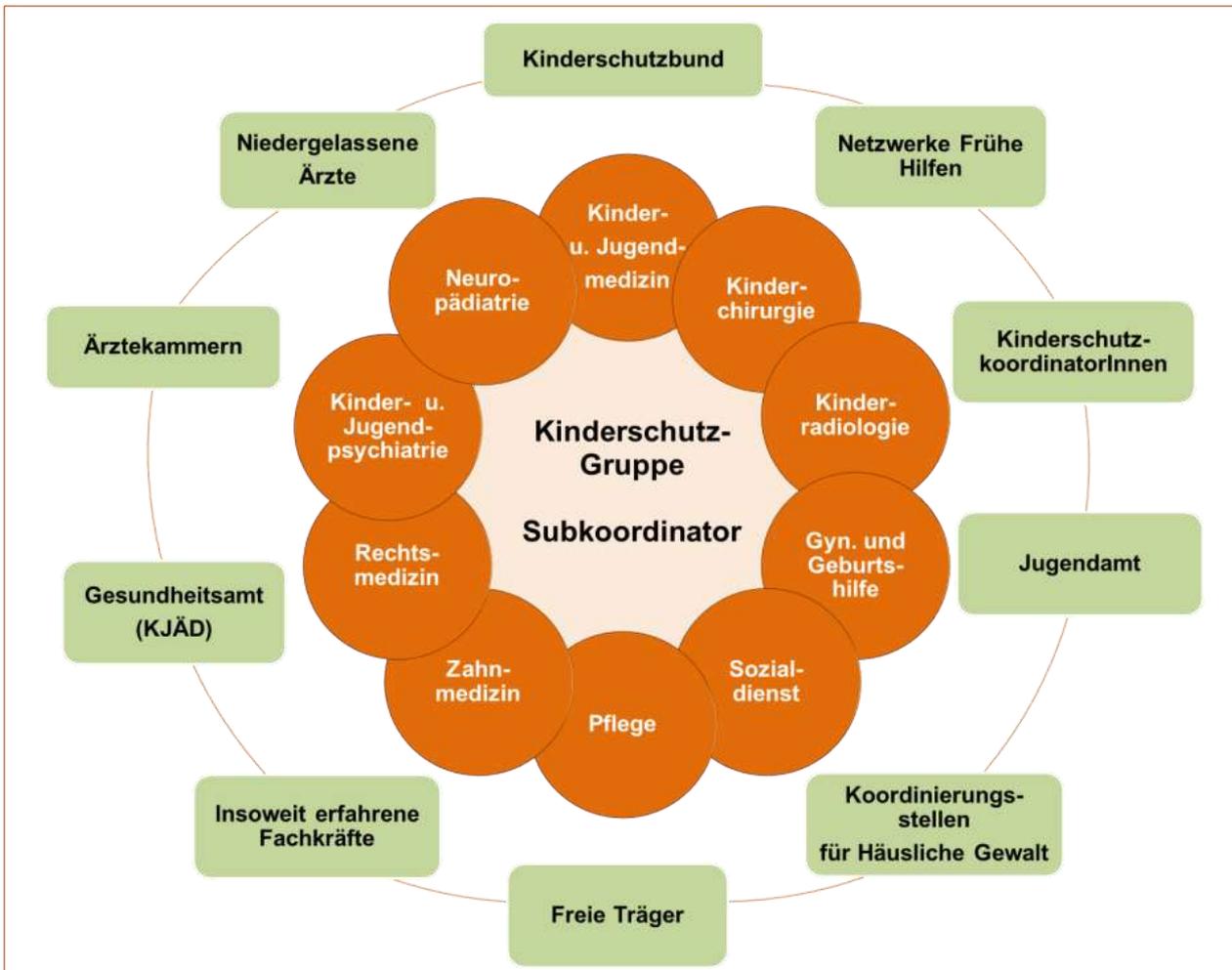


Abb. 3: Struktur der KSG'en

Bereits im ersten Vorgespräch wurde versucht, Mitarbeiter anzusprechen, welche bereit waren, sich über das reguläre Arbeitsmaß hinaus zu engagieren. In diesen Gesprächen in den Kliniken waren zwischen 2 und 18 Teilnehmer anwesend. Ziel dieses ersten Treffens war u.a. in jeder Klinik einen Subkoordinator für die Kinderschutzarbeit und insbesondere für die Etablierung einer KSG zu gewinnen. Damit wurde ein leichter Kommunikationsfluss geschaffen – sowohl klinikintern als auch nach „außen“. Beruflich gehören die Koordinatoren überwiegend dem ärztlichen Personal an, jedoch sind auch Psychologen und Sozialpädagogen vertreten.

Im Freistaat war ein sehr unterschiedlicher Stand in Bezug auf Kinderschutzaktivitäten und -kompetenzen festzustellen. So wurden einerseits umfangreiche thematische Kenntnisse und Vorlauf in der Netzwerkarbeit im Thema Umgang mit KWG deutlich. Andererseits zeigten sich eine durchaus ausbaufähige Arbeitsweise und ein eher intuitiver, variabler Umgang mit Verdachtsfällen der KWG.

Nach Zusage der Kliniken zur Teilnahme an dem Projekt erfolgte die Kontaktaufnahme zu den Jugendämtern. Diese Reihenfolge der Vorsprache wurde gewählt, da ohne Teilnahme der Klini-

ken am Projekt (und damit perspektivisch Gründung einer KSG) ein Zugehen auf das Jugendamt mit dem Ziel der Etablierung eines Faxmeldebogens und entsprechenden Meldesystems, nicht sinnvoll gewesen wäre.

Alle Jugendämter waren für Gespräche in Bezug auf das Projektziel offen, so dass in allen Gebietskörperschaften Treffen vereinbart worden. Daran nahmen, je nach Amt, die Amtsleitung, Sachgebietsleitung und die Netzwerkkoordinatoren für Kinderschutz teil.

Wir informierten transparent darüber, welche Inhalte wir in den Kliniken vermitteln und baten um die Mitwirkung an der Erarbeitung eines sachsenweit einheitlichen Faxmeldebogens. Zusätzlich erhoben wir das Meldesystem für Verdachtsfälle der KWG der jeweiligen Gebietskörperschaften.

Bis Januar 2013 wurden alle vereinbarten Vorgespräche in Jugendämtern und Kliniken absolviert. Dieser längere zeitliche Rahmen begründet sich u.a. mit knappen Terminvalenzen der Verantwortlichen, internen Umstrukturierungen in Kliniken und dem Wechsel von ärztlichen Leitungen. Unser Ansinnen fand im überwiegenden Teil der Kliniken/Abteilungen und Jugendämter Zuspruch. In 3 Kliniken erfolgte kein Gespräch, da dies von Seiten der Klinikleitung explizit nicht gewünscht war. Eine Kinderabteilung wurde während des Projektzeitraumes geschlossen.

Hingewiesen sei, dass insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJP) und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) eine Sonderrolle bei der Umsetzung des Projektziels einnehmen. Damit ergab sich für uns ein verändertes Vorgehen und eine Modifizierung des Ziels dahingehend, dass nicht stringent auf die Gründung einer KSG hingearbeitet wurde.

- KJP: Die KJPs haben seit jeher ein Vorgehen mit Verdachtsfällen der KWG entwickelt und praktizieren dies mit hoher subjektiver Zufriedenheit. Zum anderen sind die Klientel der KJPs und der Jugendämter zu einem hohen Prozentsatz identisch. Daher erfolgt(e) eine enge und gut etablierte Zusammenarbeit zwischen beiden Institutionen.

Mithin kann in KJPs nur in Ausnahmefällen von akuter KWG gesprochen werden. Kinder/Jugendliche, welche in einer KJP aufgenommen werden, sind i.d.R. bereits in anderen Hilfesystemen vorstellig bzw. integriert worden. Daher erfolgt nicht selten eine Einweisung mit der Bitte um Diagnostik/ Therapie auf einen Verdacht hin. Zudem ist die Verweildauer in einer KJP üblicherweise mehrere Wochen und daher ist ein anderes therapeutisches Vorgehen möglich, auch in der Arbeit mit den Eltern.

Folglich wurden die KJPs angeschrieben und auch, falls gewünscht, ein Gespräch vereinbart, jedoch nicht stringent am Projektziel festgehalten.

- SPZ: Die SPZs in Sachsen sind an fast allen Standorten an eine Klinik angegliedert oder befinden sich in direkter geografischer Nähe. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und SPZ ist daher obligatorisch.

Dieser logistische Vorteil ist relevant, wenn in der täglichen Praxis ein Verdachtsfall auftritt. Zugleich nehmen die Einrichtungen einen wichtigen Versorgungsauftrag in der Vor- und

Nachsorge zur Klinik ein und betreuen Kinder/Jugendliche mit besonderem Förderbedarf. Die Arbeitsweise in einem SPZ ist daher sehr stark auf Kinderschutz ausgerichtet und ein wacher Blick obligat. Eine Arbeitsweise im Verdachtsfall der KWG wie in einer Klinik ist in einer solchen Einrichtung nicht möglich. Jedoch empfohlen wir in allen Kliniken mit SPZ im Umkreis, diese in die Arbeit einzubeziehen. Mit Mitarbeitern aller SPZs fanden, meist im Rahmen der Kliniktreffen, Gespräche statt.

Nach den ersten Vorgesprächen waren ca. $\frac{3}{4}$ der Kliniken interessiert an der standardisierten Arbeitsweise und dem Einsatz von entsprechendem Dokumentationsmaterial. Ähnlich hohes Interesse galt einer Stärkung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.

Die Zusage zur Gründung einer KSG erfolgte zu diesem Zeitpunkt noch eher verhalten, da klinikintern noch Absprachen erfolgten und Personal angesprochen werden musste.

3. Umsetzungsphase/Intervention

Interessierte Kliniken begannen mit der Akquise von Mitarbeitern für die Bildung einer KSG, der Anpassung des Dokumentationsmaterials und des Ablaufschemas im Falle eines Verdachtes einer KWG.

Folgendes Dokumentationsmaterial wurde angeboten:

- Klinikspezifisches, standardisiertes Ablaufschema mit Angabe von Ansprechpartnern (Klinischer Pfad)
- Dokumentationsbogen Akutvorstellung
- Meldebogen an das Jugendamt (nach Bearbeitung mit dem jeweiligen Jugendamt eingefügt)
- Ausführlicher Dokumentationsbogen (ausführliche Anamnese)
- Extra-Verhaltensfragebogen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch
- Diagnostikschema
- Kurzprotokoll Fallkonferenz (3x)
- Pflegerische Dokumentation (Basis, Besucherverzeichnis)
- Einwilligungserklärungen (Körperliche Untersuchung einschließlich Fotodokumentation, Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt ^{1*})
- Anleitung Elterngespräch
- Rechtmedizinische Vorstellung ^{2*}

Diese Dokumente sind mit Empfehlung von der AG KiM (Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin) im Vorgängerprojekt in Dresden als „Rote Mappe“ zusammengestellt, bereits genutzt und im weiteren Verlauf ergänzt worden.

Im aktuellen Projekt wurden den Kliniken die Dokumente vorgestellt und auf einer CD in einer bearbeitbaren Word-Version bzw. in einem an die Teilnehmer versandten Newsletter zur Verfügung gestellt. Die Dokumente sollten sowohl inhaltlich (Anpassung des Ablaufschemas bei Verdacht auf KWG) als auch formal (Logo der Klinik, Einfügen Klinikleitung) angepasst werden. Ziel war es, dass die Kliniken eine Arbeitsgrundlage erstellen, welche einerseits Sicherheit in der Handlung und Genauigkeit in der Diagnostik bietet und andererseits Handhabbarkeit im Stationsalltag ohne Steigerung des Dokumentationsaufkommens bedeutet. Abläufe in Kliniken mit Regel- oder Schwerpunktversorgung sind abweichend zu denen in Häusern der Maximalversorgung. Eine Anpassung von Arbeitsabläufen, Prüfung von Ressourcen und Festlegung von Behandlungszielen konnte daher nur in jedem Haus selbst erfolgen und nicht von uns vorgegeben werden.

¹*Im Gespräch mit den Mitarbeitern der Kliniken erfolgte der Hinweis an uns, dass eine Rückmeldung von Seiten des Jugendamtes nach Entlassung des Kindes zu dessen weiterem Verlauf günstig wäre, um die eigene Wahrnehmung für den Verdacht einer KWG zu schärfen. Folglich entstand mit einer mit dem Projekt kooperierenden Anwältin eine Einverständniserklärung, welche es den Kliniken ermöglicht, mit Unterschrift der Eltern, nach einem selbstgewählten Zeitraum die Datenschutzbefreiung an das Jugendamt zu senden mit der Bitte um kurze Hinweise zum Fallverlauf nach Entlassung des Kindes aus der Klinik. Das angebotene Dokumentationsmaterial wurde um den Bogen ergänzt.

²* Der Dokumentationsbogen „Rechtsmedizinische Vorstellung“ wurde innerhalb der KSG des Universitätsklinikums C.G.C. entwickelt und dient der Erhebung und Zusammenfassung der rechtsmedizinischen Expertise.

Die teilnehmenden Kliniken wurden nach dem Vorgespräch ca. alle 4-6 Wochen angerufen, der aktuelle Bearbeitungsstand erhoben, Fragen geklärt und das weitere Vorgehen besprochen. Bei Notwendigkeit wurde ein weiteres Vorgespräch vereinbart. Diese Gespräche wurden schriftlich dokumentiert.

Im Nachgang zu unseren Gesprächen in den Jugendämtern baten wir die Verantwortlichen um Zuarbeiten für die Erstellung eines möglichst einheitlichen Faxmeldebogens. Dieser Wunsch nach Einheitlichkeit des Bogens ist der Situation geschuldet, dass eventuell Kinder aus einem Landkreis in einer Klinik eines anderen Landkreises behandelt werden müssen und eine Meldung erfolgen soll. Die Bögen sollen für diesen Fall möglichst gleich aussehen und dieselben Informationen enthalten. Ziel dieses Meldebogens war weiterhin, dass möglichst kurz (maximal zwei Seiten) und prägnant die Situation beschrieben werden konnte und relevante Daten (über das Kind, die Eltern, weitere Geschwister, Sorgerechtsverhältnisse, Anlass der Meldung) ersichtlich waren. Zu erwähnen ist, dass bereits bestehende Meldebögen für den Verdacht einer KWG

selten auf das medizinische Personal in der speziellen (Akut-)Situation zugeschnitten sind. Das heißt, dass die Bögen mitunter mit viel Niederschrift verbunden sind und die Methode der Diagnostik, welche nahezu ausschließlich medizinischem Personal vorbehalten und relativ eindeutig ist, nicht gerecht wird. Die Bögen sind meist auf Kindertagesstätten und Schulen ausgerichtet, welche die Methode der Beobachtung nutzen und damit mehr Facetten erheben können. Mitarbeiter dieser Institutionen können daneben mehr Möglichkeiten zur Gefahrenabwendung ergreifen (z.B. einen Hausbesuch zur Erfassung der familialen Situation absolvieren, über einen Zeitraum Einschätzungen mit Hilfe eines Ampelsystems treffen). Für Kliniken trifft dies kaum zu.

Dieser bedeutsame Unterschied wurde versucht, den Jugendämtern zu vermitteln und damit die Notwendigkeit eines Faxmeldebogens für medizinisches Personal in Kliniken zu entwickeln bzw. schon bestehende Bögen anzupassen. Mitwirkende Jugendämter nannten uns folglich Punkte, welche auf dem Meldebogen unbedingt Erwähnung finden sollten. Wir registrierten Überschneidungen und erstellten aus dem in Dresden vorhandenen Meldebogen und den Hinweisen der Jugendämter im Freistaat ein entsprechendes Exemplar (siehe Anhang II). Nach Zusage der Jugendämter zu dem Meldebogen, baten wir die Verantwortlichen die für ihre Gebietskörperschaft relevanten Daten (Kopf der Verwaltung, Telefonnummer und Fax für die Meldung, Erreichbarkeit zu Schließzeiten) einzufügen.

An dieser Stelle möchten die Projektkoordinatorinnen außerdem darauf hinweisen, dass für alle beteiligten Mitarbeiter in den Kliniken – unabhängig von Profession und Position – die Arbeit zum Aufbau bzw. Stärkung einer KSG ehrenamtliche Zusatzarbeit zum beruflichen Alltag ist. Sehr häufig schilderten uns Mitarbeiter, dass die entscheidende Arbeit diesbezüglich in der Nachtschicht, nicht selten am Wochenende und sogar außerhalb der Arbeitszeit passiere. Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, dass der Projektidee nicht nur Begeisterung entgegen gebracht wurde und sich der Prozess der Implementierung auf zeitlicher und inhaltlicher Ebene sehr verschieden gestaltete. So gab es Kliniken, welche recht zügig die Unterlagen anpassten, KSGen gründeten und bereits begannen, Fälle nach der Arbeitsweise zu bearbeiten. Diese Kliniken haben sich z.T. bereits vor Beginn des Projektes mit der Thematik „KSG“ befasst. Die Subkoordinatoren dieser Kliniken meldeten sich z.T. selbst mit konkreten inhaltlichen Fragen bzw. der Frage nach weiteren Schritten bei uns. Die Arbeit mit diesen Kliniken bzw. Abteilungen festigte sich. Daneben gab und gibt es Kliniken, welche mit Personalmangel, Wechsel der Leitung und sehr hohem Arbeitsaufkommen eingespannt sind. In diesen Kliniken fiel es schwer, einen Subkoordinator zu finden, die Gruppe zusammen zu stellen, sich mit der vorgestellten standardisierten Arbeitsweise auseinander zu setzen oder schlicht Grenzen bei der EDV zu überwinden. Mithin gibt es Verantwortliche, bei welchen die interdisziplinäre Arbeitsweise in einem solchen Verdachtsfall der KWG nicht gewünscht ist. In diesen Kliniken bleibt die Umsetzung des Projektziels offen.

Aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten und der verschiedenen Arbeitsstände der Umsetzung des Projektziels bei den teilnehmenden Kliniken haben sich die Projektleitungen auf folgenden Mindeststandard zur Umsetzung des Auftrages verständigt.

Von der Umsetzung des Zielauftrages (Gründung einer KSG) wird ausgegangen, wenn folgende Indikatoren erfüllt sind:

- Gründung einer KSG mit Benennung eines konkreten Ansprechpartners
- Erstellung/Anpassung eines internen Ablaufschemas für das Vorgehen im Verdachtsfall einer KWG
- Erstellung/Anpassung und Nutzung von standardisierten Dokumentationsbögen für das Vorgehen im Verdachtsfall einer KWG (in Anlehnung an die AG KiM)

Als weitere große Herausforderung stellte sich die prozesshafte Arbeit in den jeweiligen Gebietskörperschaften dar. Beide Sphären (Jugendamt und Klinik) funktionieren nach unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und arbeiten mit verschiedener Methodik und Verständnissen für Lebenswelten der Zielgruppen. Ein wichtiger Aspekt in den jeweiligen Gebieten war das Anerkennen und der Respekt für Unterschiedlichkeit in Struktur und Arbeitsweise. So ist für einen Arzt originärer Bestandteil seines Berufsbildes, das ein Bereitschaftsdienst besteht, in einem Amt nicht. Begrifflichkeiten sind im Amt und einer Klinik verschieden besetzt, so bedeutet z.B. „dringlich“, „bedrohlich“ oder „Gefährdung“ in beiden Institutionen nicht dasselbe. Das galt es anzuerkennen und gegenseitige Forderungen und Geringschätzung sollten abgebaut werden. Bereits an dieser Stelle sei angemerkt, dass dies besonders auf den „Regionalen Konferenzen“, welche später erläutert werden, gelang.

Von den sächsischen Jugendämtern nutzen 10 der 13 Jugendämter im Freistaat Sachsen den gemeinsam erstellten Faxmeldebogen. Drei Jugendämter möchten ihr bestehendes Meldedokument nutzen. Gründe sind der Wunsch nach einem Bogen für alle Berufsgruppen, welche mit Kindern arbeiten bzw. dass jener unsere Kriterien erfülle und bereits allen Akteuren vor Ort bekannt sei. Abschließend wurde durch die Projektkoordinatorinnen eine laminierte Folie erstellt, welche die Kontaktmöglichkeiten im Fall eines Verdachtes der KWG zu Öffnungs- und Schließzeiten der Jugendämter im Freistaat auflistet. Jede Klinik, welche zumindest in die Vorgespräche eingebunden war, hat diese Folie erhalten. Eine Aktualisierung über die Projektzeit hinaus ist für dieses Dokument wichtig. Diese Aufstellung ist im Anhang III beigefügt.

Für die Projektpartner überraschend ist das sehr heterogene Meldesystem für eine KWG zu Schließzeiten des Jugendamtes im Freistaat Sachsen. Beschriebenes Ziel des Projektes war es, dass Mitarbeiter einer Klinik für den Fall einer dringenden KWG und mangelnder Kooperation der Eltern auch zu Schließzeiten des Jugendamtes eine notwendige Inobhutnahme anzeigen kön-

nen. Je nach Gebietskörperschaft würde dieser Anruf gegenwärtig bei einem Kinder- und Jugendnotdienst (2 Gebietskörperschaften) oder in der Rettungsleitstelle des Landkreises erfolgen. Im letzteren Fall wiederum ist beim überwiegenden Teil der Landkreise/Städte ein Dezernentensystem geschaltet. D.h. der Anruf der Rettungsleitstelle wird an einen diensthabenden Dezernenten weitergeleitet, welcher entweder selbst agieren kann oder an einen weiteren diensthabenden Kollegen des entsprechenden Fachbereiches weiterleitet. Laut Aussagen von Kliniken gab es Situationen, in welchen der Verdachtsfall nicht an den Fachkollegen weitergeleitet wurde, sondern auf Montag zu Dienstzeiten verwiesen wurde. Die Mitarbeiter der Kliniken schilderten eine große Unzufriedenheit bzgl. dieses Vorgehens. Die Regelung einer Rufbereitschaft in einer Gebietskörperschaft ist Bestandteil der kommunalen Selbstverwaltung und grundgesetzlich verankert und geregelt. Damit ist es jeder Körperschaft überlassen, wie sie eine Rufbereitschaft gestaltet. Eine Änderung dieser Gestaltung der Rufbereitschaft wäre durch einen Beschluss der Kommune selbst möglich, so von ihr gewünscht.

4. Koordinierungs-/ Abschlussphase

Parallel zur Akquise- und Supervisionstätigkeit in den Kliniken erfolgte ab Ende 2012 die Vorbereitung von sogenannten „Regionalen Konferenzen“. Dieses Angebot erging an Kliniken, welche mit der internen Arbeit zur Etablierung einer KSG fortschritten und in einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Jugendamt einen symbolischen „Startschuss“ für die Kinderschutzgruppenarbeit in ihrer Klinik geben wollten.

Die Kliniken wurden gebeten, ihr Netzwerk (niedergelassene Kollegen, weitere Fachkollegen) zu diesen Konferenzen einzuladen, da die Existenz der KSG möglichst breit gestreut werden sollte und Fachkollegen animiert werden sollten bei Bedarf Kontakt zur Gruppe herzustellen. Es ist eher wahrscheinlich, dass ein ärztlicher Kollege bei einem eventuellen Verdacht zuvorderst einen Fachkollegen kontaktiert als z.B. eine insoweit erfahrene Fachkraft des Jugendamtes. Die subjektiv empfundene Hemmschwelle ist sehr hoch. Hinzu kommt, dass nahezu keinem Arzt diese beratenden Fachkräfte bekannt sind. Für die beschriebenen Konferenzen war ein Zeitraum von ca. 2 bis 2,5 Stunden angeraten. Es wurde versucht, in einer Gebietskörperschaft mehrere Kliniken in einer Regionalen Konferenz zusammenzufassen. Zum einen erhöhte dies die regionalen Synergieeffekte, zum anderen wurden Projektressourcen geschont. Zu den Regionalen Konferenzen wurden die Koordinatorinnen von ärztlichen Kollegen begleitet. Da die Vielzahl an Konferenzen nicht allein von den Ärzten der Projektträger abgedeckt werden konnte, wurden für die Konferenzen weitere vier Ärzte verschiedener Spezialisierungen auf Honorarbasis gewonnen. Die Teilnahme von ärztlichen Kollegen war inhaltlich von dringender Notwendigkeit (z.B. Fragen zu Diagnostik) und erhöhte die Glaubwürdigkeit des Anliegens.

Als Ergebnis wurden 13 Regionale Konferenzen mit 16 Kliniken/Abteilungen durchgeführt. Eine Einladung einer Klinik zu einer solchen Konferenz als Anhang IV beigefügt. Die Anwesenheit in den Konferenzen lag zwischen ca. 10 und 120 Personen. Da die Regionalen Konferenzen oft in den Weiterbildungsplan der Kliniken integriert wurden, sind solche z.T. hohen Abwesenheiten zu erklären. Zum einen durch die inhaltliche Gestaltung, zum anderen durch die Vielfalt der anwesenden Professionen fand in den Konferenzen ein intensiver Austausch statt. Häufige Fragen waren der Datenschutz, die Anzeigepflicht für Ärzte, der Umgang mit den Dokumentationsmaterialien, die Zuständigkeit/ Einbeziehung der Rechtsmedizin usw.

Die Einbeziehung, Rolle und Vergütung der Rechtsmedizin ist zum einen im Land unzureichend geklärt, zum anderen personell sehr deutlich unterversorgt. Es war nicht allen Kliniken deutlich, welche Rechtsmedizin sie in einem Verdachtsfall kontaktieren können. Durch eine Vernetzung der Kliniken und den rechtsmedizinischen Instituten in Sachsen konnte diese Informationslücke geschlossen werden.

Die Rückmeldungen im Nachgang zu den Konferenzen waren positiv. Besonders der Aspekt, dass sich Mitarbeiter des Jugendamtes und der Klinik begegneten, austauschten und weiterführende Kontakte vereinbarten, werden von allen Akteuren als Gewinn erachtet.

Kliniken, welche die Regionale Konferenz absolviert haben, wurden in regelmäßigen Abständen (ca. 10-12 Wochen) telefonisch kontaktiert und nach dem aktuellen Stand befragt. Dabei wurde u.a. erhoben, ob Verdachtsfälle nach dem Schema bearbeitet wurden bzw. ob sich dabei Fälle bestätigten. Außerdem war es von Interesse, ob der Faxmeldebogen genutzt wurde.

Im Nachgang zu den Regionalen Konferenzen in einem Landkreis ging dem entsprechenden Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes ein Informationsschreiben zu in welchem wir auf die Existenz einer KSG hinweisen und den Ansprechpartner mit Kontaktdaten nennen. Damit wurde auch die Bekanntheit in dieser Hinsicht gewährleistet.

Zum Dezember 2013 sind in Sachsen 25 KSGen existent. Davon wurden 22 im Projektzeitraum gegründet. Die unter Punkt 3 erläuterten Indikatoren zur Etablierung einer KSG erfüllen diese Gruppen.

Im November 2013 wurden alle Projektbeteiligten zur Abschlussveranstaltung des Projektes in die Sächsische Landesärztekammer in Dresden eingeladen. Inhaltlich wurden die Ergebnisse des Projektes vorgestellt, beteiligte Kliniken reflektieren ihren Umsetzungsprozess und ein Rechtsanwalt erläuterte ausführlich die Rolle des Mediziners bei der Abwägung der rechtlichen Aspekte in Fällen der KWG. An diesem Tag waren 77 Teilnehmer verschiedener Professionen und Institutionen anwesend. Der ausführliche Einladungsflyer ist im Anhang VI einsehbar.

5. Netzwerkarbeit

Innerhalb der Projektlaufzeit wurde mit folgenden Akteuren in Institutionen Kontakt aufgenommen und gepflegt:

- Verwaltungsleitungen der Kliniken
- Pflegedienstleitungen der Kliniken
- Chefärzte der pädiatrischen Kliniken
- Subkoordinatoren der KSG'en
- Amtsleitungen der Jugendämter
- Sachgebietsleitungen der Allgemeinen Sozialen Dienste
- Netzwerkkoordinatoren der Jugendämter
- Juristen
- Verschiedene Akteure im Sächsischen Staatministerium für Soziales und Verbraucherschutz und Landesjugendamt

Neben der Vorstellung der Projektidee und des -zieles betreffen die Inhalte der Kontakte die mögliche Verbesserung der Dokumentation, Informationen über Vernetzungsmöglichkeiten des Projektes, Ideen zur Verstetigung des Projektes, sowie die Klärung rechtlicher Fragen. Vernetzende Tätigkeit ist für die Umsetzung des Projektzieles Arbeitsschwerpunkt. Kinderschutz ist nur interdisziplinär möglich. Verschiedene Professionen haben unterschiedliche Zugänge, Arbeitsmethoden und Befugnisse im Umgang mit der Zielgruppe und daher ist nur im Miteinander eine nachhaltige Arbeit für das Kindeswohl möglich. Diese Erkenntnis, welche zumeist in der eigenen Institution bereits praktiziert wird, rückt auch institutionsübergreifend stetig mehr in den Mittelpunkt und wird im Arbeitsalltag umgesetzt. Neben den positiven Effekten, welche Arbeit in Netzwerken mit sich bringt bzw. bringen kann, ist jedoch auch wahrnehmbar, dass diese Vernetzungstätigkeit nicht ausnahmelos konstruktiver Zugewinn ist. Im Zuge verschiedener politischer Entwicklungen und gesetzlicher Neuerungen, besonders im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit, der letzten Jahre ist vernetzende Arbeit Routine geworden.

Es ist eine gewisse Entkräftung der Akteure bzgl. der Arbeit in Netzwerken zu erkennen. Zudem werden Fragen gestellt, welche die Sinnhaftigkeit vernetzender Arbeit für die einzelnen Bereiche tangieren. Konkret schilderten uns z.B. Ärzte, dass die Vielzahl der psychosozialen Angebote in einer Region für sie wenig durchschaubar sei. Zudem könne eine umfassende Beratungstätigkeit durch sie im Alltag nicht erwartet werden. Nach unseren Erfahrungen fehlt von Seiten der Mediziner jedoch auch ein Abfordern von zielgruppenrelevanten Informationen vom Netzwerk. So sind die Bereitschaftsnummern der Amtsgerichte z.B. nur wenigen Ärzten bekannt. Netzwerkarbeit kostet Kraft, Zeit und Gegenstand der Arbeit sind nicht durchgängig inhaltliche Fragen. Folg-

lich bewegt sich auch das Projekt auf einer Grenze und schließt an nicht ausnahmslos positive Erfahrungen der Mitarbeiter beider Institutionen an.

6. Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

Folgende Aufgaben wurden zum Thema „Medien und Öffentlichkeit“ bearbeitet:

- Weiterentwicklung der Homepage adaptiert auf Landkreise und kreisfreie Städte: Die adaptierte Homepage zeigt eine Landkarte des Freistaates an, auf welcher alle etablierten KSG'en mit Subkoordinator (sofern gewünscht) aufgelistet sind. Somit ist ein Austausch der Gruppen möglich, auch über Projektende hinaus.
- Vorstellung des Projektes und Publikation der Ergebnisse vor Fachpublikum auf regionalen und überregionalen Weiterbildungen (s. Beispiel Anhang V), Fachtagen, Tagungen von Fachgesellschaften.
- Vorstellung des Projektes in Fachzeitschriften (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Ärzteblatt Sachsen, IzKK-Nachrichten des Deutschen Jugendinstitutes)
- Forcierung von Strukturentwicklung für KSG'en: Stärkung des Subkoordinatorensystems in den Kliniken (Beibehaltung fester Ansprechpartner der KSGen), (Weiter-) Entwicklung eines Ablaufschemas zur strukturierten Bearbeitung der Verdachtsfälle, Anregung von regelmäßigen fallbezogenen und fallunabhängigen Beratungen zwischen Jugendamt und Klinik u.a.
- Anregung von Kooperationsvereinbarungen vor Ort: Eine Möglichkeit die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Jugendamt verbindlich und konstruktiv festzuschreiben, ist der Abschluss einer Kooperation. Im Nachgang zu den regionalen Konferenzen planten einige Jugendämter auf die Kliniken zuzugehen und mit Ihnen Kooperationen bzgl. der weiteren Kinderschutzarbeit abzuschließen.
- Durchführung einer Abschlussveranstaltung gegen Ende des Projektes als Zusammenfassung der Projektergebnisse: Eingeladen wurden u.a. die Subkoordinatoren der KSGen, die Sachgebietsleitungen und Netzwerkkoordinatoren der Jugendämter und beratende Akteure aus Dresden (siehe Anhang VI).

- Erstellung eines Newsletters für die beteiligten Kliniken: Im Projektzeitraum wurden verschiedene Themen (z.B. Strafanzeige durch Klinik, Vernachlässigung im klinischen Bereich, Archivierung des Dokumentationsmaterials) durch die Mitarbeiter der Kliniken an uns herangetragen. Mit Hilfe des digitalen Newsletters wurden dazu neue und vertiefende Informationen und Literatur- und Recherchetipps weitergeleitet. Das Inhaltsverzeichnis ist als Anhang VII beigefügt.

7. Evaluation

Zur Qualitätssicherung des Projektes erfolgt die Durchführung einer Evaluation. Dabei werden Mediziner (Projektteilnehmer) in den pädiatrischen Abteilungen in Sachsen dazu befragt werden, wie Sie aktuell im Verdachtsfall einer KWG handeln und welches Wissen Sie dafür bereithalten. Es werden Vorher-, Nachher- und Verlaufsmessungen durchgeführt und die Fragestellungen in einem Versuchs-Kontrollgruppendesign überprüft. Der Versuchsgruppe mit der Kinderschutzintervention in Sachsen wird eine Kontrollgruppe gegenübergestellt. Diese setzt sich aus Medizinern pädiatrischer Einrichtungen in Brandenburg zusammen, in welchen die Intervention nicht durchgeführt wird, da es sich ein sachsenweites Projekt handelt. Als Zielvariablen in der Vorher-Nachhermessung gelten Informiertheit zum Thema Kinderschutz, Zufriedenheit mit den Möglichkeiten als Helfer, Fortbildungsbedarf, die Regelmäßigkeit von Fortbildungen zum Thema Kinderschutz, Struktur des Kinderschutzes an der Klinik, die Standardisierung der Arbeitsweise bei Verdachtsfällen der KWG und das Wissen in der Fallarbeit. Bei einer angestrebten Stichprobe von 43 Kliniken mit jeweils 1 bis 3 Mitarbeitern in Sachsen als Versuchsgruppe (N= max. 129 Teilnehmer) bzw. 26 Kliniken mit jeweils 1 bis 3 Mitarbeitern in Brandenburg als Kontrollgruppe (N= max. 78 Teilnehmer) beläuft sich der Untersuchungszeitraum auf 16 Monate. Die Arbeiten im Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“ begannen im März 2012. Dabei erfolgte zuerst eine postalische Information zu Projektinhalten an die pädiatrischen Kliniken und Jugendämter der Landkreise in Sachsen. Es schlossen sich sogenannte Vorgespräche an, in denen die Projektkoordinatoren im persönlichen Kontakt mit den Institutionen das Projekt vorstellten und um Teilnahme daran baten. Ab Ende Januar 2013 ist der offizielle Start der standardisierten Kinderschutzgruppenarbeit in den ersten pädiatrischen Einrichtungen erfolgt. Dieser wird mit den sogenannten regionalen Konferenzen gegeben. Dabei kommen die beteiligten Kinderschutzpartner (Klinik, Jugendamt, Netzwerkkoordinatoren der Landkreise, niedergelassene Ärzte der jeweiligen Region) zusammen und stellen ihre Arbeitsweisen vor. Vorher (Anfang Januar 2013) erfolgte die erste Befragung aller Untersuchungsteilnehmer (Kliniken in Brandenburg und Sachsen). Die zweite Befragung in Sachsen schloss sich unmittelbar im Anschluss der regionalen Konferenzen an den einzelnen Kliniken an, welche sich

bis Ende 2013 erstrecken werden. Auf eine zweite Erhebung von Kliniken in Brandenburg wurde verzichtet, um Effekte der Befragung zu umgehen. Die dritte Befragung erfolgte in Sachsen dann immer jeweils vier bis sechs Monate nach der zweiten Befragung bzw. zentral für alle Brandenburger Kliniken im Oktober 2013. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der ersten Befragung der Teilnehmer aus sächsischen Kinderkliniken (Versuchsgruppe, N=49) vorgestellt: Die Evaluationsteilnehmer wurden u.a. gefragt, wie gut fühlen Sie sich auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) zum Thema Kinderschutz informiert fühlen. Dabei gaben 63% der Befragten an, dass sie sich nur befriedigend (3) bis ungenügend (6) zum Thema Kinderschutz informiert fühlen. Außerdem wurde erhoben, wie zufrieden die Befragten bisher mit Ihren Möglichkeiten als Helfer gefühlt haben, wenn Sie den Verdacht hatten, dass eine KWG vorlag. Darauf antworteten knapp 70% der Teilnehmer, dass sie nur befriedigend (3) bis ungenügend (6) zufrieden mit dieser Situation sind. Zur Frage, ob und wenn ja, wie lange an der Klinik eine KSG bestehe, gaben 76% der Antwortenden an, dass sich Ihre KSG im Projektzeitraum gegründet habe. Eine standardisierte Arbeitsweise bei Verdachtsfällen der KWG zum Befragungszeitpunkt konnte nur von knapp der Hälfte der Mediziner angegeben werden. Nur 10% der Befragten führen eine statistische Erfassung der Verdachtsfälle der KWG durch. Ein weiterer Fragenbereich beschäftigte sich mit der Qualität der Zusammenarbeit mit dem Jugendhilfesystem. Dabei wurde erhoben, wie die Zufriedenheit mit dem Jugendamt hinsichtlich der Erreichbarkeiten eingeschätzt wird. Auf einer vierstufigen Skala von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden wurde um Einschätzung gebeten. Dabei zeigte sich, dass es deutliche Zufriedenheitsunterschiede während und außerhalb der Öffnungszeiten gab. Während nur ein Drittel der Befragten mit der Erreichbarkeit des Jugendamtes während der Öffnungszeiten eher bis sehr unzufrieden ist, geben knapp über 75% der Teilnehmer eine leichte bis starke Unzufriedenheit mit der Erreichbarkeit des Jugendamtes außerhalb der Öffnungszeiten an. Die Frage, ob den Teilnehmern der Netzwerkkoordinator für Kinderschutz Ihrer Gebietskörperschaft (Landkreis/kreisfreie Stadt) bekannt sei, konnte nur knapp über die Hälfte der Teilnehmer mit ja beantworten.

8. Offene Fragen

Folgende Fragen bzw. Aspekte begegnen uns im direkten Kontakt mit den Mitarbeitern der Kliniken/Jugendämter:

- *Wie kann der Kinderschutz an Kliniken verstetigt und finanziert werden?*
Kinderärzte sind in den ersten drei Lebensjahren die Berufsgruppe, welche Kinder regelmäßig sieht und zugleich ein hohes Vertrauen von Seiten der Eltern genießt. Insofern ist das Gesundheitswesen ein enorm wichtiger, niederschwelliger Zugangsweg für Familien.

Akute Erkrankungen werden häufig genutzt, um die Suche nach Unterstützung – direkt oder indirekt – zu signalisieren. Gerade Kliniken – nicht zuletzt Notaufnahmen – die als Institutionen zusätzlich eine gewisse Neutralität vermitteln, werden von Familien als Anlaufstellen wahrgenommen. Die Ärzte wiederum sind es gewohnt, die Gratwanderung zwischen Hilfsangebot und Kontrollfunktion zu vollziehen. Daher ist es notwendig, den Kinderschutz an den einzelnen Kliniken zu verstetigen und zusätzlich längerfristige, nachhaltige Konzepte zum Thema Kinderschutz im medizinischen Bereich zu entwickeln und diese finanziell zu unterlegen. Studien zum Thema „Frühe Hilfen“ im Gesundheitswesen untermauern dies.

▪ *Wie kann eine konstante Einbeziehung ambulanter medizinischer Strukturen erfolgen?*

Niedergelassene Kinderärzte zum Thema Kinderschutz einzubinden, war in unserem Projekt nur ein Sekundärziel. Daher erfolgte die Einbindung ausschließlich über die Kliniken, welche ihre „Zuweiser“ informierte und zu Veranstaltungen in den Kliniken einlud. Die Teilnehmerzahlen der niedergelassenen Kollegen waren mäßig. Im Austausch mit den Netzwerkkoordinatoren erfuhren wir, dass deren Erfahrungen ähnlich waren. In der Kürze der Projektzeit konnte kein probates Vorgehen etabliert werden, um diese Zielgruppe verbindlich einzubinden. Vermutet wird, dass ein anderer Arbeitsansatz (Gehstruktur, jede Praxis aufsuchen) notwendig ist, um die niedergelassenen Pädiater zu erreichen.

▪ *Wie kann eine Einbindung des Kliniksozialdienstes erfolgen (gesetzliche Grundlage)?*

Bei den Vorgesprächen in den Kliniken fiel auf, dass Sozialdienste für die Kinderschutzarbeit eher vereinzelt angesprochen wurden und dies auch perspektivisch kaum geändert wird. Der Allgemeine Sozialdienst in einer Klinik ist vorrangig für den Erwachsenenbereich zuständig. Kinder als Zielgruppe sind dabei kaum im Fokus der Aufmerksamkeit. Auch die Tätigkeiten sind auf Weitergabe von Informationsmaterial, Stellung von Anträgen, Klärung von Versicherungen u.a. ausgerichtet. Eher wenige Sozialdienste sind in die strukturierte Sozialarbeit mit Kindern (Anamnese, Führen von Elterngesprächen, Vermittlung von Hilfsangeboten, Kontaktgestaltung zum Jugendamt) eingebunden. Deutlich wurde, dass dies auch auf mittelfristige Sicht kaum zu ändern ist, da mit dem bestehenden Personalschlüssel eine standardisierte Einbindung in die Kinderschutzfälle nicht möglich ist (siehe Sächsisches Krankenhausgesetz, §23).

▪ *Welche Rolle nehmen Geburtskliniken beim Thema KWG ein?*

Sowohl Jugendämter als auch Mitarbeiter der Geburtskliniken gaben an, dass die Zahl der Mütter, welche (multiple)Vorhersagefaktoren für eine mögliche KWG bieten, stark steigt. Da jedoch die Zeit nach der Entbindung bis zur Entlassung nicht genügt, um mit der Mutter zu arbeiten, und die Anhaltspunkte für eine Meldung gem. § 8a SGB VIII an das Jugendamt

nicht ausreichen, fühlen sich die Mitarbeiter der Geburtskliniken meist unzufrieden mit der Situation. Zum einen wird eine niederschwellige Möglichkeit der Meldung dieser Familien (ohne Stigmatisierung) von Seiten der Klinik an das Jugendamt gewünscht. Zum anderen wünschen sich die Mitarbeiter der Kliniken Weiterbildung und mehr Sicherheit im Umgang mit den Familien.

- *Wie können pädiatrische Abteilungen Vernachlässigung möglichst standardisiert erheben?*
In überdurchschnittlich vielen Kliniken erwähnten Mediziner, dass die Zahl der Kinder, welche Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungs- und Emotionsstörungen aufweisen, steigt. Da Vernachlässigung einen Prozess beschreibt, müssen betroffene Kinder nicht selten mehrere Male zur klinischen Behandlung aufgenommen werden, bis eine Diagnose möglich ist und den Eltern klare Indikatoren für Elternversagen genannt werden können. Dann ist eine Information bzw. Anbindung an ein soziales oder medizinisches Unterstützungssystem möglich. Die Besonderheit der heute in der Regel nur noch kurzen Verweildauer in Pädiatrien ist dabei zu beachten.
Die Mitarbeiter verdeutlichen, dass sie sich ein Instrument wünschen, um das „ungute Bauchgefühl“ in Bezug auf mögliche Vorhersagefaktoren für eine KWG bei einem Familiensystem messbar zu machen.
- *Kinderschutz und psychisch kranke Erwachsene – für wen ein Thema?*
Erkranken Eltern akut psychisch oder weisen eine chronische psychische Erkrankung auf, ist die Versorgung der Kinder durch die Eltern oft nicht ausreichend möglich. Mitunter werden bei teilstationärer/ stationärer Behandlung des Elternteils die Fragen nach Kindern und deren Versorgung vergessen. Es sind niederschwellige, nicht stigmatisierende Kooperationen zwischen Psychiatrie und Jugendamt notwendig, um eine gute Versorgung der Kinder während der elterlichen Behandlung zu gewährleisten.
- *Wie ist ein gemeinsames Fehlermanagement im sozialen / medizinischen Bereich umsetzbar?*
Sowohl Mitarbeiter von Kliniken als auch von Jugendämtern berichteten von (sub-)optimalen Fallverläufen in der gemeinsamen Arbeit. Eine Möglichkeit miteinander in Austausch zu treten und diese Fallverläufe wertfrei zu analysieren, ist das Fehlermanagement. Im Mittelpunkt soll nicht die Suche nach Zuständigkeiten oder Schuldigen stehen, sondern die Analyse von fehlerbegünstigenden Faktoren und Vorgängen während eines gemeinsamen Prozesses. Damit wäre eine Annäherung der Beteiligten an „ungünstig“ verlaufene Fälle möglich. Anfänglich jedoch wäre ein leichter Zugang für die gemeinsame Arbeit die Analyse von sehr gut verlaufenen Fällen.

- *Vergütung der Rechtsmedizin bei Hinzuziehung zu Verdachtsfällen der KWG*

Rechtsmediziner werden in Verdachtsfällen der KWG häufig hinzugezogen. Diese Tätigkeit außerhalb des eigenen Hauses ist weder finanziell noch versicherungsrechtlich geregelt. Da eine personelle Unterversorgung dieser Profession in Sachsen vorherrscht, sind die Kollegen zu hoher Fahrtätigkeit aufgefordert. Die Kollegen sind außerhalb des Krankenkassenvergütungssystems tätig, folglich sind deren Tätigkeiten nicht herkömmlich abrechenbar. Bei der Begutachtung von Kindern gibt es sowohl für die anfallende Arbeitszeit als auch für die Fahrtkosten bzw. den Versicherungsschutz der Mediziner keine Regelung. Verletzungsmuster bei Kindern werden subtiler und Diagnosen damit schwieriger. Zudem sind Begutachtungen der Rechtsmedizin von hoher Tragweite, nicht nur medizinisch, sondern auch für Jugendämter (Herausnahme aus der Familie zum Schutz) und Sozialgerichte (Sorgerechtsentzug, Strafanzeigen). In Anbetracht dieser Tatsachen wird dem Fachgebiet der Rechtsmedizin in der Praxis ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt. Eine Tätigkeit der Ärzte im Rahmen des Ehrenamtes kann jedoch nicht weiter erwartet werden.

Lösungsansätze

Durch den Prozess der Etablierung der KSGen wurde deutlich, dass die begonnene Kinderschutzarbeit im medizinischen Bereich Verstärkung und längerfristige Ansprechpartner benötigt. Dies gilt vor allem in jeder der beteiligten Kliniken/ Abteilungen. Die bereits gut etablierten Beratungsangebote der Jugendhilfe sind nur wenigen bekannt und werden eher selten genutzt. Die Kliniken merken an, dass es eine Person aus der Klinik benötige, welche von Belangen der Jugendhilfe detaillierte Kenntnis habe. Eine Möglichkeit dieses Konzept umzusetzen wäre das Angebot einer Weiterbildung von klinischem Personal (Hebamme, Pflege, Sozialpädagogin, Psychologin) zur „insoweit erfahrenen Fachkraft“. Damit wäre eine Doppelqualifikation (medizinisch und jugendhilferechtlich) einer Person geboten, eine niederschwellige Beratung bei Verdachtsfällen möglich und Hemmschwellen zwischen beiden Institutionen weiter minimiert. Ein weiterer bedeutsamer Vorteil wäre, dass durch eine Person mit dieser Weiterbildung eine Struktur in jeder Klinik vorhanden wäre, die lokal und regional vernetzt wäre und nicht nur auf landesweiter Ebene agiert werden müsste.

Ein weiterer möglicher Ansatz, einem Teil der o.g. Herausforderungen zu begegnen, ist die Etablierung von regionalen Kompetenzzentren für Kinderschutz im Gesundheitswesen. Diese sollten z. B. an pädiatrischen Einrichtungen der Maximalversorgung unter Nutzung der zusätzlich vorhandenen fachlichen Kompetenzen wie Rechtsmedizin, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderradiologie oder Kindergynäkologie etc. angesiedelt sein. Gleichzeitig wäre damit

eine Möglichkeit geschaffen, für niedergelassene Ärzte und das System der Jugendhilfe bei medizinischen Fragen zur KWG, umfassende Expertise anzubieten. Diese interdisziplinären Zentren würden die in Sachsen bereits durch die Jugendhilfe etablierten Netzwerke für Kinderschutz um den medizinischen Anteil der Kindergesundheit in idealer Weise ergänzen. Dem Anspruch an ein umfassendes Gesamtkonzept des Kinderschutzes würde damit Rechnung getragen. Als zusätzlicher Nutzen würden durch ein solches Kompetenzzentrum die Voraussetzungen geschaffen, aus dem Gesundheitswesen heraus ein systemisches Screening von Familien zur Vermittlung Früher Hilfen zu implementieren. Das mittlerweile in Sachsen gut entwickelte System der Hilfs- und Beratungsangebote, sowie der Beratungsstellen für bedürftige Familien hätte damit eine strukturierte Eintrittspforte, und eine signifikante Lücke der primären (und sekundären) Prävention geschlossen.

9. Literaturverzeichnis

AG KiM (2013): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung, Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, 1.Version 1.2, 2012

http://www.ag-kim.de/fileadmin/KSG-Leitfaden-1_4-23_09_2013.pdf (04.12.2013)

Bundesärztekammer (2007) 110. Deutscher Ärztetag, 110. DÄT 2007, Punkt III , Kindergesundheit stärken

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.4640.5168.5232.5233> (22.11.2013)

Cahill L. T./Kaminer, R. K./Johnson, P. G. (1999): Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 827-843.

Crittenden, P. M. (1992): Children's strategies for coping with adverse home environments: an interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, 16 (3), 329-343.

Edwards, V.J./Holden, G.W./Felitti, V.J./Anda, R.F. (2003): Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry*; 160(8):1453-60.

Erickson, M. F./Egeland, B. (2002). Child Neglect. In: J. E. Myers, L. Berliner (Hrsg.) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd Ed., S. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage.

Erster Dresdner Kinderschutzbericht (2012): Landeshauptstadt Dresden, Die Oberbürgermeisterin. http://ratsinfo.dresden.de/vo0050.php?__kvonr=6208 (22.11.2013)

Esser, G./Weinel, H. (1990). Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In J. Martinius/R. Frank (Hrsg.), Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Bern: Huber.

Felitti, V.J./Anda, R.F./Nordenberg, D./Williamson, D.F./Spitz, A.M./Edwards, V./Koss, M.P./Marks, J.S. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med.; 14(4):245-58

Gunnar, M. R./Quevedo, K. M. (2008). Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. Progress in Brain Research, 167, 137- 149.

Häuser, W./Schmutzer, G./Brähler, E./Glaesmer, H. (2011): Maltreatment in childhood and adolescence - results from a survey of a representative sample of the general German population. Dtsch Arztebl Int; 108(17): 287–94.

Kaplan, S. J./Pelcovitz, D./Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 (10), 1214-1222.

Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Werner, A. (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut, München
<http://www.dji.de/asd> (04.12.2013)

Main M./George, C. (1985): Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress of an agemate: A study in a day care setting. Developmental Psychology, 21 (3), 407-412.

Meier-Gräwe U./Wagenknecht, I. (2011): Kosten und Nutzen früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Meckenheim: Warlich. Materialien zu frühen Hilfen (BZgA)

http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/Kosten_Nutzen_FH.pdf

(22.11.2013)

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales & Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen e.V. (2002)

Scheeringa, M. S./Gaensbauer, T. J. (2000). Posttraumatic stress disorder. In C.H. Zeanah

(Hrsg.) Handbook of Infant Mental Health (2. Aufl., 369-381). New York, NY: Guilford Press.

Schellong, J./Epple, F./Steinhauer, E./Schmidt, U./Joraschky, P. (2013): Kapitel 6: Hinsehen – Erkennen – Handeln – Kinderschutz im Gesundheitswesen (Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitssystem zum Thema Gewalt in der Familie in Dresden). In: Lammel M, Sutarski S, Lau S. Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung – Medizinische und juristische Perspektiven. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft S.83-94.

Schneider-Rosen, K./Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child development*, 55 (2), 648-658.

Schneider-Rosen, K./Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and no maltreated toddlers. *Developmental psychology*, 27 (3), 471-478.

Anhang

- I. Flyer der Auftaktveranstaltung
- II. Vereinheitlichter Faxmeldebogen
- III. Erreichbarkeiten der Jugendämter in Sachsen
- IV. Einladungsflyer zu einer Regionalen Konferenz (Bsp.: Fachkrankenhaus Hubertusburg)
- V. Einladungsflyer zu einer überregionalen Fortbildung (Bsp.: Kinderzentrum Leipzig „Gestaltung einer effektiven interdisziplinären Kinderschutzarbeit“)
- VI. Flyer Abschlussveranstaltung
- VII. Inhaltsverzeichnis Newsletter

I. Flyer der Auftaktveranstaltung

SO FINDEN SIE UNS

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Haus 91, Hörsaal Medizinisch-Theoretisches Zentrum,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



Zusatzinformationen
Die Teilnahme ist kostenfrei.
Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt.
Rückfragen richten Sie bitte an
Frau Neumann/Frau Schulz, Projektkoordinatorinnen
Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ Kinderschutz im Gesundheitswesen,
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Tel. +49 (0)351 458-16925
Fax +49 (0)351 458-6332

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:
Sie erreichen das Universitätsklinikum mit den Straßenbahnlinien 6 und 12 (Haltestelle Augsburger Straße/Universitätsklinikum) sowie mit den Buslinien 74 und 62 (Haltestelle Universitätsklinikum, direkt im Klinikums Gelände).

Anfahrt mit PKW:
An der Haupteinfahrt Fiedlerstraße steht Ihnen unser Parkhaus mit 500 Stellplätzen zur Verfügung. Das Parken auf dem Gelände und im Parkhaus ist kostenpflichtig.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Auftaktveranstaltung "Hinsehen-Erkennen- Handeln" Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

Dresden, 02. April 2012
10:00 Uhr bis 14:30 Uhr
MTZ Hörsaal
Universitätsklinikum Dresden



Hinsehen
Erkennen
Handeln

Einladung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie sehr herzlich zur Auftaktveranstaltung „Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“ einladen.

Das Thema dieser Veranstaltung ist der Kinderschutz. Allen klinisch tätigen Ärzten ist der Bedarf zur besonderen Beschäftigung mit diesem Thema aus der täglichen Praxis deutlich.

Kinderschutz erfordert eine multiprofessionelle und fundierte medizinische Betreuung. Durch die Schaffung von qualifizierten Kinderschutzgruppen in Kliniken soll die Basis geschaffen werden, um eine adäquate medizinische und psychosoziale Versorgung dieser Kinder in Sachsen sicherzustellen.

Doch erst die Vernetzung der Kinderschutzgruppe mit den bestehenden Hilfesystemen ermöglicht einen umfassenden Kinderschutz.

Wir möchten daher mit Ihnen im Rahmen dieser Veranstaltung bisherige Erfahrungen, aber auch Möglichkeiten und Wege zur zukünftigen Gestaltung des Kinderschutzes an Ihrer Klinik diskutieren.

Wir hoffen auf einen regen Erfahrungsaustausch und freuen uns auf enge Vernetzung des Kinderschutzes in der Medizin in Sachsen, der nur mit Ihnen gemeinsam erfolgreich auf den Weg gebracht werden kann.

Antje Heilmann
Reinhard Berner
Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin

Frauke Schwier
Guido Fitze
Klinik für Kinderchirurgie

Julia Schellong
Projekt Hinsehen-Erkennen-Handeln
Klinik für Psychosomatik

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



KRANKENHAUSEGELLSCHAFT SACHSEN
ASSOCIATION OF HOSPITALS IN SAXONY



Sächsische
Landesärztekammer
Saxony State Association of Physicians



Programm

Begrüßungskaffee
ab 9:30 Uhr

Begrüßung

Reinhard Berner, Universitätsklinikum Dresden,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
10:00 Uhr – 10:15 Uhr

Kinderschutz aus der Perspektive der obersten
Landesjugendbehörde im Freistaat

Regina Kraushaar, Sächsisches Staatsministerium für Soziales
und Verbraucherschutz
10:15 Uhr – 10:35 Uhr

Empfehlungen zum leitliniengerechten Vorgehen bei
Kindeswohlgefährdung an Kliniken

Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin
10:35 Uhr – 11:05 Uhr

Kompetenzzentrum „Frühe Hilfen“ – eine interdisziplinäre
Fachberatungsstelle für Prävention und Kinderschutz der
Stadt Freiburg

Isolde Krug, Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für
Kinderheilkunde und Jugendmedizin
11:05 Uhr – 11:35 Uhr

„Netzwerk zur Förderung des Kindeswohls“ -
Verbesserung des Kinderschutzes im Landkreis Zwickau

Mignon Junghänel, Denis Syrbe, Jens Voigtländer,
Koordinatoren Landratsamt Landkreis Zwickau
11:35 Uhr – 12:05 Uhr

Kleiner Imbiss

„Hinsehen-Erkennen-Handeln“ Kinderschutz in der
Medizin – ein Projekt stellt sich vor

Julia Schellong, Universitätsklinikum Dresden, Klinik und
Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
12:30 Uhr – 13:00 Uhr

Vorstellung der Kinderschutzgruppe in Dresden

Frauke Schwier, Antje Heilmann, Gabriele Hahn, Uwe Schmidt,
Universitätsklinikum Dresden, Klinik für Kinderchirurgie, Klinik
für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Kinderradiologie,
Institut für Rechtsmedizin
13:00 Uhr – 13:30 Uhr

Kinderschutz im Gesundheitswesen – sachsenweit
vernetzt

Guido Fitze, Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik
für Kinderchirurgie
13:30 Uhr – 13:50 Uhr

Diskussion und Erfahrungsaustausch

13:50 Uhr – 14:30 Uhr

II. Vereinheitlichter Faxmeldebogen

Meldebogen für Ärztinnen und Ärzte bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Stand: 2012

Meldebogen an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII für ärztliches Personal

Jugendamt:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte immer telefonisch!

Datum:

Uhrzeit:

Ist bereits eine telefonische Meldung beim Jugendamt erfolgt?

ja, am:

um:

Kontaktperson beim Jugendamt:

Telefon:

Klinik/Institution/Name des Melders:

Sitz/Station/Adresse:

Ansprechperson:

Telefon:

Fax:

Mail:

Name des Kindes:

Geschlecht: ♀ ♂

Geburtsdatum:

Aktueller Aufenthaltsort des Kindes mit Adresse:

Erziehungsberechtigter/Amtsvormund:

Mutter Vater beide Elternteile
 Amtsvormund unbekannt Sonstige:

Nähere Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

Stimmen die Erziehungsberechtigten der Meldung zu?

ja

nein, weil

Familiensituation

Anzahl Geschwister:

Kind lebt bei den Eltern Mutter / ... Vater / ... Sonstige: ...

Ambulante Vorstellung am:

Stationäre Aufnahme seit dem:

Einschätzung zum Entwicklungsstand des Kindes:

Einschätzung zum Pflegezustand des Kindes:

Begründung des Verdachtes der Kindeswohlgefährdung:

sonstige Hinweise (z. B. Zeugen, minderjährige Eltern, familiengerichtliche Entscheidung angefragt, Strafanzeige gestellt, relevante Äußerungen des Kindes):

Wie ist die Gefährdung aus ärztlicher Sicht einzuschätzen?

akut (kurze Begründung):

latent

Hinweis: bei sofortigem Handlungsbedarf bitte telefonische Meldung an ... (24-h-Erreichbarkeit)

Datum

Unterschrift / Stempel

III. Erreichbarkeiten der Jugendämter in Sachsen

 		
Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen		
Erreichbarkeiten der Jugendämter in Sachsen im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung		
Jugendamt	Öffnungszeiten	Schließzeiten
Bautzen	Mo-Fr: 8:30-13 Uhr Di, Do: 8:30-18 Uhr ☎ 03591 5251-51001 ☎ 03591 5251-51099 @ jug-amt@lra-bautzen.de	☎ 03591 19 222 (RLS)
Chemnitz	Mo, Mi, Fr: 8:30-15:00 Uhr Di, Do: 8:30-18:00 Uhr ☎ 0371 488 5987 oder -5152 ☎ 0371 488 5198 @ kinderschutz@stadt-chemnitz.de	☎ 0371 300641 (RLS)
Dresden	24-h-Erreichbarkeit (KJND) ☎ 0351 2754004 ☎ 0351 488 994723 @ kinderschutz@dresden.de	☎ 0351 2754004 (KJND)
Erzgebirgskreis	Mo, Mi, Fr: 8:00-12:00 Uhr Di, Do: 8:00-18:00 Uhr ☎ 037296 591 2011 ☎ 037296 591 2019 @ jugendhilfe@kreis-erz.de	☎ 03733 19222 (RLS)
Görlitz	Mo-Fr: 8:30-12:00 Uhr Di, Do: 13:30-18:00 Uhr ☎ 03583 54031781 @ jugendamt@kreis-gr.de	
Leipzig	24-h-Erreichbarkeit (KJND) ☎ 0341 4112130 ☎ 0341 4120921 @ info@kind-leipzig.de	☎ 0341 4112130 (KJND)

Jugendamt	Öffnungszeiten	Schließzeiten
Leipziger Land	Mo-Do: 8:30-12 Uhr Di, Do: 13:30-16 Uhr ☎ 03433 241 2301 ☎ 03433 241 2399	☎ 0341 19222 (RLS)
Meißen	Mo, Di, Do: 9-11:30 Uhr Di, Do: 13-17 Uhr ☎ 03521 7253202 ☎ 03521 7253200 @ jugendamt@kreis-meissen.de	☎ 03521 732000 (RLS)
Mittelsachsen	Di, Do: 9-12, 13-18 Uhr Fr: 9-12 Uhr ☎ 03731 799 6337 ☎ 03731 799 6495 @ jugend.familie@landkreis-mittelsachsen.de	☎ 03731 23107 od. -23556 (RLS)
Nordsachsen	Mo-Fr: 8:30-12 Uhr Mo: 13-15:30, Di: 13-19 Uhr Do: 13-16 Uhr ☎ 03435 984 6102 ☎ 03435 984 85 6102	☎ 034202 19222 (RLS)
Sächsische Schweiz/ Osterzgebirge	Mo, Di, Do, Fr: 8-12 Uhr Di, Do: 13-18 Uhr ☎ 03501 515 21 01 ☎ 03501 515 21 09 @ kinder.jugend.familie@landratsamt-pirna.de	☎ 112 (Notruf)
Vogtlandkreis	Mo-Fr: 9-12 Uhr Di, Do: 13-16 Uhr ☎ 03741 392 3370 ☎ 03741 392 43371 @ kurczyk.angela@vogtlandkreis.de	☎ 037468 4771 (ION)
Zwickau	Mo, Mi, Do: 8-16 Uhr Di: 8-18 Uhr Fr: 8-12 Uhr ☎ 0375 4402 23211 ☎ 0375 4402 23240 @ AllgSozialdienst@landkreis-zwickau.de	☎ 0375 19222 (RLS)
KJND Kinder-/Jugendnotdienst RLS Rettungsleitstelle ION Inobhutnahmestelle		

IV. Einladungsflyer zu einer Regionalen Konferenz (Bsp.: Fachkrankenhaus Hubertusburg)

Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
 St. Georg Unterteilungsgruppe
 Chefarzt Prof. Dr. Th. Richter

Ambulante Sprechstunden

- ▶ Notfallambulanz - tgl. 24 Stunden
- ▶ Neuropädiatrie (OÄ Dr. Meier) jeden Montag
- ▶ Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung (Prof. Dr. Richter)
- ▶ Rheumatologie und Immunologie (Prof. Dr. Borte)
- ▶ Nephrologie (OÄ Dr. Wygoda)
- ▶ Genetische Beratung (Dr. Reichenbach)
- ▶ Endokrinologie (Dr. Keller)
- ▶ Kinderkardiologie (Dr. Demandt)
- ▶ Psychologie (DP Krystek)
- ▶ Früh- und Risikoneugeborene (Frau Zetzsche)
- ▶ Neurodermitis- und Nahrungsmittelallergie

☎ 034364 / 6-2900 Sekretariat

☎ 034364 / 6-2910 Akutbereich

☎ 034363 / 6-2920 Psychosomatik

☎ 034364 / 60 Vermittlung

FAX: 034364-62909

So finden Sie uns



Anfahrtsskizze:
 Das Krankenhaus ist ca. 50 km südöstlich von Leipzig gelegen. Sie erreichen uns am Besten mit dem Kraftfahrzeug über die A 14 – Abfahrt Mutzschen. Von der Abfahrt Mutzschen fahren Sie Richtung Mutzschen-Wernsdorf-Oschatz.

Am Schlossgelände finden Sie uns am Oschatzer Tor, Ergotherapie, Haus 60.

**Klinik für
 Kinder- und Jugendmedizin
 Psychosomatik**



11. Wernsdorfer Stammtisch

**Kinderschutz
 im Gesundheitswesen**

27.02.2013 um 15.30 Uhr

Sehr geehrte Frau Kollegin,
 sehr geehrter Herr Kollege,

wir möchten Sie sehr herzlich zu unserem
11. „Wernsdorfer Stammtisch“ einladen.

Im Mittelpunkt steht diesmal das Thema Kinderschutz im Gesundheitswesen. Wir als Kinderklinik sind dabei, eine Kinderschutzgruppe in unserer Klinik zu gründen und Materialien zu erstellen, welche uns einen standardisierten Umgang mit Verdachtsfällen der Kindeswohlgefährdung ermöglichen. Dies wird u.a. anhand von Fallbeispielen verdeutlicht werden. Zudem soll der interdisziplinäre Austausch (Gesundheitswesen und Jugendhilfe) gestärkt werden, da ein wesentlicher Bestandteil des Kinderschutzes im medizinischen Bereich die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und weiteren Fachkollegen im ambulanten Bereich ist. Daher möchten wir Sie herzlich einladen, mit uns in an diesem Nachmittag den Netzwerkgedanken zu pflegen.

Prof. Dr. med. Th. Richter Dr. med. Birgitt Meier
 Chefarzt Oberärztin

Dr. med. J. Donaubaue
 FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Moderation:
 Dr. Neumann / Frau Schulz

Programm:

1. Einführung
2. Die regionale Kinderschutzgruppe stellt sich vor
3. Vorstellung des Ablaufschemas bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
4. Gefährdungsmeldung an das Jugendamt
5. Fallbeispiele
6. Vorstellung des Netzwerkkoordinators

Ende der Veranstaltung ca. gegen 17.30 Uhr

Ort der Veranstaltung:
 Fachkrankenhaus Hubertusburg,
 Ergotherapie (Haus 60)

Auskunft:
 Frau Ute Thiele (06.00 – 14.30 Uhr)
 Tel.: 034364 / 6-2900
 FAX: 034364 / 6-2909
 E-Mail: ute.thiele@kh-hubertusburg.de

Referenten:
 Dr. med. Elke Siegert
 Leiterin des Gesundheitsamtes Dresden
 Georgenstr. 4
 01097 Dresden

und die
 Koordinatorinnen des Projektes
 „Hinsehen-Erkennen-Handeln“

Dr. rer. medic. Anja Neumann
 Universitätsklinikum Dresden
 Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden

Magdalena Schulz
 Sozialpädagogin
 Universitätsklinikum Dresden
 Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden

V. Einladungsflyer zu einer überregionalen Fortbildung (Bsp.: Kinderzentrum Leipzig „Gestaltung einer effektiven interdisziplinären Kinderschutzarbeit“)

Einladung

Organisatorische Informationen

Datum: 24.04.2013

Uhrzeit: 18:00 Uhr

Ort: Hörsaal 10 im Medizinischen Forschungszentrum, Liebigstraße 21, Haus C, 04103 Leipzig

Die Teilnahme ist **kostenfrei**.

Fortbildungspunkte sind bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt.

Rückfragen bitte an Dr. Petra Nickel
Telefon: 0341 9726140

So erreichen Sie uns

Haltestellen:
Bayrischer Platz (Linien 2, 9 und 16)
Johannisallee (Linien 2, 16 und 60)
Ostplatz (Linien 12, 15 und 60)

Parkmöglichkeiten:
Bei Anfahrt mit dem Pkw finden Sie ausreichend Parkplätze im kostenpflichtigen Parkhaus Brüderstraße 50 (VINCI).



C Medizinisches Forschungszentrum



**Universitätsklinikum
Leipzig**
Anstalt öffentlichen Rechts

**KINDER-
ZENTRUM**

„Gestaltung einer effektiven interdisziplinären Kinderschutzarbeit“

Mittwoch, 24.04.2013
Beginn: 18:00 Uhr





Sehr geehrte Kolleginnen,
Sehr geehrte Kollegen,
sehr geehrte Gäste,

wir möchten Sie erneut ganz herzlich zu unserer traditionellen Fortbildungsveranstaltung zu Aspekten des immer wieder brisanten Themas Kinderschutz

„Gestaltung einer effektiven interdisziplinären Kinderschutzarbeit“

einladen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen, auf eine anregende Diskussion und einen konstruktiven fachlichen Austausch.

Im Anschluss laden wir zu einem kleinen Imbiss ein.

I. A. der Interdisziplinären AG Kinderschutz am
Department für Frauen- und Kindermedizin

Dr. Petra Nickel
Diplompsychologin

Dr. med. M. Bernhard
Oberarzt Neuro-/Sozialpädiatrie

Programm

Thema: Gestaltung einer effektiven interdisziplinären Kinderschutzarbeit

Termin: Mittwoch, den 24.04.2013,
18:00 Uhr

Ort: Hörsaal III im Medizinischen
Forschungszentrum,
Liebigstraße 21, Haus C
04103 Leipzig

Moderation: Dr. M. Bernhard
Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin

Vorträge: **Projekt
Hinsehen – Erkennen – Handeln –
Implementierung von Kinderschutz-
gruppen an Pädiatrischen Einrich-
tungen in Sachsen**

Anja Neumann,
Diplompsychologin,
Universitätsklinikum Dresden
Magdalena Schulz,
Diplom-Sozialpädagogin (BA),
Universitätsklinikum Dresden

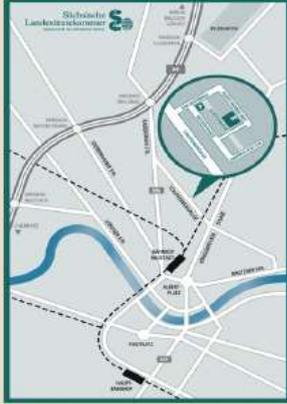
**Staatsanwaltschaftliche Ermittlungs-
verfahren bei Kindesmisshandlung**

Franziska Rüdiger
Staatsanwaltschaft Leipzig

Der Aufnahmegrund war Schweinegrippe – Fallvorstellung einer massiven körperlichen und emotionalen Kindesmisshandlung

Matthias Bernhard
Oberarzt, Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Leipzig

VI. Flyer Abschlussveranstaltung

ANMELDUNG	INFORMATIONEN	<div style="text-align: right;">  <p>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER.</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Hinsehen Erkennen Handeln</p> <p>Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen</p>  <p>Abschlussveranstaltung 13. November 2013 13:00 Uhr Sächsische Landesärztekammer</p> </div> <div style="text-align: right; font-size: small;"> <p>STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ</p> <p>VERBAND SACHSEN</p> <p>KRANKENHAUSEGELLESCHAFT SACHSEN VERBAND DER KRANKENHAUSEGELLESCHAFTEN IN SACHSEN</p> </div>
<p>Bitte melden Sie sich per Mail, auf unserer Homepage oder per Fax bei uns an!</p> <p>E-Mail: Anja.Neumann@uniklinikum-dresden.de Magdalena.Schulz@uniklinikum-dresden.de</p> <p>Homepage: www.hinsehen-erkennen-handeln.de → Aktuelles → Aktuelle Veranstaltungen</p>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Faxanmeldung an 0351/458 4384 Bitte in Blockschrift ausfüllen.</p> <p>.....</p> <p>Titel, Name, Vorname</p> <p>.....</p> <p>Berufsgruppe</p> <p>.....</p> <p>Institut/Adresse</p> <p>.....</p> <p>E-Mail</p> <p>.....</p> <p>Telefon</p> <p>.....</p> <p>Teilnehmende Personenzahl</p> <p>Anmeldeschluss 06.11.2013</p> </div>	<p>Veranstaltungsort Sächsische Landesärztekammer Schützenhöhe 16 01069 Dresden Plenarsaal</p>  <p>Teilnehmergebühren: keine</p> <p>Fortbildungspunkte von SLÄK: 3 CME-Punkte</p> <p>Anfragen und Anregungen richten Sie bitte an: Anja Neumann / Magdalena Schulz Projektkoordination „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ Telefon: 0351/458-15925 Fax: 0351/458 4384</p>	

EINLADUNG	PROGRAMM	REFERENTEN
<p>Liebe Projektbeteiligte,</p> <p>Kinderschutz ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus ärztlichen Handelns und deren Verantwortlichkeit gelangt. Die verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung sind häufig schwer zu erkennen, der Umgang mit den komplexen Fällen bindet Ressourcen. Die Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin entwickelte dazu in den vergangenen Jahren standardisierte Materialien und Arbeitsweisen, um Klinikpersonal im Kinderschutzgeschehen zu unterstützen. Durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz wurde am Universitätsklinikum Dresden ein zweijähriges Projekt ermöglicht, um Kinderschutzgruppen im stationären medizinischen Bereich in Sachsen zu stärken.</p> <p>Neben den Projektergebnissen stehen die Berichte beteiligter Kliniken im Vordergrund. Ergänzt wird dies durch einen Vortrag des Rechtsanwaltes Tilo Rößler, welcher die rechtlichen Rahmenbedingungen bei Kinderschutzfällen betrachtet. Abschließend diskutieren zwei der beteiligten Klinikdirektoren Herausforderungen, die aus dem Austausch mit den Mitarbeitern der Kliniken und Jugendämter resultieren. Zudem werden mögliche Perspektiven für den medizinischen Kinderschutz in Sachsen aufgezeigt.</p> <p>Wir freuen uns auf Ihr Kommen!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>Prof. Dr. med. R. Berner Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Prof. Dr. med. Erfurt Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>Prof. Dr. med. G. Fitze Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Dr. med. univ. Julia Schellong Klinik und Poliklinik für Psycho- therapie und Psychosomatik</p> </div> </div>	<p>Moderation: Christine Erfurt</p> <p>13:00 Uhr Anmeldung</p> <p>13:30 Uhr – 13:50 Uhr Begrüßung Christine Clauß (Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, angefragt) Prof. Dr. med. Michael Albrecht (Medizinischer Vorstand, Universitätsklinikum Dresden)</p> <p>13:50 Uhr – 14:10 Uhr Hinsehen-Erkennen-Handeln. Fazit des zweijährigen Projektes Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen Julia Schellong, Magdalena Schulz, Anja Neumann</p> <p>14:10 Uhr – 15:10 Uhr Praktischer Kinderschutz aus Sicht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einer pädiatrischen Klinik Heike Reck (Zittau) ▪ einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wolfgang Liskowsky (Rodewisch) ▪ einer universitären pädiatrischen Klinik Petra Nickel (Leipzig) <p>15:10 Uhr – 15:40 Uhr Kaffee und Kuchen</p> <p>15:40 Uhr – 16:40 Uhr „Rechtliche Fallstricke im Kinderschutz“ inkl. Diskussion Tilo Rößler</p> <p>16:40 Uhr – 16:55 Uhr Visionen für den medizinischen Kinderschutz in Sachsen Reinhard Berner, Guido Fitze</p> <p>16:55 – 17:00 Uhr Abschluss</p>	<p>Prof. Dr. med. Christine Erfurt Medizinische Fakultät der TU Dresden, Institut für Rechtsmedizin</p> <p>Dr. med. univ. Julia Schellong Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik</p> <p>Dipl.-Soz. Päd. Magdalena Schulz Universitätsklinikum Dresden, Projekt Hinsehen-Erkennen-Handeln</p> <p>Dr. rer. medic. Anja Neumann Universitätsklinikum Dresden, Projekt Hinsehen-Erkennen-Handeln,</p> <p>Chefärztin MUDr. Heike Reck Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH</p> <p>Dr. med. Wolfgang Liskowsky Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch</p> <p>Dr. rer. nat. Petra Nickel Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>Rechtsanwalt Dr. Tilo Rößler Dresden</p> <p>Prof. Dr. med. Reinhard Berner Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>Prof. Dr. med. Guido Fitze Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie</p>

VII. Inhaltsverzeichnis Newsletter

Inhalt:

1. Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung an die Polizei (Strafanzeige)
 - 1.1. Allgemeine Hinweise zur Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung
 - 1.2. Beispiel einer Strafanzeige
 - 1.3. Links zum Thema
2. Formular „Rechtsmedizinische Vorstellung“ für Dokumentationsmaterial
3. Umgang mit dem Dokumentationsmaterial nach Abschluss eines Falles (Archivierung)
4. Standardisierte Erhebung von Vernachlässigung in Pädiatrien
 - 4.1. Gesprächsprotokoll mit Prof. Kai von Klitzing
 - 4.2. Prüfschema bei Verdacht auf Vernachlässigung
 - 4.3. Literaturhinweise und Links
5. Sonstiges
 - 5.1. Abschlussveranstaltung des Projektes
 - 5.2. OPS-Code bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
 - 5.3. Aktuelle Zahlen der Kindeswohlgefährdungen des Statistischen Bundesamtes

Unterschriften

Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin

Prof. Dr. med. Christine Erfurt
Institut für Rechtsmedizin
der TU Dresden

Prof. Dr. med. Guido Fitze
Klinik und Poliklinik für
Kinderchirurgie

Dr. med. univ. Julia Schellong
Klinik und Poliklinik für
Psychotherapie und Psychosomatik