Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	MedEcon Ruhr GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF18001
Akronym:	MeKidS.best
Projekttitel:	Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet - Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung
Autoren:	Berit Schoppen i.A. des Konsortiums
Förderzeitraum:	01.September.2019-31.August 2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis ... 3

II. Abbildungsverzeichnis ... 4

III. Tabellenverzeichnis ... 5

1. Zusammenfassung ... 6

2. Beteiligte Projektpartner ... 7

3. Projektziele ... 8

3.1 Hintergrund: Potenziale und Restriktionen des medizinischen Kinderschutzes ... 8

3.2 Zielsetzung von MeKidS.best ... 9

3.3 Projektevaluation: Indikatoren für einen erfolgreichen medizinischen Kinderschutz ... 10

4. Projektdurchführung ... 11

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform in MeKidS.best ... 11

4.2 Rechtsgrundlage von MeKidS.best ... 17

4.3 Erfahrungen aus Implementierung und Versorgungserprobung ... 19

5. Methodik ... 23

5.1 Klinische Evaluation der neuen Versorgungsform ... 23

5.2 Gesundheitsökonomische Evaluation der neuen Versorgungsform ... 26

5.3 Gesundheitspolitische Konzeptionierung für die Übertragung der Ergebnisse in die Regelversorgung ... 26

5.4 Routinedatenbetrachtung ... 27

5.5 Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support ... 28

6. Projektergebnisse ... 29

6.1 Klinische Evaluation der neuen Versorgungsform ... 29

6.2 Gesundheitsökonomische Evaluation der neuen Versorgungsform ... 37

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.3 Modellentwicklung für die Finanzierung und Vergütung des medizinischen Kinderschutzes 42
6.4 Routinedatenbetrachtung 45
6.5 Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support 46
7. Diskussion der Projektergebnisse 47
7.1 Diskussion der Ergebnisse der Klinischen Evaluation 47
7.2 Diskussion der Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Evaluation 49
7.3 Diskussion der Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung 52
7.4 Diskussion der Finanzierungs- und Vergütungsmodellierungen des medizinischen Kinderschutzes 53
7.5 Diskussion der Ergebnisse des Teilprojekts MeKidS.support 53
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 54
8.1 Bestehende Strukturen für den Regelversorgungstransfer 54
8.2 Schritte hin zu einer Überführung in die Regelversorgung 56
8.3 Empfehlungen für nächste Schritte 57
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 59
10. Literaturverzeichnis 60
11. Anhang 61
12. Anlagen 61

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BBFW	Bundes Basisfallwert
BSNR	Betriebsstättennummer
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
d.h.	das heißt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HLF	Handlungsleitfaden
ICD	International Classification of Diseases
IK	Institutionskennzeichen
inkl.	inklusive
INSOFA	Insoweit erfahrene Fachkraft
JA	Jugendamt
K	Kliniken
KGW	Kindeswohlgefährdung
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KSA	Kinderschutzambulanz
KSG	Kinderschutzgruppe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
nVF	neue Versorgungsform
P	Praxen
resp.	Respektive
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
sog.	Sogenannt
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
u.a.	unter anderem
u.v.m.	und viele mehr
VaKW	Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

vgl.	vergleiche
VL	Vorlagen
z.B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich

Projektspezifische Begrifflichkeiten:

MeKidS.Praxen	Unter diesem Begriff sind die an MeKidS.best beteiligten niedergelassenen Kinder- und Jugendarztpraxen (auch Praxen genannt) gefasst. Die Praxen sind Teil des u.a. durch die Units aufgebauten Netzwerkes mit Kenntnissen regionaler Hilfsangebote (z.B. Frühe Hilfen, Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Jugendämter, Units) und haben einen festen regionalen Ansprechpartner im Kinder- und Jugendhilfebereich.
MeKidS.support	MeKidS.support meets iGOBSIS – ist eine webbasierte Anwendung für die teilnehmen MeKidS.Praxen und MeKidS.units zur Unterstützung und Schaffung von mehr Sicherheit in der Falldokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.
MeKidS.team	Das MeKidS.team ist ein multiprofessionelles Team und umfasst insbesondere die Professionen Medizin, Psychologie, Pflege und Sozialarbeit. Das Team wird durch einen Arzt/eine Ärztin mit fachlicher Expertise im medizinischen Kinderschutz geleitet, ist für die Versorgung von Kindern/Jugendlichen innerhalb der Dienstzeiten mit einer Kinderschutzambulanzstruktur sowie für den strukturellen Aufbau und die Koordination zuständig.
MeKidS.unit	Unter diesem Begriff sind die neun an MeKidS.best beteiligten Kinder- und Jugendkliniken gefasst. Die MeKidS.unit (auch Unit genannt) erfüllt die fachlichen innerstrukturellen Voraussetzungen, umfasst alle kinderversorgenden Einrichtungen, die an einem Krankenhaus angesiedelt sind, hat ein Notfall-Versorgungskonzept zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, auch außerhalb der Dienstzeiten, verfügt über ein externes Netzwerk (z.B. Jugendämter, pädiatrische Praxen, Polizei), hat ein MeKidS.team.

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen (eigene Darstellung) 8

Abbildung 2: Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet (eigene Darstellung)10

Abbildung 3: Standards im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung)..... 13

Abbildung 4: Abklärung zur Einschätzung gewichtiger Anhaltspunkte (eigene Darstellung).. 14

Abbildung 5: Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung) 15

Abbildung 6: Netzwerkstruktur im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung) 19

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 7: Vergleich der prozentualen Anteile der T74-kodierten Fälle aller MeKidS-Fälle in den 15 MeKidS.Praxen der Erpro-bungsphase 2021 bis 2022 (grün), mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall 30

Abbildung 8: MeKidS.units: Vergleich der prozentualen Anteile der T74 kodierten Kinderschutzfälle in den neun MeKidS.units der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün) mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall..... 31

Abbildung 9: Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls eingetreten ist, eingetreten sein könnte bzw. keine Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls eingetreten ist/besteht..... 31

Abbildung 10: Einzelaspekte des Gesamtscores in den MeKidS.Praxen 32

Abbildung 11: Mittlere Scorewerte der MeKidS.Praxen im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase. 33

Abbildung 12: Dimensionen der Behandlungspfade – MeKidS.units 34

Abbildung 13: MeKidS.units: Mittlere Scorewerte im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase 34

Abbildung 14: MeKidS.units: Mittlere Scorewerte der ambulant bzw. stationär versorgten Kinderschutzfälle im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase. 35

Abbildung 15: Ergebnis der Preisberechnung pro Berufsgruppe für die MeKidS.Praxen 38

Abbildung 16: Durchschnittlicher Lohn pro Minute je Berufsgruppe in den MeKidS.units 39

Abbildung 17: Ermittlung der durchschnittlichen fallbezogenen Kosten für MeKidS.Praxen . 39

Abbildung 19: Durchschnittliche Kosten der stationären Fälle 40

Abbildung 18: Durchschnittliche Kosten der ambulanten Fälle 40

Abbildung 20: Netzwerkarbeit, Fort-/Weiterbildung und Implementierung in den MeKidS.Praxen 41

Abbildung 21: Regelmäßige Ressourcenverbräuche (Netzwerkarbeit und Fort-/Weiterbildung)..... 41

Abbildung 22: Kosten im Rahmen der Anpassung der Abläufe in der Unit auf die MeKidS.best Standards..... 42

Abbildung 23: Implementierung der MeKidS.best Standards (interne Schulungen) 42

Abbildung 24: Leistungskomplexe in MeKidS.best, eigene Darstellung..... 43

Abbildung 25: Inzidenzrate Kinder und Jugendliche mit ICD-10: T74 Diagnose (Anzahl) in Q1 bis Q3..... 45

Abbildung 26: Leistungsausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74 im Vergleich der drei Gruppen. 46

Abbildung 27: Netzwerkstruktur im medizinischen Kinderschutz; eigene Darstellung 55

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner..... 7

Tabelle 2: Handlungsleitfäden und Vorlagen für pädiatrische Einrichtungen..... 12

Tabelle 3: Selektionskriterien nach Studienzeitraum 28

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1. Zusammenfassung

MeKidS.best steht für eine Versorgung im medizinischen Kinderschutz entlang der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie. Die Versorgung bezog sich dabei insbesondere auf den Abklärungsprozess im Falle eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung. Ziel war es, die Strukturen in den pilotierenden Kinder- und Jugendkliniken, den pädiatrischen Praxen sowie in der Zusammenarbeit untereinander so aufzustellen, dass jedem Kind/Jugendlichen, das im System vorstellig wird, die Hilfe zuteilwird, die es benötigt. Die medizinischen Einrichtungen stellten sich damit als handlungsfähige Partner zu den Jugendämtern auf, denen per Definition das Wächteramt über das Kindeswohl obliegt. Sie entwickelten sich als handlungsfähige Akteure, um die entsprechende Expertise in die Abklärung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung sowie in die Gefährdungseinschätzung einbringen zu können.

Der Bedarf ist groß. So ist z.B. der Missbrauch von Kindern und Jugendlichen weit verbreitet und wird international als gesundheitliches, menschenrechtliches und soziales Problem wahrgenommen. In Europa erlitten 12 % der Kinder im Alter von 2 bis 17 Jahren (15,2 Millionen Kinder) in den letzten 12 Monaten eine Form von Gewalt (Hillis S und Mercy J, Amobi A, Kress H., 2016). Das Vorliegen von Formen von Kindeswohlgefährdung wurde als stärkster Prädiktor für psychische Erkrankungen sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter, aber auch für Therapieresistenz und Armut identifiziert (Massullo et al., 2023).

In MeKidS.best wurden die Vorgaben der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie in entsprechende Standards in Form von Handlungsleitfäden und Checklisten übertragen und zur regelhaften Nutzung in den pädiatrischen Einrichtungen implementiert. Die begleitende klinische Evaluation betrachtete in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Versorgungsqualität definiert über die Leitliniengerechtigkeit sowie die Entwicklung der Ergebnisqualität definiert über die Anzahl der detektierten Fälle von Kindeswohlgefährdung. Über die gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Ressourcenverbräuche des Abklärungsprozesses auf Kindeswohlgefährdung erhoben.

Im Ergebnis konnte zwar keine Erhöhung der Detektionsrate von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung erreicht werden. Dies lag allerdings nicht zuletzt an den Bedingungen durch die Coronapandemie und insbesondere die auf dieser Basis ergriffenen Maßnahmen. Die Qualität der Versorgung konnte dagegen in einem Vorher-Nachher-Vergleich insbesondere in den Kinder- und Jugendkliniken in Richtung der angestrebten Leitliniengerechtigkeit gesteigert werden. Die Zusammenarbeit in den Netzwerken führte zudem zu einem verstärkten Austausch zwischen pädiatrischen Praxen, Kinder- und Jugendkliniken und den örtlichen Jugendämtern.

Auf Basis der gesundheitsökonomischen Evaluation wurden mit MeKidS.best tragfähige Vergütungs- und Finanzierungsmodelle für eine Übertragung in die Regelversorgung erarbeitet. Auf diese Weise kann ein flächendeckendes Angebot im Sinne der betroffenen Kinder/Jugendlichen bundesweit geschaffen und sichergestellt werden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Einrichtung	Ansprechperson	Verantwortlichkeiten
MedEcon Ruhr GmbH	Berit Schoppen	Konsortialführung, Gesamtprojektsteuerung
Techniker Krankenkasse	Berit Brose	Vertragsmanagement inkl. Entwicklung eines kassenartenübergreifenden Selektivvertrags; Datenlieferung
AOK Rheinland/Hamburg	Phillip Höhne	
DAK-Gesundheit	Beate Behm	
Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin	Frauke Schwier	Fachliche Gesamtprojektsteuerung
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.	PD Dr. Antje Hammer/Dr. Monica Naujoks	Einbindung und Umsetzungsbegleitung der päd. Praxen
St. Josef Hospital Bochum	Prof. Dr. Corinna Grasemann	Erprobung der neuen Versorgungsform MeKidS.best, Dokumentation der Primärdaten
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln	Dr. Tanja Brüning	
Klinikum Dortmund	Dr. Linda Schonger	
Helios Klinikum Duisburg	Leon Philipp/Dr. Tülin Knipp	
Elisabeth Krankenhaus Essen	Dr. Kristina Gärtner	
Bergmannsheil und Kinderklinik Gelsenkirchen	Dr. Christiane Schmidt-Blecher	
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen	Dr. Joachim Opp	
Marienhospital Witten	Eleni Kousia/ Dr. Nele Naboreit/Claudia Siebels	
Helios Klinikum Wuppertal	Dr. Sabine Cagnoli	
Universität Witten/Herdecke	Prof. Dr. Thomas Ostermann/ Prof. Dr. Michael Paulussen	Prozessbezogene Evaluation
Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH	Dr. Silke Neusser	Gesundheitsökonomische Evaluation
Universität Duisburg-Essen	Dr. Nikola Blase/ Prof. Dr. Jürgen Wasem	Entwicklung von Modellen für eine regelhafte Vergütungs- und Finanzierungsstruktur
Fachhochschule Dortmund	Prof. Dr. Peter Haas	Entwicklung und Implementierung der technischen Unterstützungsplattform (MeKidS.support)
DATATREE	Magnus Welz	Datenschutzrechtliche Begleitung
Universitätsklinikum Düsseldorf	Dr. Britta Gahr	Rechtsmedizinische Beratung im Rahmen der Entwicklung des webbasierten Unterstützungstools (MeKidS.support)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3. Projektziele

3.1 Hintergrund: Potenziale und Restriktionen des medizinischen Kinderschutzes

Zunehmende Fallzahlen von körperlicher und psychischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern/Jugendlichen machen deutlich, dass Kinderschutz in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen muss. Im Kinderschutz kommt insbesondere der Medizin eine zunehmende Bedeutung zu. Denn nur wenn es gelingt, Verdachtsmomente zeitnah und effizient auszuräumen bzw. einen Verdacht rechtssicher begründet zu bestätigen, können Familien passgenau unterstützt werden. Doch während sich die Gefährdungseinschätzung seitens der Jugendhilfe vornehmlich auf soziale und familiäre Kontexte wie die kulturellen Hintergründe, den finanziellen Status der Familie, Bildungsstand und etwaige psychische Probleme der Eltern bezieht, erfolgt bislang keine systematische Einbindung der medizinischen Diagnostik, Befundung und Gefährdungseinschätzung in die Prozesse.

Nicht detektierte oder nicht durch die Hilfesysteme aufgefangene Kinderschutzfälle können allerdings Folgen für die *individuelle Kindesentwicklung* nach sich ziehen sowie hohe *gesellschaftliche Folgekosten* verursachen.

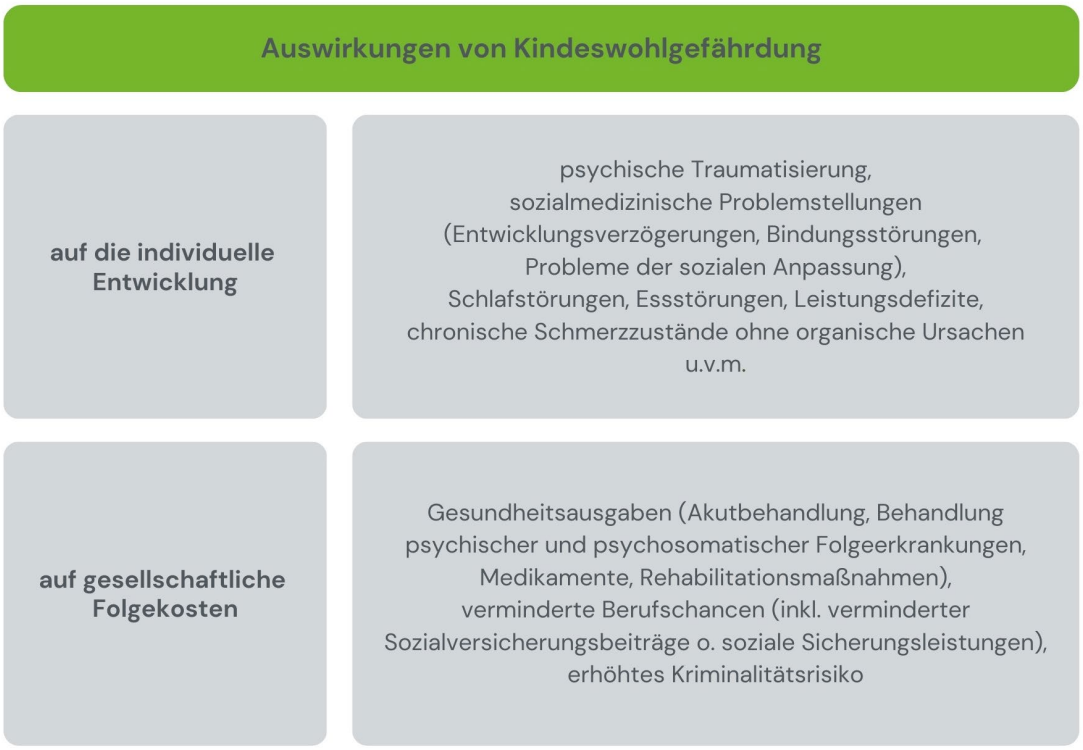


Abbildung 1: Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen (eigene Darstellung)

Ärzt:innen aller medizinischen Fachdisziplinen und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen können in ihren verschiedenen institutionellen Kontexten (Kliniken, Praxen, Instituten, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, etc.) in vielfältiger Form mit Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern/Jugendlichen konfrontiert sein. Der medizinische Beitrag zum Kinderschutz kann dabei mit der Diagnostik, medizinischer Intervention/Kuration, Prävention, Gefährdungseinschätzungen und der Weiterleitung in die (Jugend-)Hilfesysteme verschiedene Handlungsfelder umfassen. Je nach Art der Kindeswohlgefährdung und je nach Funktion und Spezialisierung der verschiedenen Gesundheitsberufe ergeben sich unterschiedliche Schwerpunkte ihres Beitrags zum Kinderschutz. Hieraus resultiert der Anspruch, dass medizinischer Kinderschutz in der Regel multiprofessionell aufgestellt sein sollte (Schwier et al., 2019).

Seine fachliche Etablierung fand der medizinische Kinderschutz mit der *AWMF S3+ Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Pädagogik“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019), die mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt und im Februar 2019 veröffentlicht wurde.

Aufgrund seiner derzeitigen Organisation und Ausgestaltung bleibt der medizinische Kinderschutz aber weitgehend hinter seinen Möglichkeiten zurück. So ist er zwar in seinem Leistungsprofil definiert, in seiner Leistungsstruktur aber stark fragmentiert und kann in seinen Leistungsprozessen kaum auf einheitlich implementierte Standards zurückgreifen. Daher ist er als Kooperationspartner der Jugendhilfe nicht ausreichend aufgestellt und entspricht nicht den Anforderungen des *Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz* (KKG, 2021) an einen kooperativen Kinderschutz. Diese Situation geht zulasten der wachsenden Zahl der betroffenen Kinder, die zwar an den verschiedensten Stellen mit den Hilfesystemen in Kontakt kommen, denen aber die medizinische Expertise häufig in nicht ausreichendem Maße oder gar nicht zukommt.

3.2 Zielsetzung von MeKidS.best

Zielsetzung von MeKidS.best

Ziel war es daher, den betroffenen Kindern/Jugendlichen resp. ihren Familien ein niederschwellig zugängliches System von kinderschutzmedizinischer Versorgung im Zusammenwirken mit Angeboten der Jugendhilfe zu eröffnen. Konkret ging es dabei um

- → die Identifikation von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung und Hilfebedarfe,
- → die Einbringung der kinderschutzmedizinischen Expertise in die Verdachtsfallabklärung und
- → die Vermittlung von (Jugend-)Hilfeangeboten für die betroffenen Familien.

MeKidS.best ist dabei mit dem Anspruch angetreten, pädiatrische Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken dafür aufzustellen, als leistungsfähige Partner im Kinderschutz agieren zu können. Hierfür galt es, auf Basis der Kinderschutzleitlinie standardisierte Strukturen zu schaffen und so die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von Leistungen im medizinischen Kinderschutz sowie eine systematische Einbindung dieser Leistungen in sektoren- und SGB-übergreifend agierende lokale Netzwerke zu gewährleisten. Der Erfolg des Vorhabens wurde neben der Umsetzung der Kinderschutzleitlinie nicht zuletzt an einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen untereinander als auch mit den kommunalen Jugendämtern gemessen.

Den Kern der neuen Versorgungsform in MeKidS.best bildeten die Kinder- und Jugendkliniken (= MeKidS.units), die als zentrale Institutionen feste Strukturen vorhielten und somit ein verlässliches Angebot sowohl für pädiatrische Praxen als auch für lokale Jugendämter boten. Hierfür galt es, in den Kinder- und Jugendkliniken die strukturellen Voraussetzungen eines interprofessionell besetzten Kinderschutzteams (= MeKidS.team) und einer entsprechenden Ausstattung mit Räumlichkeiten, Materialien und Dokumentationssystematiken sicherzustellen. Zudem wurden geeignete Netzwerke und Kooperationsbeziehungen zu weiterführenden Akteuren im Kinderschutz etabliert. Gleichzeitig wurden pädiatrische Praxen (= MeKidS.Praxen) mittels kinderschutzfachlicher Schulungen und der aktiven Einbindung in die Netzwerkstrukturen in der kooperativen Zusammenarbeit auf lokaler Ebene aufgestellt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Etablierung einheitlicher, strukturierter und regional übergreifend gültiger Prozesse in der Versorgung und der Abklärung von Verdachtsfällen.

Die Verortung von zentralen Versorgungsstrukturen im Netzwerk um die Kinder- und Jugendkliniken gewährleistet eine optimale Übertragbarkeit über die Pilotregion des Ruhrgebiets hinaus, da auf den bundesweit bestehenden Strukturen der pädiatrischen krankenhäuslichen Versorgung in Kombination mit der kassenärztlichen pädiatrischen Versorgung aufgesetzt

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

werden kann. Dies ermöglicht perspektivisch eine Skalierung der Versorgungsform von MeKidS.best über das komplette Bundesgebiet hinweg, die über ein flächendeckend gesichertes Finanzierungs- und Vergütungssystem in der Regelversorgung nachhaltig gegeben sein kann.



Abbildung 2: Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet (eigene Darstellung)

Zielgruppe von MeKidS.best

Kinder und Jugendliche stellen aufgrund ihrer Angewiesenheit auf Schutz und Versorgung durch Bezugspersonen und der damit verbundenen Abhängigkeit grundsätzlich eine verwundbare und schutzbedürftige Gruppe dar (King, 2015). Die neue Versorgungsform in MeKidS.best bezieht sich auf diejenigen Kinder/Jugendlichen, bei denen Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu sehen sind und die in einer irgendwie gearteten Weise in Kontakt mit pädiatrischen Praxen bzw. Kinder- und Jugendkliniken kommen.

Der Ansatz bezieht darüber hinaus auch die Familien und insbesondere die Sorgeberechtigten der betroffenen Kinder mit ein. Für diese Zielgruppe spielen - je nach individueller Konstellation - verschiedene Aspekte eine Rolle, die sich über die Unkenntnis einer Gewaltausübung durch Dritte, Unwissenheit über bestimmte Risiken durch Rahmenbedingungen für das Kindeswohl, Überforderung mit individuellen Situationen (z.B. durch psychische Erkrankungen oder Isolation) bis hin zur eigenen Täterschaft erstrecken können und eine eigenständige Inanspruchnahme der Hilfesysteme erschweren.

3.3 Projektevaluation: Indikatoren für einen erfolgreichen medizinischen Kinderschutz

Klinische und gesundheitsökonomische Evaluation

MeKidS.best lag die Annahme zugrunde, dass mittels der Implementierung von leitlinienbasierten Standards in den teilnehmenden MeKidS.units und MeKidS.Praxen die Detektion, der Diagnostik und die Initiierung von Hilfemaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verbessert werden können. Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass mit der Umsetzung der Standards auch eine Verringerung der Dunkelziffer einhergeht.

Die zugehörige klinische Studie machte dabei keine Vorgaben bzgl. der medizinischen Behandlung, da sich diese direkt aus der *AMWF S3+ Kinderschutzleitlinie* ergeben. Sie erfasste vielmehr in versorgungsforschender Perspektive die Konformität der Versorgungsprozesse zu den Vorgaben der Kinderschutzleitlinie.

Dementsprechend wurden mit

- der Anzahl der neu detektierten Fälle von Kindeswohlgefährdung (Inzidenzrate der Verdachtsfälle; Ergebnisqualität) und
- der leitliniengerechten Diagnostik (Qualität der diagnostischen Prozesse; Prozessqualität)

zwei primäre Endpunkte festgelegt. Sekundäre Endpunkte waren darüber hinaus

- die Inanspruchnahme der fallspezifischen Beratung durch Akteure aus der Jugendhilfe (prozess- und strukturoptimierte Zusammenarbeit; Strukturqualität) sowie

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- die leitliniengerechte Beratung und Überleitung von Patient:innen der medizinischen Einrichtungen an die Jugendämter (Prozessqualität).

Weiterhin erfolgte vor dem Hintergrund einer bislang fehlenden regelhaften Finanzierung resp. flächendeckend geltenden Systematik für die erforderlichen medizinischen Leistungen eine gesundheitsökonomische Evaluation inkl. der Entwicklung von Szenarien für eine Vergütungs- und Finanzierungsstruktur. Hierfür wurden die fallbezogenen Prozesse und Ressourcenverbräuche erhoben und für den stationären Bereich in einem Prä-Post-Vergleich gegenübergestellt. Zudem wurden die, im stationären Bereich vorzuhaltenden Strukturen, ermittelt. Zudem wurde die Verteilung der in den einzelnen Leistungskomplexen abgebildeten Fallkonstellationen erhoben. So konnte die Entwicklung dieser Verteilung als Mengengerüst dargestellt und für die Konzipierung von Vergütungskonzepten zugrunde gelegt werden.

Weiterführende Fragestellungen und Untersuchungsgegenstände

Evaluation von Routinedaten: Hypothese war, dass es aufgrund der in der Erprobungsphase umgesetzten neuen Versorgungsform auch auf Regionsebene zu einer Verschiebung in der Häufigkeit von Kinderschutzfällen (Inzidenzraten) sowie in den damit in Zusammenhang stehenden Kosten kommen würde. Dies wurde auf der Basis aggregierter anonymisierter Routinedaten der Konsortialkrankenkassen Techniker Krankenkasse, AOK RL/HH und DAK Gesundheit sowie des Kooperationspartners AOK NW überprüft.

Evaluation des technischen Unterstützungstools MeKidS.support: Zur Unterstützung des in MeKidS.best entwickelten Versorgungkonzepts und zur Schaffung von mehr Sicherheit in der Falldokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wurde unter dem Namen „MeKidS.support meets iGOBSIS“ (kurz: MeKidS.support) eine webbasierte Anwendung entwickelt und den teilnehmenden MeKidS.units und MeKidS.Praxen zur Verfügung gestellt. Die begleitende Evaluation verfolgte das Ziel, Erkenntnisse zu generieren, die sich auf das Unterstützungspotenzial für eine sachgerechte Dokumentation sowie die Funktionalität der Anwendung beziehen.

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform in MeKidS.best

Von der Leitlinie zur neuen Versorgungsform

Die *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik* (kurz: Kinderschutzleitlinie) umfasst 22 inhaltliche Themenbereiche und wurde zum Februar 2019 veröffentlicht. Ihre Erstellung erfolgte unter Mitwirkung von 82 Fachgesellschaften aus den verschiedenen mit dem medizinischen Kinderschutz befassten Bereichen – allen voran dem Gesundheitswesen, aber auch der Jugendhilfe und dem Bildungsbereich – unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM). „Ein Ziel der Leitlinie ist es, Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch zu objektivieren, die Prognose im Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu erstellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Die Kinderschutzleitlinie bildet den fachlichen Rahmen für die Versorgung in MeKidS.best.

Die Versorgung von Kindern/Jugendlichen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ist ein komplexes Feld, das viele verschiedene Bereiche umfasst. Diese ergeben sich in der Regel daraus, an welcher Stelle und in welchem Kontext das Verdachtsmoment in der gesundheitsversorgenden Einrichtung erstmals aufgetreten ist bzw. an der ein Verdacht gegenüber der Gesundheitseinrichtung kommuniziert wurde. Die Versorgung umfasst sowohl die Detektion, die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Diagnostik, die Risikoeinschätzung, die rechtssichere Dokumentation, die Konfrontation der Sorgeberechtigten sowie die Vermittlung in (Jugendhilfe-)Systeme.

Dem trägt die Kinderschutzleitlinie in ihrer Ausgestaltung insofern Rechnung, als dass sie – anders als viele andere Leitlinien in der Medizin – nur sehr bedingt Entscheidungsbaumlogiken abbildet, sondern vielmehr anhand von exemplarisch dargestellten Situationen rechtliche Rahmenbedingungen erläutert, Handlungsempfehlungen anbietet und auf diese Weise den Leser:innen eine entsprechende Handlungskompetenz vermittelt. Dabei erhebt die Leitlinie keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Mit MeKidS.best sollten die Leitlinienvorgaben in einheitliche Standards überführt und im Ruhrgebiet als einer Pilotregion erstmals in der Fläche umgesetzt und erprobt werden. Eine solche Versorgung war und ist in der GKV-Regelversorgung bislang nicht abgebildet. Hierzu wurden die Handlungsempfehlungen in Handlungsleitfäden, die gezielte Hilfestellungen für die operative Kinderschutzarbeit geben, übertragen. Diese waren explizit so gestaltet, dass sie genug Spielraum ließen, um auf die jeweiligen institutionellen Besonderheiten der MeKidS.units und MeKidS.Praxen angepasst zu werden und wurden auch innerhalb des Projektzeitraums angereichert mit den Erfahrungen aus der Erprobungsphase immer wieder geschärft. Eine Übersicht der wichtigsten Handlungsleitfäden, die in MeKidS.best von den verschiedenen Arbeitsgremien (bestehend aus den für die Versorgung der Kinder/Jugendlichen relevanten Expert:innen der jeweiligen Fachdisziplinen) erarbeitet wurden, ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 2: Handlungsleitfäden und Vorlagen für pädiatrische Einrichtungen

	Handlungsleitfäden (HLF)	
1	HLF Gefährdungsrisiko (K)	Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
2	HLF Gefährdungsrisiko (P)	Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos - Ein Handlungsleitfaden für Praxen
3	HLF Gesprächsführung (K+P)	Gesprächsführung - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
4	HLF Dokumentation Patienteninfos (K)	Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
5	HLF Dokumentation Patienteninfos (P)	Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung - Ein Handlungsleitfaden für Praxen
6	HLF Fotodokumentation (K)	Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
7	HLF Fotodokumentation (K+P)	Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
8	HLF Akuter sexueller Übergriff (K)	Spurensicherung bei Verdacht auf akuten sexuellen Übergriff - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
9	HLF Sexuelle Gewalt (P)	Sexueller Missbrauch/sexuelle Gewalt - Ein Handlungsleitfaden für Praxen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

10	HLF Kinderschutzbrief (K)	Aufbau und Verfassen eines Kinderschutzbriefs - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
11	HLF Weitergabe Patienteninfos (K+P)	Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
12	HLF Rechtsmedizin (K)	Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
13	HLF Polizei (K)	Unterstützung durch die Polizei – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
14	HLF Ärztliche Stellungnahme (K+P)	Ärztliche Stellungnahme im familiengerichtlichen Verfahren - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
15	HLF Sachverständige Zeug:innen (K)	(Sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
VL	VL Meldebogen	Meldebogen zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung

Die Handlungsleitfäden werden der Öffentlichkeit als Anhang zum *MeKidS.best „Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen“* (Schwier und Schoppen, 2023) unter folgendem Link zur Verfügung gestellt: https://medecon.ruhr/wp-content/uploads/downloads/2023/08/mekids-handbuch-web.pdf. Mit den Leitfäden konnte erstmalig eine einheitliche Vorgehensweise in den Abklärungs- und Überleitungsprozessen umgesetzt werden, so dass diese auch für Externe sowie für Netzwerkpartner (z.B. aus der Jugendhilfe) transparent und verlässlich waren (siehe Anlage 1, MeKidS.best Handbuch).

Die auf diese Weise objektivierten Standards lassen sich mit der Verfahrensebene und der Strukturebene in zwei Kategorien unterteilen.

Standards auf Verfahrens- und Strukturebene

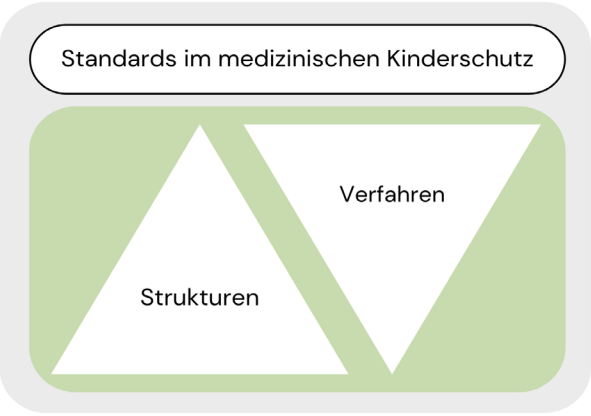


Abbildung 3: Standards im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung)

Auf **Verfahrensebene** bezieht sich die standardisierte Vorgehensweise maßgeblich auf die Versorgungsabläufe in der Gefährdungseinschätzung sowie auf die Überführung in weiterführende Hilfesysteme. Sie zielt somit auf eine optimale Vorgehensweise bei einem aufkommenden Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Ein solcher Verdacht entsteht im Allgemeinen aufgrund entsprechender Hinweise, auf die Mitarbeiter:innen der gesundheitsversorgenden Einrichtungen auf verschiedene Weise aufmerksam werden können.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

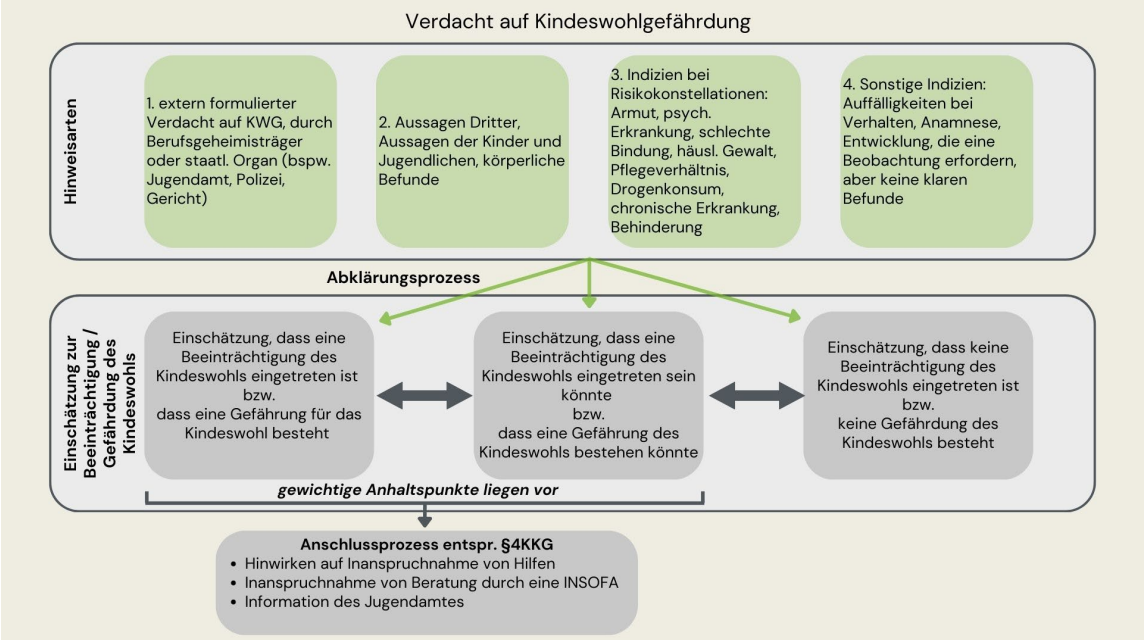


Abbildung 4: Abklärung zur Einschätzung gewichtiger Anhaltspunkte (eigene Darstellung)

Die gesundheitsversorgenden Einrichtungen haben dann die Aufgabe, zumindest eine vorläufige (ggf. initiale) Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte zum Zwecke der Beratung der Jugendämter bei deren Gefährdungseinschätzung hinsichtlich

- der Gefährdungsform,
- einer Prognose für einen entstehenden Schaden,
- dem Risiko für eine erneute oder fortgeführte Kindeswohlgefährdung sowie
- der Mitwirkungsbereitschaft der Sorgeberechtigten

vorzunehmen (Gerber und Kindler, 2020). Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den gesundheitsversorgenden Einrichtungen bezieht sich daher insbesondere auf die Entscheidungsfindung für nachfolgende Handlungsschritte.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Um im Verdachtsfall zu einer Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu kommen, wurde ein standardisiertes Vorgehen gewählt, das sich anhand des nachfolgenden Schaubilds exemplarisch für die MeKidS.units (Kinder- und Jugendkliniken mit Kinderschutzgruppe) nachvollziehen lässt.

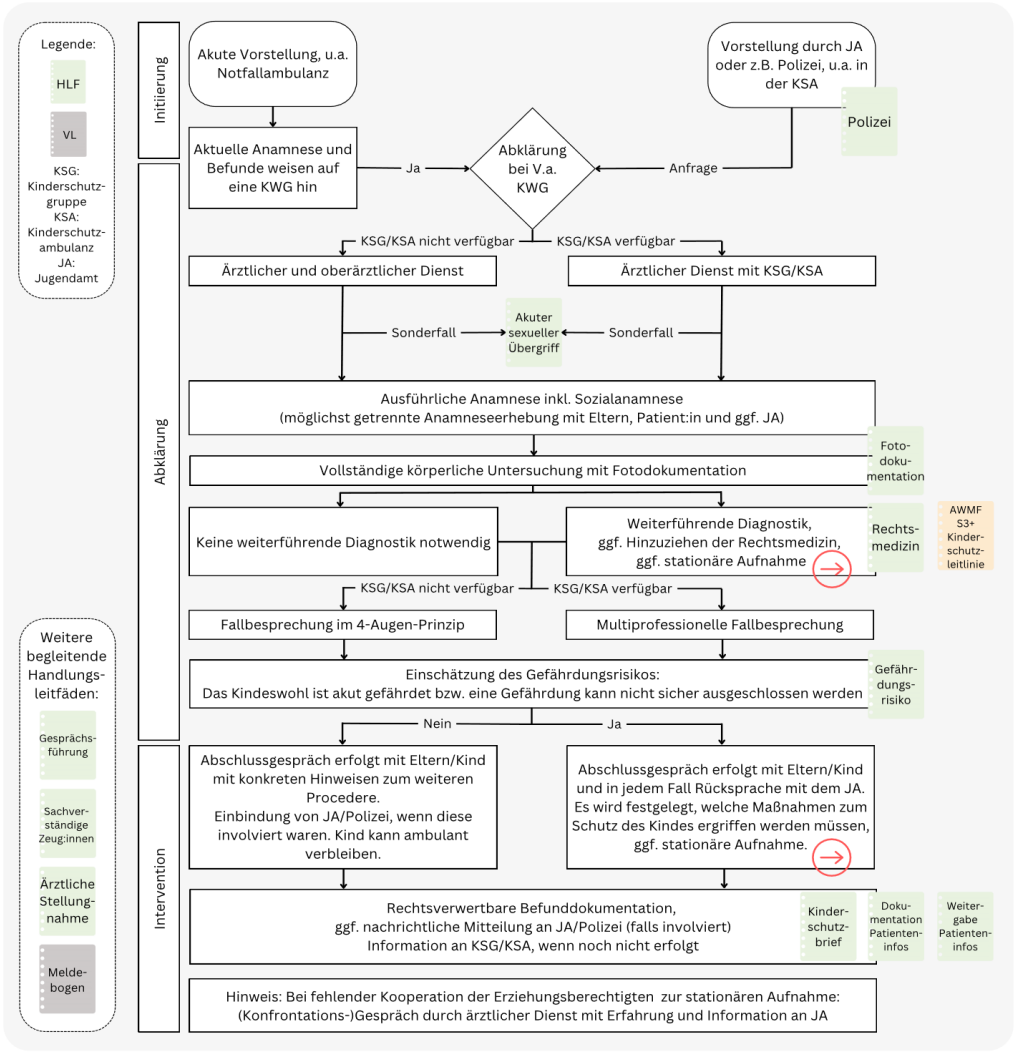


Abbildung 5: Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

Auf der **Strukturebene** stellte die zeitliche Ressource für die MeKidS.Praxen aufgrund der vergleichsweise kurzen Versorgungskontakte in den Sprechzimmern und einer daraus resultierenden hohen Taktung in den organisatorischen Abläufen eine maßgebliche Herausforderung dar. Eine Besonderheit in den Praxen war zudem, dass das meist langjährige Vertrauensverhältnis zwischen den Familien und dem Praxispersonal (= Ärzt:innen, Medizinische Fachangestellte), das sich über die Beziehungen in der Regelversorgung entwickelt hat, nicht gefährdet werden sollte. Pädiatrische Praxen sind daher darauf angewiesen, insbesondere in komplizierten und zeitkritischen Fällen, betroffene Familien in hierfür geeignete Strukturen überleiten zu können.

Vor diesem Hintergrund nahmen die MeKidS.units in der einrichtungsübergreifenden Versorgung im medizinischen Kinderschutz eine zweifache Rolle ein. Auch ihnen kommt eine grundsätzlich wichtige Funktion bei der Erkennung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung zu. Sie verfügen zudem über weitergehende Möglichkeiten im Umgang mit Verdachtsfällen, die maßgeblich auf in den ihnen zur Verfügung stehenden Zeitfenstern für die Anamnese sowie einer

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

umfangreicheren Diagnostik unter Rückgriff auf an der Klinik vorhandener Infrastruktur und fachmedizinischer und interprofessioneller Expertise zurückgeführt werden kann (KKG, 2020). Innerhalb der MeKidS.units wurden die Kinderschutzgruppen durch ein sog. MeKidS.team abgebildet, das sich in jedem Fall interprofessionell aus Mitarbeiter:innen aus der Pflege, der Psychologie und der Sozialen Arbeit unter fachärztlicher Leitung zusammensetzte. Weiterhin stand den MeKidS.units im Bedarfsfall das Instrument der stationären Aufnahme zur Verfügung.

Eine Herausforderung für die strukturelle Ausgestaltung des regionalen medizinischen Kinderschutzes bestand darin, dass Krankenhäuser rund um die Uhr als Anlaufstellen fungieren und somit auch jederzeit mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert werden können. Daher mussten die zu etablierenden strukturellen Systematiken in der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit auch gleichzeitig Lösungen für eine Versorgung außerhalb der Arbeitszeiten der MeKidS.teams an den MeKidS.units beinhalten.

Auf struktureller Ebene wurden in MeKidS.best die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die verfahrensbezogenen Standards entlang der Leitlinie überhaupt umgesetzt werden konnten. Die Strukturvorgaben legten Ihren Schwerpunkt mit den Personalstrukturen, den infrastrukturellen Rahmenbedingungen und den Netzwerkstrukturen vornehmlich auf diese drei Hauptaspekte.

Definition eines MeKidS.best-Falls

Um die neue Versorgungsform mit ihren verfahrensbezogenen und strukturellen Standards und ihre Umsetzungsfähigkeit sowie ihre Tauglichkeit im Sinne der Versorgung zu erproben, musste definiert werden, auf welche Fälle sich diese neue Versorgungsform konkret bezieht. Diese waren folgendermaßen definiert (=Einschlusskriterien):

→ Kinder und Jugendliche von 0 bis einschließlich 17 Jahren,
→ UND bei denen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung vorlagen,
→ UND bei denen ein Abklärungsprozess initiiert wird.

Um den Rahmenbedingungen des Innnovationsfonds als rein SGB V finanzierter Förderung gerecht zu werden, wurde im Projekt weiterhin das Kriterium

→ UND die gesetzlich krankenversichert sind,

hinzugefügt.

Demnach waren Kinder/Jugendliche, bei denen eines der nachfolgenden Kriterien zutraf, vom Einschluss in die Versorgungsstudie und die neue Versorgungsform ausgeschlossen, so dass sie auch nicht unter den Begriff des MeKidS.best Falls gefasst wurden (= Ausschlusskriterien):

→ Patient:innen ≥ 18 Jahre,
→ ODER bei denen keine Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorlag,
→ ODER bei denen kein Abklärungsprozess initiiert wurde,
→ ODER die privatversichert oder nicht krankenversichert waren.

Schritte der Implementierung in den MeKidS.best Einrichtungen

Die Implementierung der neuen Versorgungsform bezog sich operativ auf die Einführung der Standards in den MeKidS.best Einrichtungen; nämlich den neun MeKidS.units und den 15 MeKidS.Praxen. Medizinischer Kinderschutz galt dabei als standardisiert, wenn sowohl die strukturellen Anforderungen als auch die verfahrensbezogenen Anforderungen erfüllt waren.

Die Implementierung der Standards war dabei keine punktuelle Maßnahme und kann dies in Versorgungskontexten auch niemals sein. Vielmehr muss sie in einem repetitiven Prozess im-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

mer wieder neu betrachtet und bewertet werden. Dies hängt damit zusammen, dass insbesondere in Institutionen der Gesundheitsversorgung Verfahren immer wieder erneut kommuniziert, verfestigt und eingeübt werden müssen. Weiterhin trägt jeder einzelne Versorgungsfall zur Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe bei. Insofern erfolgte der Implementierungsprozess schrittweise entlang dreier Hauptziele:

Ziel 1: (Erst-)Implementierung des Standards

Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung des implementierten Standards

Ziel 3: Langfristige Qualitätssicherung des implementierten Standards

Die Erstimplementierung der Standards wurde im Vorfeld der Erprobungsphase entlang von Checklisten umgesetzt, anhand derer die MeKidS.Praxen und die MeKidS.units darin unterstützt wurden, Strukturen innerhalb ihrer Institution aufzubauen und Netzwerke mit weiterversorgenden Institutionen aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu knüpfen. Diese Checklisten bezogen sich zunächst auf die strukturellen Voraussetzungen, in die eine Erhebung des Vorhandenseins von verfahrensbezogenen Mechanismen inkludiert war. Während der Erprobungsphase erfolgten dann gemäß den Zielen 2 & 3 die Verfestigung und Optimierung der Standards.

Teilprojekt MeKidS.support

Im Rahmen eines begleitenden Teilprojekts wurde den MeKidS.best-Einrichtungen eine webbasierte Anwendung zur Verfügung gestellt, mit der die Dokumentation von körperlicher und psychischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen unterstützt wurde (MeKidS.support).

Die MeKidS.Praxen und MeKidS.units wurden in dem auf Basis der AMWF S3(+) Kinderschutzleitlinie erstellten digitalen Tool angeleitet, eine ausführliche und rechtsichere Dokumentation aller relevanten Hinweise, Befunde und Maßnahmen vollständig und effizient vorzunehmen. Der explizite Nutzen des Tools lag maßgeblich in der Möglichkeit, in Fällen der potenziellen Kindeswohlgefährdung eine detaillierte und auf solche Situationen spezialisierte Dokumentation z.B. unter Zuhilfenahme von Körperschemata zu erstellen (vgl. Anlage 2, MeKidS.support-wiki).

MeKidS.support wurde als Teilprojekt in seines Unterstützungspotenzials für die Einrichtungen sowie hinsichtlich seiner Funktionalität separat evaluiert.

4.2 Rechtsgrundlage von MeKidS.best

Abgrenzung der MeKidS.best-Leistungen von der Regelversorgung

In der aktuellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen existiert keine einrichtungs-, sektoren- und SGB-übergreifende Systematik, die es den einzelnen Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen ermöglichen würde, medizinischen Kinderschutz entsprechend standardisierten Vorgehensweisen umzusetzen. Zwar wurde im Februar 2019 im Auftrag des BMG die neue S3-Leitlinie zum Medizinischen Kinderschutz fertiggestellt und veröffentlicht, deren flächendeckende Anwendung in der Versorgung war aber nicht durch die Initiative einzelner Einrichtungen umsetzbar, sondern erforderte vielmehr die Koordination von Aktivitäten verschiedener Institutionen gleichzeitig.

Unter die Regelversorgung fielen ausnahmslos Leistungen, die sich auf kurative Maßnahmen möglicher Auswirkungen von Kindeswohlgefährdung bezogen. Tätigkeiten, die über die reine medizinische Versorgung hinausgingen, waren nicht von der Regelversorgung abgedeckt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Beispiele:

1.) Bei Kindern mit Verletzungen (Frakturen oder Hämatome), die auf eine Misshandlung hindeuten, waren zwar die Versorgung der direkten Verletzung Bestandteil der Regelversorgung. Zusätzliche bildgebende Verfahren, die erst aufgrund des Verdachts der Kindeswohlgefährdung notwendig werden, wie ein Röntgen-Skelettscreening oder ein MRT, sind jedoch nicht in der Regelversorgung vorgesehen. Auch die von der S3-Leitlinie geforderte interdisziplinäre sowie interprofessionelle Indikationsstellung und der damit verbundene erhöhte Zeitaufwand sind nicht durch die Regelversorgung abgedeckt.
2.) Bei Kindern von Eltern mit Suchtbelastungen ist eine medizinische Versorgung des Kindes nur vorgesehen, wenn der Säugling, das Kind oder der Jugendliche selbst akut behandlungsbedürftige Symptome auswiesen. So ist die Behandlung von Neugeborenen mit einem neonatalen Drogenentzugssyndrom in der Regelversorgung vorgesehen - die Weiterleitung an das Jugendamt sowie die notwendige Installation eines Hilfenetzwerkes unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Kindes bereits nicht mehr.
3.) Bei Kindern mit emotionaler und/oder körperlicher Vernachlässigung ist lediglich eine „erste“ körperliche Stabilisierung Teil der Regelversorgung. Der Aufwand zur Vermittlung notwendiger Hilfen und Unterstützungen ist dagegen nicht Teil der Regelversorgung. Doch gerade in diesen Fällen ist eine Überleitung in das Jugendhilfesystem notwendig.

Leistungen zur fachgerechten und häufig sehr zeitaufwändigen Überleitung über die Sektoren hinweg oder in Richtung der Jugendhilfe sind in der Regelversorgung somit gar nicht abgebildet. Hierzu zählen u.a.

- kinderschutzbezogene Diagnostik (interdisziplinär und interprofessionell) und Dokumentation,
- kinderschutzbezogene Gesprächsleistungen mit Sorgeberechtigten (Befragungen Vorgeschichte, Konfrontation, etc.),
- Fallbesprechungen, ggf. im Rahmen von Konsilen (interdisziplinär und interprofessionell),
- kinderschutzbezogene medizinische Verlaufskontrollen,
- Überleitung an die zuständigen Jugendämter und
- einrichtungs- u. rechtskreisübergreifende Fallkonferenzen sowie Helferkonferenzen.

Leistungserbringung auf selektivvertraglicher Basis

Da der Innovationsfonds (§ 92a SGB V) keine eigene Rechtsgrundlage für die Finanzierung der projektbezogenen Leistungen im Rahmen der neuen Versorgungsformen bietet, bestand der Anspruch, die über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen selektivvertraglich zu bündeln. Hierzu wurde ein Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 64 Abs. 1 SGB V vertraglich geschlossen. Vertragspartner waren auf Leistungserbringerseite die neun Projektkliniken (MeKidS.units) sowie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), über den die 15 pilotierenden pädiatrischen Praxen (MeKidS.Praxen) vertreten waren. Weitere Vertragspartner waren die drei Konsortialkrankenkassen, Techniker Krankenkasse, AOK Rheinland/Hamburg und DAK-Gesundheit, die das Modellvorhaben initiierten.

Weitere 21 Krankenkassen mit NRW-/Ruhrgebietsbezug, u.a. mit den beiden Kooperationskassen AOK NordWest und KKH traten dem Modellvertrag bei. Somit war eine selektivvertragliche Abdeckung der adressierten Zielgruppe in der Pilotregion von ca. 85% gewährleistet.

Versorgung über den Behandlungsvertrag

Der Innovationsfonds definiert die selektivvertragliche Grundlage lediglich für diejenigen zu versorgenden Versicherten als zwingend erforderlich, die bei einer der Konsortialkrankenkassen versichert waren. Für alle anderen Versicherten bestand die Möglichkeit, die definierte Versorgungform über den Behandlungsvertrag nach § 630a BGB auszuweiten. Einzige Voraussetzung war hier – wie bei allen anderen behandlungsbezogenen Leistungen auch – die Einwilligung der zu behandelnden Personen bzw. ihrer Personensorgeberechtigten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der Umsetzung führt diese widersprüchliche Vorgabe zu einer eindeutigen Benachteiligung der Konsortialkrankenkassen, da Versicherte von Krankenkassen, die sich nicht aktiv in die Ausgestaltung einer bestimmten Versorgungsform einbringen, ohne gesonderte Voraussetzungen Zugang zu den Leistungen erhalten, während die Konsortialkassen den umfangreichen Weg der Vertragsschließung (und unter bestimmten Umständen sogar der Einschreibung der Versicherten) gehen müssen. Aus Sicht des Konsortiums ist diese Vorgabe in der Sache nicht nachvollziehbar.

Wichtig für das Projekt MeKidS.best war, dass die Dokumentation zur Aufklärung sowie die Einwilligung zur Behandlung nicht zwangsläufig in Schriftform erfolgen müssen (vgl. § 126 Abs. 1 BGB). Aufgrund der z.T. äußerst hohen Anforderungen an die Sensibilität im Umgang mit den betroffenen Kindern/Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten, die ggf. gleichzeitig auch die Verursachenden der Kindeswohlgefährdung sein könnten, war die Einholung von schriftlichen Zustimmungen zu kinderschutzbezogenen Versorgungsleistungen unbedingt zu vermeiden. Dies bezog sich in der Konsequenz auch auf die Vermeidung einer selektivvertraglichen Einschreibung.

4.3 Erfahrungen aus Implementierung und Versorgungserprobung

Herausforderung in der Implementierung

Die Implementierung der oben skizzierten Strukturen im medizinischen Kinderschutz orientierte sich an den real existierenden Strukturen in der krankenhäuslichen sowie in der kassenärztlichen Versorgung. Hierzu mussten für die Konzipierung der neuen Versorgungsform zunächst die Verfügbarmachung von ggf. notwendigen zusätzlichen Personalressourcen in den MeKidS.best Einrichtungen berücksichtigt werden. Während pädiatrische Praxen vor allem dadurch geprägt sind, dass sie mit einer in absoluten Zahlen geringen Menge von Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert sind, waren Lösungen, bei denen in jeder Praxis eigens zusätzliches Personal zur Verfügung gestellt wird, aus Effizienzgründen nicht umsetzbar. Insofern musste die Versorgungsform von MeKidS.best eine Struktur gewährleisten, in denen die MeKidS.Praxen auf eine intersektorale Zusammenarbeit mit den MeKidS.units verlässlich und über die Stadtgrenzen hinaus einheitlich organisiert zurückgreifen konnten.

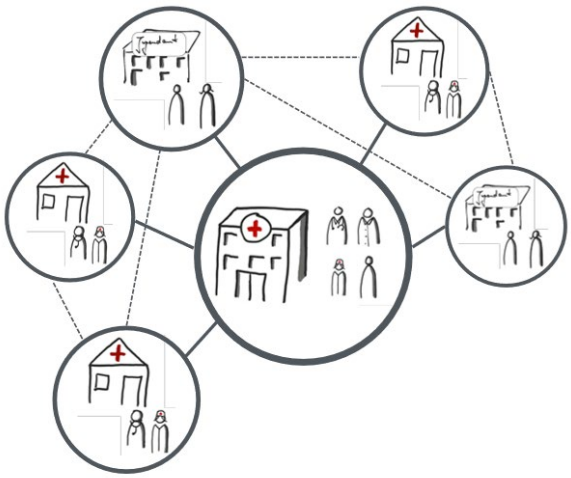


Abbildung 6: Netzwerkstruktur im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung)

Hierfür wurden die MeKidS.units mit zusätzlichem Personal ausgestattet, das es ihnen ermöglichte, die oben beschriebenen interprofessionellen Teams verlässlich vorzuhalten. Die MeKidS.units agierten somit als Knotenpunkte im medizinischen Kinderschutz, sowohl als Anlaufstellen für die MeKidS.Praxen als auch in der direkten Überleitung von Patient:innen zur Weiterführung der Abklärungsprozesse. Zudem waren sie aktiv für das Knüpfen lokaler Netzwerke mit den pädiatrischen Praxen sowie den Einrichtungen der Jugendhilfe, zuvörderst den Jugendämtern, zuständig.

Somit bezog sich die Implementierung der Versorgungsstrukturen zunächst auf

1. den Aufbau der MeKidS.teams in den MeKidS.units,
2. die Aus- und Weiterbildung der mit dem Kinderschutz betrauten Gesundheitsfachberufe in den MeKidS.best Einrichtungen (Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pfleger:innen, Sozialarbeiter:innen und Medizinische Fachangestellte) und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3. den Aufbau von lokalen Netzwerken zwischen den MeKidS.best Einrichtungen und den Jugendämtern.

Erfahrungen aus der Implementierungsphase in den MeKidS.best Einrichtungen im Vorfeld des Erprobungszeitraums

Im Rahmen der Implementierungsphase wurden für diese drei Bereiche mit der *Arbeitsgruppe (AG) MeKidS.units*, der *AG MeKidS.Praxen* sowie der *AG Jugendämter* drei Gremien geschaffen, innerhalb derer zum einen die Anforderungen an den medizinischen Kinderschutz auf Verfahrensebene ausgearbeitet und entsprechende Handlungsempfehlungen daraus abgeleitet werden konnten. Zudem resultierten aus diesen Arbeiten gleichermaßen die Anforderungen an die Versorgungsstrukturen (siehe Kap. 4.1). Die Umsetzung der Implementierungsarbeiten erfolgte parallel in den jeweiligen Institutionen.

> *Bei der Implementierung der strukturellen Voraussetzungen sowie der verfahrensbezogenen Abläufe profitierten vor allem die Kliniken von der personellen Ausstattung, die ihnen im Rahmen des Projekts unabhängig von der direkten Leistungserbringung zur Verfügung gestellt werden konnte. Dies ermöglichte nicht nur, einrichtungsinterne Prozesse zur Überleitung von potenziellen MeKidS.best Fällen an das MeKidS.team zu etablieren, sondern auch Netzwerke mit externen Partnern wie den pädiatrischen Praxen oder den Jugendämtern zu knüpfen. Auf diesem Weg konnte auch ein regionales Netzwerk eingerichtet werden, über das in engmaschigem Austausch Wissen und best practices aus der Versorgung geteilt werden konnten.*



Die Implementierung bei den MeKidS.Praxen hat sich dagegen aus den bereits genannten Gründen auf die Verfahrensebene beschränkt. Aufgrund des Umstandes, dass den MeKidS.Praxen keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden konnten, bezogen sich die Schulungen im Vorfeld der Erprobungsphase schwerpunktmäßig auf die Versorgung von Kinderschutzfällen in der Praxis und die Nutzbarmachung der intersektoralen und rechtskreisübergreifenden Strukturen für eben diese Versorgung.

> *In der Implementierung profitierten die MeKidS.best Einrichtungen neben den projektspezifischen Rahmenbedingungen von dem Umstand, dass das Land NRW mit dem Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen ein Angebot vorhält, über das Gesundheitseinrichtungen auf eine pseudonymisierte Beratung durch erfahrene Kinderschutzmediziner:innen sowie auf die Rechtsmedizin zurückgreifen können. Eben dieses Kompetenzzentrum bot darüber hinaus Schulungen zu verschiedenen Themenfeldern an, die auch von den MeKidS.best Einrichtungen in Anspruch genommen wurden.*



Rolle der Jugendämter für die Netzwerkarbeit im medizinischen Kinderschutz

Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die große Mitwirkungsbereitschaft von 20 Jugendämtern im Ruhrgebiet, die zum Zeitpunkt der Projektkonzeption zwar erhofft wurde, aber keinesfalls als selbstverständlich vorausgesetzt werden konnte. Unter der fachlichen Koordination der beiden in NRW und für das Ruhrgebiet zuständigen Landesjugendämter wurden in der *AG Jugendämter* Instrumente entwickelt, mittels derer eine niederschwellige Zusammenarbeit zwischen pädiatrischen Einrichtungen und den Jugendämtern im Versorgungsfall vereinfacht werden sollten. Gleichzeitig wurden von Seiten der MeKidS.best Einrichtungen sowie von Seiten der Jugendämter bidirektional Kontakte im Sinne des Netzwerkaufbaus aufgenommen, persönliches Kennenlernen ermöglicht und Kommunikationskanäle für

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

die Versorgungsfälle eröffnet. Diese Maßnahmen stellten eine zwingend notwendige Voraussetzung für das Gelingen der Versorgungserprobung dar.

> *Auch wenn die Bereitschaft zur Kooperation von Seiten der Jugendämter auch über den gesetzlichen Auftrag der Netzwerkbildung hinaus gegeben war, wurde bereits in der Implementierungsphase deutlich, dass die Unterschiedlichkeit der Systeme nicht nur zu großen organisatorischen Hürden führt, sondern auch ein gewisses Maß an Verständnis für die Funktionsmechanismen des jeweiligen anderen Systems voraussetzt. Insofern bestand eine der Hauptaufgaben in der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Kinderschutz im Allgemeinen, von medizinischem Kinderschutz und von den Zuständigkeiten der jeweiligen Institutionen im Besonderen. Hierfür bedurfte es eines gemeinsamen Wordings, um weiteführende Missverständnisse zu vermeiden und bestehende Missverständnisse auszuräumen.*



Die Hürde der reinen SGB V-Zentrierung des Innovationsfonds konnte für das Themenfeld des medizinischen Kinderschutzes insofern aufgelöst werden, als dass MeKidS.best sich ausschließlich auf die Gewährleistung von Anschlussstellen für den Kinderschutz aus der Gesundheitsversorgung heraus konzentrierte. Die Strukturen der Jugendhilfe blieben von dem Projekt unberührt.

> *Es war frühzeitig erkennbar, dass insbesondere die projektspezifischen Rahmenbedingungen mit einem leistungsunabhängig finanzierten Personalanteil in den Kliniken, einer fachlichen Begleitung durch die DGKiM und den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt:innen (BVKJ) in der Aufbauphase und eines projektorganisatorischen Überbaus den Erfolg der Implementierungsphase befördert haben. Hier sieht das Konsortium ein nicht zu unterschätzendes Problem hinsichtlich eines Roll-Outs der Versorgungsform. Sofern den Einrichtungen keine fachliche und organisatorische Unterstützung bei der Etablierung von Strukturen in einer Region zur Verfügung stehen, dürfte eine Umsetzung der Strukturen und Prozesse aus eigener Kraft und vor allem in der Koordination unter den verschiedenen Einrichtungen innerhalb einer Region als schwierig anzusehen sein.*



Erfahrungen aus der Versorgungserprobung

In der Versorgungserprobung durch die MeKidS.Praxen haben sich die in der Implementierung andeutenden Hürden in der Netzwerkbildung sowie der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Praxen und Jugendämtern z.T. bestätigt. Insofern wurden die durch die Versorgungsform von MeKidS.best bereitgestellten, einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeitsstrukturen mit den MeKidS.units als unterstützend empfunden. Hierdurch wurden Entscheidungen darüber, ob weitere Einrichtungen in die Abklärungsprozesse hinzugezogen werden sollten, erleichtert. Durch das verlässliche Vorhalten von Strukturen in den MeKidS.units konnte zudem eine strukturierte Zusammenarbeit in den Abklärungsprozessen gewährleistet werden.

Für die MeKidS.Praxen blieben aufgrund der Fallkonstellationen viele Herausforderungen bestehen. In der Erprobungsphase wurde bestätigt, dass in MeKidS.Praxen vor allem Fälle von Vernachlässigung identifiziert werden können. Der Umgang mit diesen Fällen gestaltet sich auf eine besondere Weise komplex, da die Anhaltspunkte für Vernachlässigung nicht immer eindeutig bzw. objektivierbar sind. Zudem sind Vernachlässigungen in der Regel Ausdruck von hohen Belastungssituationen in den Familien. Im Umgang mit den Familien bedarf es daher eines besonderen Feingefühls, um die Potenziale der Kooperationsbereitschaft zu bergen und so bestmöglich Hilfestrukturen für die Familien vermitteln zu können.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In den MeKidS.units wurden dagegen verstärkt Fälle von körperlicher oder sexueller Gewalt bzw. von Missbrauch identifiziert. Diese Identifikation erfolgt in der Regel unabhängig von Tageszeiten, so dass es routinierter Strukturen bedurfte, die eine leitliniengerechte Versorgung auch außerhalb der Dienstzeiten der MeKidS.teams ermöglichen. Im Projekt wurden daher Standards etabliert, mittels derer eine 24h-Notfallversorgung gewährleistet werden konnte. Die besondere Herausforderung lag darin, alle potenziell diensthabenden Ärzt:innen so zu schulen, dass sie nicht nur für die Identifikation von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung sensibilisiert waren, sondern auch eine ausreichende Anamnese und Übergabe an das MeKidS.teams sicherstellen konnten. Die Einbindung des MeKidS.teams stellte dann die leitliniengerechte (Weiter-)Versorgung sowie die Überleitung in die Hilfesysteme sicher.

> *Medizinischer Kinderschutz baut auf einem erfahrenen, interprofessionellen Team auf. Dieses Team bildet die Schnittstelle in die internen Abteilungen sowie in die externen Netzwerke und muss verlässlich vorgehalten werden.*



Zwar kann am Ende der Versorgungserprobung festgehalten werden, dass die Strukturen so geschaffen waren, dass eine verbesserte Versorgung entlang der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie angeboten wurde (s.u.) und dass dieses Angebot auch in der Fläche umgesetzt werden kann. Es wurde aber auch deutlich, dass eine einmalige Implementierung von Strukturen und Prozessen den komplexen fortwährenden Anforderungen im medizinischen Kinderschutz nicht gerecht wird.

> *Es bedarf eines kontinuierlichen und fallunabhängigen Austauschs unter den Akteuren, der eine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung darstellt. Dieser wurde über das Projekt in optimaler Weise abgebildet, kann aber auf Basis einer rein selektivvertraglichen Finanzierung im Anschluss an das Projekt nicht nachhaltig gewährleistet werden. Nur durch entsprechende Abbildung in der Regelversorgung kann die Versorgungsform über MeKidS.best hinaus sichergestellt werden.*



Hinsichtlich der Erreichung der im Evaluationskonzept ursprünglich angestrebten Fallzahlen stand das Projekt in seiner Durchführung vor der besonderen Herausforderung der Coronapandemie und den damit verbundenen Implikationen für die pädiatrische Versorgung insgesamt. Da die Inzidenzrate der Verdachtsfälle gemäß dem Evaluationskonzept als Verhältnismaß sowohl von der absoluten Zahl der MeKidS.best Fälle (Zähler) als auch der Grundgesamtheit der pädiatrischen Fälle (Nenner) abhing, nahm die Pandemie mit ihren stark wechselnden Grundgesamtheitszahlen erheblichen Einfluss auf die Inzidenzrate. Dies hängt damit zusammen, dass unter „normalen Umständen“ der Nenner bei als relativ konstant angesehen wird, während der Zähler die Inzidenzraten am deutlichsten beeinflusst. Im Fall von extremen externen Einflüssen wie z.B. einer starken Veränderung der Zahl der der gesamtversorgten Patient:innen oder einer geänderten diagnostischen Situation ist die Inzidenzrate jedoch von beiden Parametern abhängig und kann dementsprechend stark schwanken.

Bei einem Anstieg der gesamtversorgten Patient:innen kann aber nicht notwendigerweise von einer in gleicher Relation ansteigenden MeKidS.best-Fallzahl ausgegangen werden, wenn wie in der Pandemiezeit ein extremer und äußerst ungewöhnlicher Anstieg im Bereich der Infektions- u. Viruserkrankungen die Inzidenzrate „verwässert“.

Gleichermaßen haben die zeitweisen Unterauslastungen der pädiatrischen Einrichtungen gefolgt von unverhältnismäßigen Überbelastungen dazu geführt, dass allein aufgrund der Arbeitsdichte ggf. Hinweise auf Kindeswohlgefährdung nicht erkannt oder in Sinne des Projektes ggf. auch einfach nur nicht ausreichend dokumentiert wurden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Teilprojekt MeKidS.support

Obwohl die Umsetzung des digitalen Unterstützungstools MeKidS.support sowohl in den Pretests durch die MeKidS.Praxen als auch durch die MeKidS.units auf positive Resonanz stieß, fiel eine umfangreiche Erprobung des Instruments einer zu dichten Aufgabenfülle durch das Projekt zum Opfer. So fiel die Erprobungsphase des Dokumentationstools in den Zeitraum, in dem auch die umfangreichen Evaluationsdokumentationen für die Versorgungsform gefordert waren. Dies führte dazu, dass nur wenige MeKidS.best Einrichtungen und mit nur wenigen Fällen für die Erprobung gewonnen werden konnten. Vor dem Hintergrund, dass im Zuge der Coronapandemie und ihrer Folgeimplikationen pädiatrische Einrichtungen ohnehin an der Belastungsgrenze agierten, war dieses Problem nicht auflösbar. Über eine experimentelle Erprobung von MeKidS.support durch einige der MeKidS.units gelang dem Konsortium dennoch die Evaluation des Systems entlang der im Konzept festgelegten Kriterien.

5. Methodik

Die neue Versorgungsform wurde mit der klinischen Evaluation und der gesundheitsökonomischen Evaluation mit zwei Schwerpunkten wissenschaftlich begleitet. Deren Umsetzung erfolgte Hand in Hand, deren Methodik wird der Übersichtlichkeit halber aber im Folgenden getrennt voneinander erläutert. Die Evaluation der Routinedaten sowie die evaluierende Begleitung von MeKidS.support sind ebenfalls separat dargestellt.

5.1 Klinische Evaluation der neuen Versorgungsform

Gegenstand der klinischen Evaluation

Mit der klinischen Evaluation wurde die Qualität der neuen Versorgungsform entlang von vier voneinander abgegrenzten, sachlich ineinandergreifenden Kriterien erhoben. Als primäre Endpunkte wurden hierbei

- die Qualität der diagnostischen Prozesse (Prozessqualität) sowie
- die Inzidenzrate der Verdachtsfälle (Ergebnisqualität)

definiert.

Um gleichzeitig dem Umstand Rechnung zu tragen, dass ein funktionierender medizinischer Kinderschutz nicht zuletzt Einfluss nimmt auf die wechselseitige Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Einrichtungen und den Jugendämtern in ihrer Eigenschaft als diejenigen Institutionen, die das sogenannte „Wächteramt“ innehaben, wurden als sekundäre Endpunkte zudem

- die Inanspruchnahme der fallspezifischen Beratung durch Akteure aus der Jugendhilfe (prozess- und strukturoptimierte Zusammenarbeit) sowie
- die leitliniengerechte Beratung und Überleitung von Patient:innen der medizinischen Einrichtungen an die Jugendämter

betrachtet.

Rekrutierung/Einschluss

Die Evaluation von MeKidS.best wurde in drei Evaluationszeiträume gegliedert:

t1: Projektmonat 11-16 (Baseline-Erhebung, 07/2020 – 12/2020)

t2: Projektmonat 17-28 (Erprobungsphase 1. Jahr, 01/2021 – 12/2021)

t3: Projektmonat 29-40 (Erprobungsphase 2. Jahr, 01/20232– 12/2022)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Erhebung der klinischen Evaluation erfolgte vollständig über Primärdaten. Die Rekrutierung erfolgte über die 15 teilnehmenden MeKidS.Praxen sowie über neun MeKidS.units, in denen alle MeKidS.best Fälle gemäß Einschlusskriterien (s.o.) für die Evaluation der Inzidenzraten erhoben wurden.

In die Evaluation der Prozessqualität wurden lediglich die abgeschlossenen MeKidS.best Fälle einbezogen. Als abgeschlossen eingestuft wurden alle MeKidS.best Fälle, deren Abklärungsprozess zur Kindeswohlgefährdung durch den/die behandelnde:n Kinder- und Jugendärzt:in bzw. durch das MeKidS.teams als abgeschlossen eingestuft wurde und bei denen erwartet wurde, dass keine kinderschutzbezogenen Leistungen entsprechend des Selektivvertrags durch die jeweilige MeKidS.best Einrichtung mehr erbracht werden würden.

Bei der Studie wurde aus ethischen Gründen auf ein randomisiertes Studiendesign verzichtet.

Operationalisierung



Die **Ergebnisqualität** wurde durch die Anzahl der Fälle, bei denen Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung identifiziert und Maßnahmen zur Abklärung dieser Hinweise eingeleitet wurden, definiert. Auf der einen Seite wurde davon ausgegangen, dass über etablierte kinderschutzbezogene Prozesse in den MeKidS.best Einrichtungen auf der einen Seite eine verstärkte Sensibilität für die Identifizierung entsprechender Hinweiskriterien innerhalb der Einrichtungen besteht. Auf der anderen Seite bestand die Annahme, dass durch die verbesserten Überleitungsstrukturen sowohl bei den pädiatrischen Einrichtungen untereinander sowie auch mit den Jugendämtern vermehrt gezielt Abklärungen angefragt werden. Daher wurde von einer im Vergleich zur Baselineerhebung signifikanten Erhöhung der initiierten Abklärungen ausgegangen. Die Baselineerhebung (t1) erfolgte dabei im Vorfeld der Erprobungsphase zu einem Zeitpunkt, an dem die Implementierungsprozesse in den Einrichtungen zwar bereits angestoßen, aber noch nicht abgeschlossen waren (vgl. Anlage 3, Fragebogen zur Inzidenzerhebung).

Um die Inzidenzrate berechnen zu können, bedurfte es neben der Anzahl der in den MeKidS.best Einrichtungen versorgten MeKidS.best Fälle somit einer Bezugsgröße, also einer Grundgesamtheit, zu der die versorgten MeKidS.best Fälle ins Verhältnis gesetzt werden konnten. Diese Grundgesamtheit bezog sich (in Abgrenzung zu den MeKidS.best Fällen) auf die Gesamtzahl an versorgten GKV-Fällen im Alter von 0 bis 17 Jahren aus der jeweiligen Einrichtung.



Prozessqualität: Die Prozessqualität - also die Frage, wie leitliniengerecht die Versorgungsprozesse bei den versorgten MeKidS.best Fällen waren - wurde entlang von sogenannten Fallvignette, denen entsprechende Scoringwerte zugeordnet wurden, erhoben. Auch hierbei lag die Annahme zugrunde, dass die unter Abschnitt 4 beschriebene Implementierung im Vergleich zur Baselineerhebung zu verbesserten Ergebnissen führe, die sich im Verlauf der Erprobungsphase noch weiter verbessern würden.

Hierzu wurden für die MeKidS.units sowie für die MeKidS.Praxen jeweils spezifische Fallvignetten erarbeitet, die sich ihrerseits wiederum an der AWMF S3+Kinderschutzleitlinie orientierten und die am häufigsten vorkommenden Szenarien des medizinischen Kinderschutzes abbildeten. Somit wurde keine evaluationsspezifische Vorgabe zu beobachtenden Interventionen gemacht, sondern die Konformität der Versorgungsprozesse betrachtet.



Die Fallvignetten wurden anhand eines Evaluationsbogens für jeden als abgeschlossen bewerteten MeKidS.best Fall ausgefüllt. Die Berechnung des zugehörigen Scores erfolgte im Hintergrund, deren Wertung den ausfüllenden Personen nicht bekannt war (vgl. Anlage 4, Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation & Anlage 5, Scoringalgorithmus).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



Strukturqualität: Die Strukturqualität bezog sich auf den Stand des Implementierungsprozesses und ging somit der Frage nach, welche der potenziellen Prozesse und Strukturen in den MeKidS.best Einrichtungen zu den Erhebungszeitpunkten t1 – t3 bereits erfolgreich implementiert waren. Hierbei wurden die Aspekte der Strukturebene (personelle Ressourcen, infrastrukturelle Rahmenbedingungen, Netzwerkstruktur) sowie der Verfahrensebene (fallbezogene Versorgungsabläufe) zu drei Zeitpunkten erhoben und in ihrer Entwicklung betrachtet (vgl. Anlage 6, Fragebogen zur Strukturqualität).

Fallzahlannahme

Die Fallzahlberechnung für den ersten primären Endpunkt (Inzidenzrate) fußte auf den 12 teilnehmenden **MeKidS.Praxen** der Baselinephase, deren Daten zum Zeitpunkt der Fallzahlkalkulation vollständig vorlagen, in denen der Anteil der abgeschlossenen MeKidS.best-Fälle bei einer Gesamtfallanzahl von 54.420 Kindern abgerechneten Fällen bei n=94 lag, was einem Anteil von 0,17% entsprach. Die Basis der Powerkalkulation bildete eine angenommene Steigerung um 25% auf 0,215 % im ersten Jahr bzw. einer Steigerung um 50% auf 0,26 % im zweiten Jahr.

Unter der Annahme sonst gleicher Rahmenbedingungen würden somit bei 15 teilnehmenden Praxen die notwendigen Fallzahlen bei 293 MeKidS.best-Fällen (0,215%) im ersten Projektjahr bzw. 354 MeKidS.best-Fällen (0,26%) im 2. Projektjahr, was zu einer Gesamtzahl von 647 MeKidS.best-Fällen führte.

Ergänzend galt es, für den zweiten primären Endpunkt (Prozessqualität) zu prüfen, ob diese Fallzahlkalkulation auch für die Prozessqualität ausreichend sei. Hierzu lag folgende Kalkulation zugrunde: Unter der Annahme einer geringen Veränderung der Prozessqualität (Cohen' s d=0,3 ~ Cohen' s f=0,15) zwischen dem ersten und zweiten Jahr der Erprobungsphase, einer Irrtumswahrscheinlichkeit α von 0.05 und einer geschätzten Fallzahl von 180 Fällen pro Jahr über alle Praxen, ergab sich eine Power 1- β von 81%, so dass die Veränderung im zeitlichen Verlauf bei einer notwendigen Power von 80% als signifikant unterschiedlich detektiert werden kann.

Die angenommene Fallzahl der **MeKidS.units** für den primären Endpunkt der Inzidenzrate wurde ebenfalls auf Basis der in der Baseline in den teilnehmenden Kinder- und Jugendkliniken erhobenen (n=867) Fällen in Relation zur Gesamtfallzahl der Kliniken (96.6662 Fälle) kalkuliert. In Bezug auf die Gesamtfallzahl zeigte der Anteil der MeKidS.best Fälle an der Grundgesamtheit (s.o., durchschnittlich 0,89%) eine große Varianz (0,20% - 1,79%). Ausgehend von einer angenommenen möglichen Detektionsrate von 2% wurden für jede Einrichtung das Steigerungspotential und die Differenz in Bezug auf die in der Baseline erhobene Fallzahl (IST) kalkuliert.

Es wurde also über den Projektverlauf hinweg mit einer Steigerung der Fallzahlen im ersten Projektjahr auf 2.265 Kinderschutzfälle (Fallzahl Baseline zzgl. 25% der Differenz zwischen Potential und IST) und im zweiten Jahr, mit fortschreitender Implementierung auf 2.799 detektierter möglicher MeKidS.best Fälle (Fallzahl Baseline zzgl. 50% der Differenz zwischen Potential und IST) bei ansonsten gleichbleibenden Rahmenbedingungen gerechnet.

Ergänzend galt es erneut für den zweiten primären Endpunkt der Prozessqualität zu prüfen, ob diese Fallzahlkalkulation auch für die Prozessqualität ausreichend sei. Hierzu lag die folgende Kalkulation zugrunde: Unter der Annahme einer geringen Veränderung der Prozessqualität (Cohen' s f=0,1) über k=8 Quartale, einer Irrtumswahrscheinlichkeit α von 0.05 und einer Power 1- β von 90% sowie fünf potenziellen Kovariaten (z.B. Unit, Altersgruppe, $\cdots$) ergab sich eine Gesamtzahl von etwa N=2.981 Kinderschutzfällen über die acht Quartale (gemittelt: n=378 pro Quartal). Wenn die Power 1- β auf 95% erhöht wird, steigt die Anzahl auf N=3.485 Kinderschutzfällen über die acht Quartale (gemittelt: n=435 pro Quartal).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.2 Gesundheitsökonomische Evaluation der neuen Versorgungsform

Gegenstand der gesundheitsökonomischen Evaluation

Während die klinische Evaluation den Blick auf strukturelle Voraussetzungen, Prozessabläufe, die Ergebnisqualität und die Entwicklung dieser Parameter über den Projektzeitraum hinweg richtete, wurden mit der gesundheitsökonomischen Evaluation die Ressourcenverbräuche und Kosten der durchgeführten Prozesse erhoben. Diese Ermittlung der Prozesse und der damit verbundenen Ressourcenverbräuche erfolgte standardisiert im Rahmen der fallbezogenen klinischen Evaluation. Ergänzend wurden zudem die Kosten der Implementierung der Strukturen und des Aufbaus und der Aufrechterhaltung der Netzwerke qualitativ über Leitfadeninterviews erhoben. Für den stationären Bereich wurden zudem die vorzuhaltenden Strukturen ermittelt.

Operationalisierung

Fallbezogene Ressourcenverbräuche: Zur Erfassung der Kosten, die durch die gesundheitliche Versorgungsleistung in den MeKidS.best Einrichtungen entstehen, wurde eine Bottom-up Evaluation der Ressourcenverbräuche durchgeführt. Anhand der Leitlinie wurden die Einzelleistungen der zugehörigen Verfahrensabläufe in den Behandlungspfaden identifiziert (vgl. Anlage 4, Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation sowie Anlage 6, Fragebogen zur Strukturqualität).



Auf der Grundlage etablierter Kriterien (Scholz S et al., 2020) wurde hierfür ein detaillierter Fragebogen zur Erfassung der durchgeführten Maßnahmen entwickelt. Zu jeder dieser Maßnahmen wurden die jeweiligen Ressourcenverbräuche, aufgeschlüsselt nach beteiligten Professionen dokumentiert. Die Fragebögen unterschieden sich nach Einrichtungsart (MeKidS.units ambulant, MeKidS.units stationär, MeKidS.Praxen). Studienbasisjahr war 2020.

Implementierungskosten: Die Kosten für die Implementierung der (infra-)strukturellen Voraussetzung wurden dagegen auf Basis der standardisierten Erhebung der Strukturqualität des Jahres 2020 (= Zeitraum der Erstimplementierung vor Beginn der Erprobungsphase) sowie der zusätzlichen Befragung von Vertreter:innen aus den MeKidS.Praxen und den MeKidS.units anhand von Leitfadeninterviews ermittelt (vgl. Anlage 7, Interviewleitfäden Implementierungskosten).



Erhoben wurden Implementierungskosten, die z.B. durch externe Fort- und Weiterbildungskosten, interne Schulungen oder Kosten für die Netzwerkarbeit entstanden. Einbezogen wurden dabei auch die personellen Ausstattungen sowie die Zeitverbräuche für den Aufbau sowie die Anpassung interner Strukturen und Abläufe. Die Kosten für die Netzwerkarbeit beinhalteten den Aufwand für das Herstellen von Netzwerken und deren Pflege.

5.3 Gesundheitspolitische Konzeptionierung für die Übertragung der Ergebnisse in die Regelversorgung

Die Vergütungs- und Finanzierungsmodelle für die Übertragung der neuen Versorgungsform MeKidS.best in die Regelversorgung wurden aufbauend auf einer Analyse des Status Quo sowie der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt. Dabei befindet sich MeKidS.best mit der medizinischen Leistungserbringung an der Grenze zweier Trägersysteme, der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Jugendhilfe.

Mit dem Ziel, die Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung vorzubereiten, erfolgte entsprechend zunächst eine strukturierte Darstellung bestehender Vergü-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

tungsmodalitäten in den unterschiedlichen Versorgungssettings der medizinischen Leistungserbringung (vertragsärztliche Versorgung in pädiatrischen Praxen und ambulante sowie stationäre Versorgung in den Kinder- und Jugendkliniken, zum Teil mit angeschlossenen Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)) sowie der aktuellen Zuweisung von Leistungsbereichen zu den Trägersystemen.

Es wurden darauf aufbauend alternative Modelle zur Vergütung der medizinischen Leistungserbringung in den unterschiedlichen Versorgungssettings sowie zur Zuständigkeit der Finanzierungsverantwortung erstellt. Die bestehenden Vergütungsmodalitäten sowie potentielle Alternativmodelle wurden mit Expert:innen aus den Bereichen ambulanter sowie stationärer Abrechnung (Ärzt:innen aus kinder- und jugendmedizinischen Praxen sowie Krankenhaus-(Medizin-)Controller:innen) im Zuge von Interviews erörtert. Bei den Modellierungen wurden dabei zunächst noch nicht die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation berücksichtigt. Modelle, die aufgrund der Auswertungen der Ressourcenverbräuche nicht in Betracht kamen, wurden in den weiteren Schritten nicht weiter berücksichtigt. Darauf aufbauend wurden die verschiedenen Modelle hinsichtlich ihrer Anreizsysteme in der Erreichung gesundheitspolitischer Ziele mittels einer Kriteriologie zur Bewertung von Finanzierungs- und Vergütungssystemen untersucht (vgl. Anhang 1, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen).

In zwei Workshops unter Teilnahme relevanter Stakeholder der Leistungserbringung und der Finanzierung im Bereich des medizinischen Kinderschutzes wurden die Ergebnisse der Vergütungs- und Finanzierungsmodellierung und ihrer Anreizwirkung zur Diskussion vorgestellt. Die Finalisierung der Modelle erfolgte unter Berücksichtigung der Workshopergebnisse.

5.4 Routinedatenbetrachtung

Gegenstand der Routinedatenbetrachtung

Für die Analyse auf Basis der Routinedaten wurde die Häufigkeit von Kinderschutzfällen (ICD-10: T74) ermittelt sowie die damit in Zusammenhang stehenden Kosten aus Perspektive der GKV entwickelt haben. Im zeitlichen Vergleich wurde untersucht, inwieweit es zwischen dem Jahr 2019 (Zeitraum vor der Einführung von MeKidS.best) und dem Jahr 2021 (Zeitraum nach der Einführung von MeKidS.best) im Zusammenhang mit der Diagnose „Missbrauch von Personen“ (ICD-10: T74) Veränderungen oder Verschiebungen in den Abrechnungspositionen und den zugehörigen Kosten gegeben hat. Erfasst wurden Leistungen und Kosten über das Quartal mit der ersten ICD-10: T74 Kodierung sowie dem Folgequartal (vgl. Anlage 8, Fragebogen zur Routinedatenbetrachtung).

Rekrutierung/Einschluss

Eingeschlossen wurden bei den teilnehmenden Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, AOK Rheinland/Hamburg, DAK-Gesundheit, AOK NordWest) versicherte Kinder und Jugendliche, bei denen innerhalb des ersten Indexzeitraums (Quartal 1, Quartal 2 oder Quartal 3 2019) oder zweiten Indexzeitraums (Quartal 1, Quartal 2 oder Quartal 3 2021) eine Diagnose ICD-10: T74 als gesicherte oder als Verdachtsdiagnose im ambulanten Bereich bzw. eine Diagnose T74 im stationären Bereich dokumentiert wurde.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 3: Selektionskriterien nach Studienzeitraum

EINSCHLUSSKRITERIEN	STUDIENZEITRAUM 1 (2019)	STUDIENZEITRAUM 2 (2021)
ALTER	Geburtsjahrgänge ab 2002	Geburtsjahrgänge ab 2004
VERSICHERT IM VORJAHR	in 2018 bei der betreffenden Kasse versichert ODER in 2018 noch nicht geboren	in 2020 bei der betreffenden Kasse versichert ODER in 2020 noch nicht geboren
DIAGNOSE	ICD-10: T74.x in Q1, Q2 oder Q3 Jahr 2019 (gesichert oder Verdacht) im ambulanten und/oder stationären Bereich*	ICD-10: T74.x in Q1, Q2 oder Q3 Jahr 2021 (gesichert oder Verdacht) im ambulanten und/oder stationären Bereich*
	UND keine ICD-10: T74.x in 2018	UND keine ICD-10: T74.x in 2020

*im stationären Bereich gilt der Entlassungstag; stationär (inkl. teilstationär/prästationär/poststationär)

Aufgreifkriterium war jeweils die erste ICD-10: T74 Diagnose im Indexzeitraum. Weitere T74 Diagnosen bei derselben Person stellten keinen erneuten Fall im Sinne der Routinedatenerhebung dar.

Der Beobachtungszeitraum bei Kindern/Jugendlichen, deren Indexdiagnose (erste Diagnose ICD-10: T74) im Indexquartal gestellt wurde, umfasste das Quartal der Indexdiagnose, sowie das Folgequartal.

Operationalisierung

Für die Datenerhebung wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, anhand dessen die beteiligten Krankenkassen, die jeweiligen Fälle aus ihren Routinedaten erfasst wurden. Die Daten wurden als aggregierte und anonymisierte Angaben geliefert. Erfasst wurden der stationäre Bereich inklusive SPZ, vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutischen Versorgung sowie Heilmittelverordnungen. Die Leistungen wurden aus Kostenträgerperspektive dem Gesamtkostenansatz erhoben.

5.5 Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support

Gegenstand der Betrachtung

Ziel der Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support war der Erkenntnisgewinn

- hinsichtlich des Unterstützungspotenzials bezogen auf die angestrebten Zwecke: Verbesserung in der Qualität einer sachgerechten Dokumentation von Kinderschutzfällen sowie
- hinsichtlich der Funktionalität der Anwendung.

Es wurde davon ausgegangen, dass eine positive Beurteilung dieser Aspekte durch die Anwender:innen mit einem Nutzungsgrad korreliert. Weiterführend wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass ein hoher Nutzungsgrad von MeKidS.support durch die MeKidS.best-Einrichtungen im Projekt Rückschlüsse auf ein entsprechendes Potenzial für eine Skalierung des Systems über die Projektlaufzeit und -akteure hinaus zulässt.

Insofern wurde als primäre Zielgröße der Nutzungsgrad (Nutzungsfrequenz bzw. Nutzungsweise) von MeKidS.support durch die MeKidS.best-Einrichtungen festgelegt. Als sekundäre Zielgröße wurde die subjektive Nutzungsakzeptanz bzw. „Usability“ der Anwendung definiert.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rekrutierung/Einschluss

In die Betrachtung einbezogen wurden MeKidS.best-Einrichtungen (MeKidS.units & MeKidS.Praxen), die im Rahmen des Innovationsfondsprojekts MeKidS.best bei der Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsleistung auf die Nutzung von MeKidS.support zurückgegriffen haben. Dabei war die Teilnahme der Einrichtungen an der Erprobung von MeKidS.support entsprechend den Projektvorgaben freiwillig. Die Anwenderbefragung zu Evaluation von MeKidS.support wurde ausschließlich unter diesen freiwilligen Anwendern durchgeführt.

Operationalisierung

Die Erhebung im Rahmen der begleitenden Evaluation von MeKidS.support erfolgte auf zwei unterschiedlichen Wegen:

1. separate Anwenderbefragung (vgl. Anlage 9, Fragebogen zu MeKidS.support)
2. systemgenerierte Daten

zu 1: Zu zwei Zeitintervallen (T1: 04.07.2022 – 31.07. 2022, PM 35 & 34; T2: 02.12.2022 – 08.01.2023, PM 40 & 41) während der Erprobungsphase wurden den Anwender:innen kurze, an das „USE Questionnaire“ (Lund, 2001) angelehnte Online-Fragebögen zur Erhebung der Nutzungsakzeptanz zur Verfügung gestellt. Während dieser beiden Zeitintervalle wurde über verschiedene Kanäle (eMail, Projektveranstaltungen bzw. -treffen, ggf. in der Anwendung) auf die Erhebung hingewiesen. Im Rahmen der Befragung wurde um eine freiwillige Selbstauskunft hinsichtlich der jeweiligen Erfahrung im Fach bzw. mit der Nutzung von digitalen Anwendungen gebeten.

zu 2: Zusätzlich wurden weiterführende Informationen direkt aus dem System erhoben, die sich vor allem auf den Nutzungsgrad bezogen.

Die Evaluation erfolgte deskriptiv.

6. Projektergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der die neue Versorgungsform begleitenden Evaluationen in komprimiert Form und zusammengefasst dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse sowie der zugrundeliegenden Instrumente und Vorgehensweisen wird im Evaluationsbericht zu MeKidS.best zur Verfügung gestellt.

6.1 Klinische Evaluation der neuen Versorgungsform

Ergebnisqualität – Entwicklung der Inzidenzraten in der Primärdatenbetrachtung



Die Ergebnisqualitätsbetrachtung bezog sich auf die Anzahl der neu detektierten Fälle mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, bei der ein entsprechender Abklärungsprozess initiiert wurde (vgl. Definition MeKidS.best Fall, S. 15). Diese Fallzahlen wurden sowohl für das Jahr 2021 als auch für das Jahr 2022 als Erprobungszeiträume betrachtet und in ihrer Entwicklung mit dem Baselinezeitraum im Jahr 2020 abgeglichen. Für die Berechnung der Inzidenzraten wurde zudem die Gesamtzahl der in den MeKidS.best Einrichtungen versorgten Fälle erhoben und als Grundgesamtheit definiert. Zu dieser wurden die jeweiligen MeKidS.best Fallzahlen in Relation gesetzt

Die MeKidS.best Fälle wurden dabei einmal sowohl nach abgeschlossenen Fällen und nach der Gesamtheit der MeKidS.best Fälle (abgeschlossen & offen) kategorisiert unterschieden. Dabei wurde ein abgeschlossener MeKidS.best Fall definiert als ein Fall, bei dem die Behandelnden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

keine zukünftigen kinderschutzbezogenen Leistungen entsprechend der Leistungsbeschreibung des Selektivvertrages durch ihre eigene Einrichtung mehr erwarteten. Für den stationären Bereich war dies mit dem Zeitpunkt der Entlassung gegeben. Im ambulanten Bereich in den Krankenhäusern und Praxen konnten dagegen am Ende eines Quartals Fälle als nicht abgeschlossen eingestuft werden, die aufgrund der Definition im Folgequartal erneut in die Inzidenzerhebung eingingen, sofern es in diesem Quartal auch einen entsprechenden Patientenkontakt gegeben hat. Ein MeKidS.best Fall, der als abgeschlossen eingestuft wurde, konnte in den Folgequartalen nicht mehr in der Inzidenzerhebung geführt werden. Dennoch war es möglich, dass ein MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde, das Kind jedoch in späteren Quartalen erneut mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorstellig wurde. In diesen Fällen handelte es sich um einen neuen MeKidS.best Fall, der wiederum erneut Eingang in die Inzidenzerhebung Eingang finden musste.

In den **MeKidS.Praxen** wurde in der Baseline (3.&4. Quartal 2020) hochgerechnet auf ein volles Jahr und 15 Praxen eine Gesamtfallzahl von 136.050 Fällen und 522 MeKidS.best Gesamtfällen (235 abgeschlossene Fälle) erhoben. Dies entsprach einer Inzidenzrate von 0,38% (0,17% abgeschlossen).

Im ersten Erprobungsjahr (2021) wurden 514 MeKidS.best Gesamtfälle (199 abgeschlossen) bei einer Grundgesamtheit von 135.219 detektiert. Dies entsprach einer Inzidenzrate von 0,38% (0,15% abgeschlossen). Im zweiten Erprobungsjahr (2022) wurden 489 MeKidS.best Gesamtfälle (216 abgeschlossen) bei einer Grundgesamtheit von 141.947 detektiert. Dies entsprach einer Inzidenzrate von 0,34% (0,15% abgeschlossen). In der Gesamterprobungsphase (2021 & 2022) wurden folglich 1.003 MeKidS.best Fälle (415 abgeschlossen) bei einer Grundgesamtheit von 277.166 versorgt. Dies entspricht einer Inzidenzrate von 0,36% (0,15% abgeschlossen).

Im Vergleich zur Inzidenzrate der Baseline der beiden Quartale Q3 und Q4 des Jahres 2020 ergibt sich somit kein signifikanter Unterschied. Vielmehr kam es wie bereits im Projektverlauf erkennbar sogar zu einer Verringerung der Inzidenzrate in der Gesamtfallzahl der MeKidS.best Fälle.

Die Entwicklung der Inzidenzrate ergab dagegen mit Blick auf die als ICD-10: T74-kodierten Fälle in den 15 MeKidS.Praxen. Hier lag die Entwicklung mit T=5,04, p<0,001 für 2021 bzw. T=3,09, p=0,001 für beider Erprobungsjahre im Vergleich zur Baseline im signifikanten Bereich; auch die Veränderung im Vergleich unter den Erprobungsjahren ist ebenfalls als signifikant einzustufen.

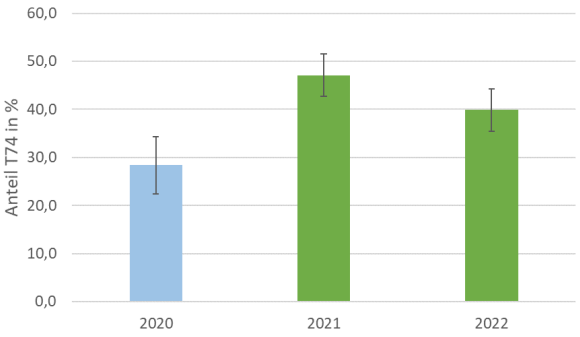


Abbildung 7: Vergleich der prozentualen Anteile der T74-kodierten Fälle aller MeKidS-Fälle in den 15 MeKidS.Praxen der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün), mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall

In den neun **MeKidS.units** wurde in der Baseline (3.&4. Quartal 2020) hochgerechnet auf ein volles Jahr eine Gesamtfallzahl von 193.332 Fällen und 2.100 MeKidS.best Gesamtfällen (867 abgeschlossene Fälle) erhoben. Dies entsprach einer Inzidenzrate von 1,1% (0,9% abgeschlossen).

Im ersten Erprobungsjahr (2021) wurden 2.081 MeKidS.best Gesamtfälle (1.831 abgeschlossen) bei einer Grundgesamtheit von 230.431 detektiert. Dies entsprach einer Inzidenzrate von 0,9% (0,79% abgeschlossen). Im zweiten Erprobungsjahr (2022) wurden 2.128 MeKidS.best Gesamtfälle (1.895 abgeschlossen) bei einer Grundgesamtheit von 254.827 detektiert. Dies

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

entsprach einer Inzidenzrate von 0,83% (0,74% abgeschlossen). In der Gesamterprobungsphase (2021 & 2022) wurden folglich 4.209 MeKidS.best Fälle (3.726 abgeschlossen) bei einer Grundgesamtheit von 485.258 versorgt. Dies entspricht einer Inzidenzrate von 0,87% (0,77% abgeschlossen).

Im Vergleich zur Inzidenzrate der Baseline ergibt sich im Binomialtest zwischen den Inzidenzraten ein signifikanter Unterschied (T=8,94; p<0,001) zugunsten der Baseline. Es kam also auch bei den MeKidS.units hinsichtlich der Inzidenzraten zu einer Verringerung, während sich die absolute Zahl der detektierten Fälle allerdings leicht nach oben entwickelt hat.

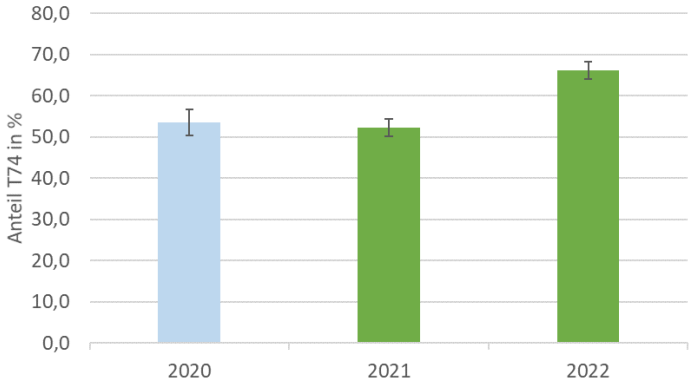


Abbildung 8: MeKidS.units: Vergleich der prozentualen Anteile der T74 kodierten Kinderschutzfälle in den neun MeKidS.units der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün) mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall

Auch in Bezug auf die MeKidS.units wurden ergänzend die Entwicklungen in der T74-Kodierung betrachtet. Während hierbei zwischen der Baseline und dem ersten Erprobungsjahr (2021) keine signifikante Veränderung detektiert werden konnte (T=-0,36, p<0,36) lagen signifikante Änderungen für das zweite Erprobungsjahr (2022) (T=6,84, p<0,001) im Vergleich zur Baseline bzw. zum Jahr 2021 (T=6,84, p<0,001 bzw. T=9,25, p<0,001) vor.

Ergänzende Betrachtung innerhalb der Fallzahlerhebung: Da eine abschließende Klärung der Frage, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, nicht aus der Gesundheitsversorgung heraus geschehen kann - diese Aufgabe obliegt nach § 8a SGB VIII den Jugendämtern - , wurde für das Projekt eine eigene Kategorisierung eingeführt. Diese bezieht sich auf das Vorliegen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung als Ergebnis des Abklärungsprozesses und wurde in folgender Weise stratifiziert:

a) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls *eingetreten ist* bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl *besteht*
b) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls *eingetreten sein könnte* bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls *bestehen könnte*
c) Einschätzung, dass *keine* Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindewohls besteht

Bei der Erhebung der MeKidS.best Fälle wurde daher die Zahl der abgeschlossenen Fälle nochmals entlang dieser drei Kategorien mit folgender Verteilung betrachtet.

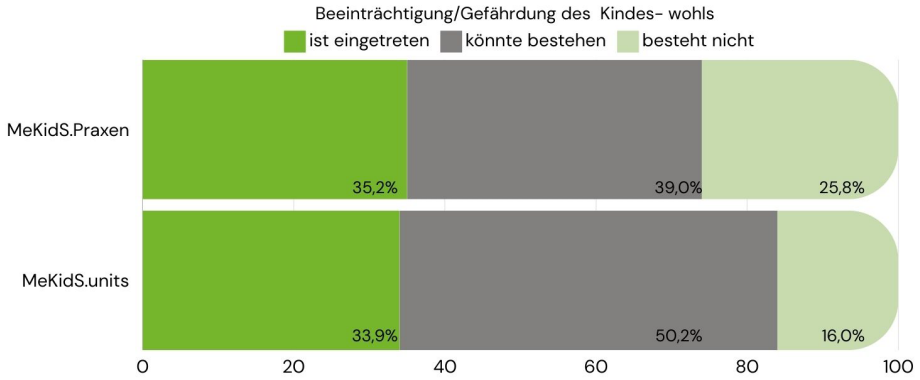


Abbildung 9: Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls eingetreten ist, eingetreten sein könnte bzw. keine Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls eingetreten ist/besteht

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hierbei handelt es sich um eine Einschätzung der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses im Abklärungsprozess innerhalb der Einrichtung. Dies bedeutet nicht, dass damit die Abklärung im Gesundheitssystem insgesamt oder gar im Jugendhilfesystem abgeschlossen sein musste. Ein Fallabschluss konnte dabei auch die Übergabe der Fallverantwortung bedeuten.

Prozessqualität

Prozessqualität



MeKidS.units und MeKidS.Praxen Fragebögen (vgl. Anlage 4, Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation) zur Verfügung gestellt, der auf den zuvor erstellten idealtypischen Fallvignetten basierte. Diese Fragebögen wurden anhand der einrichtungsinternen Patientendokumentation retrospektiv durch die Mitarbeiter:innen der MeKidS.best Einrichtungen gefüllt. Für die Qualifizierung der Prozessqualität wurde weiterhin ein „Scoringalgorithmus“ entwickelt, anhand dessen das Vorgehen in jedem einzelnen Versorgungsfall mit den Inhalten der passenden Vignette verglichen und auf Basis der über die Fragebögen erhobenen Daten in einen numerischen Score überführt wurde. In Anlage 5 sind die jeweiligen Scoringalgorithmen detailliert aufgeführt (vgl. Anlage 5, Scoringalgorithmus). Der numerische Score-Wert jedes einzelnen Versorgungsfalls bildete so einen Surrogatparameter für die Versorgungsqualität im Vergleich zum Goldstandard der AWMF S3+ Kinderschutzleitline.

Sowohl für die MeKidS.Praxen als auch für die MeKidS.units konnten über die hinterlegten Scoringalgorithmen maximale Scorewerte von 20 erreicht werden. Abbildung 3 zeigt die für den Score der **MeKidS.Praxen** berücksichtigten Einzelaspekte im Überblick.

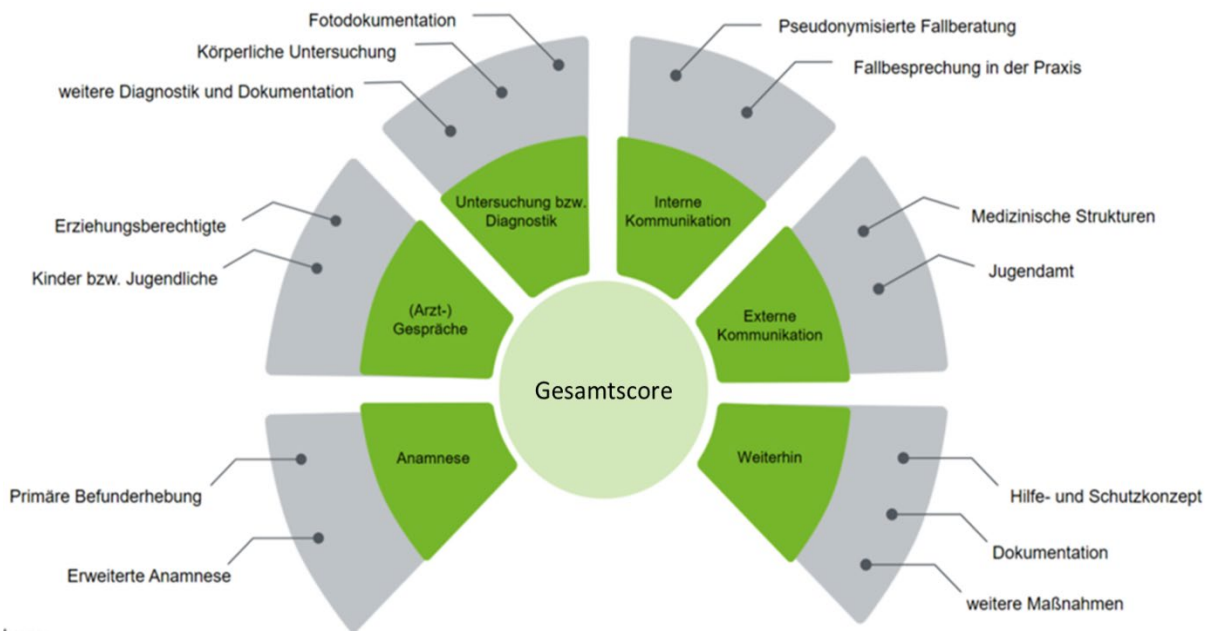


Abbildung 10: Einzelaspekte des Gesamtscores in den MeKidS.Praxen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

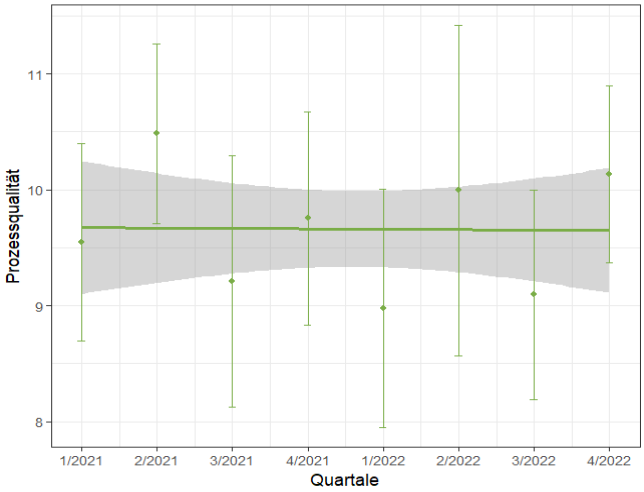


Abbildung 11: Mittlere Scorewerte der MeKidS.Praxen im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase.

Obwohl die Verteilungen in den jeweiligen Quartalen unterschiedlich sind, ist im Zeitverlauf keine systematische Veränderung feststellbar. Vielmehr ist deutlich zu erkennen, dass die mittleren Scorewerte in der Erprobungsphase einer circannualen Rhythmik unterliegt: während die Quartale 2 und 4 deutlich über der Regressionsgeraden liegen, liegen die Quartale 1 und 3 immer unterhalb der Geraden. Die Gerade selbst ist dabei konstant und zeigt keinerlei Trend was neben der fehlenden Steigung der Geraden auch durch die Konfidenzintervalle der Regressionsgraden visualisiert wird.

Für die **MeKidS. units** können die Einzelaspekte der Scores zudem 10 verschiedenen Dimensionen zugeordnet werden:

Dimension 1: Anamnese: Erfassung als Kinderschutzfall

Dimension 2: Körperliche Untersuchung

Dimension 3: Vignettenspezifische Items

Dimension 4: Vignettenspezifische Items

Dimension 5: Fallbesprechungen

Dimension 6: Gespräch/Interaktion Kind

Dimension 7: Gespräch Sorgeberechtigte

Dimension 8: Kommunikation mit anderen Institutionen

Dimension 9: Gefährdungseinschätzung

Dimension 10: Falldokumentation

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

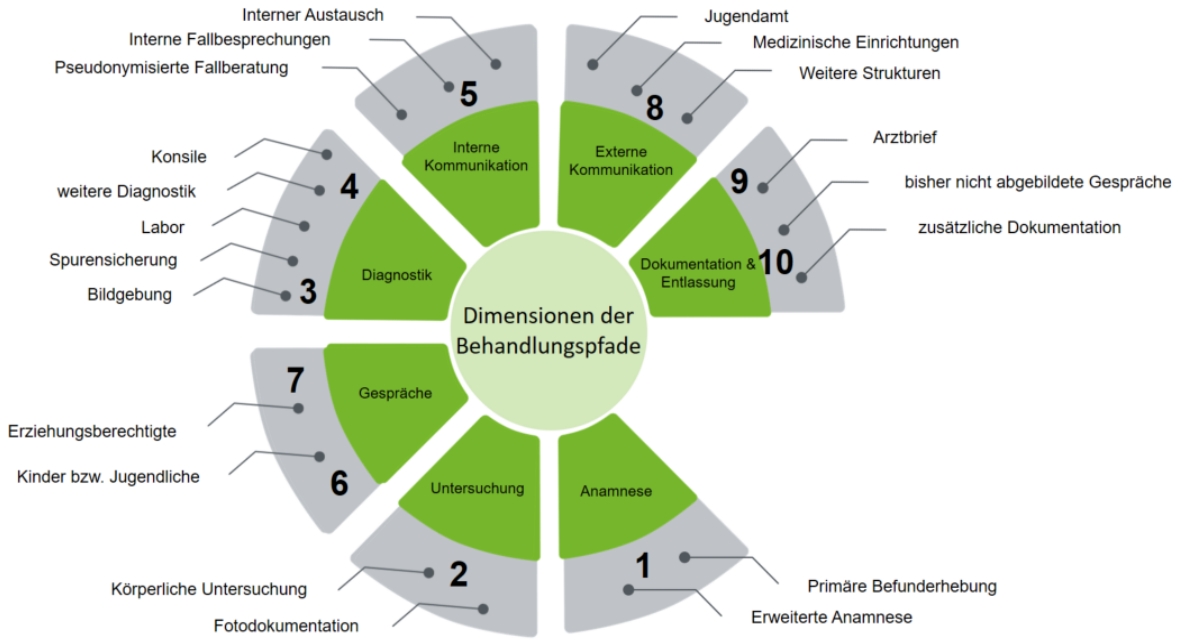


Abbildung 12: Dimensionen der Behandlungspfade – MeKidS.units

Sowohl in den MeKidS.units als auch in den MeKidS.Praxen erfolgte das Scoring des konkreten Versorgungsfalles mit der idealtypischen Fallvignette nicht durch die Versorgenden, sondern durch die im Anhang beschriebenen Scoringalgorithmen. Die eingebenden Personen erhielten keine Informationen darüber, inwieweit Ihr eingegebener Fall mit der idealtypischen Fallvignette übereinstimmte, d.h. wie viele Punkte erreicht wurden. Damit wurde sichergestellt, dass es bei den MeKidS.units und den MeKidS.Praxen nicht zu einem Lerneffekt und damit einem Dokumentationsbias durch die Eingabe der retrospektiven Daten kam.

In allen Beobachtungszeiträumen erfolgte eine fallbezogene Erfassung je Patient:in aller durchgeführten Maßnahmen in der Versorgung über den gesamten Fall, die im Zusammenhang mit dem Abklärungsprozess standen. Die Datenerhebung wurde vorgenommen, sobald ein Fall als abgeschlossen definiert wurde. Im Kontext des Projektes bedeutete dies, dass der Abklärungsprozess als beendet angesehen und nicht erwartet wurde, dass zukünftig weitere kinderschutzbezogene Leistungen zur Einschätzung der Gefährdungssituation erbracht werden würden.

Die Fragebögen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation wurden neben der Erhebung der Prozessqualität zudem für die Erhebung der Ressourcenverbräuche eingesetzt.

Für die Bewertung der intendierten Erhöhung der Prozessqualität ist die Entwicklung in den Scoringwerten maßgeblich. Die Ergebnisse zeigen hierbei eine deutliche Verschiebung in der Verteilung hin zu höheren Scoringwerten im Zeitverlauf. Hier ist deutlich zu sehen, dass der mittlere Scorewert in der Erprobungsphase von einem Wert von 12,3 ± 2,6 Punkten auf 13,2 ± 2,8 Punkte ansteigt. Dieser Anstieg ist im linearen Modell der univariaten Varianzanalyse statistisch hochsignifikant ($p<0,001$).

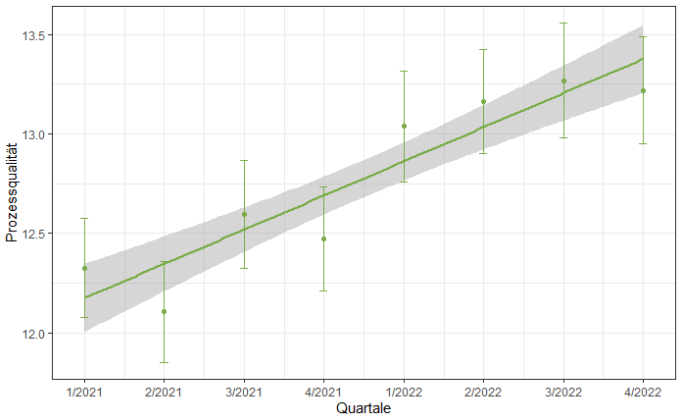


Abbildung 13: MeKidS.units: Mittlere Scorewerte im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Von den 3.665 Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wurden 1.647 (44,9%) rein ambulant versorgt, während 2018 Fälle (55,1%) nach zunächst ambulanter Vorstellung zur weiteren Diagnostik stationär eingewiesen wurden. Hier ist neben einem Anstieg in beiden Gruppen im zeitlichen Verlauf auch ein Unterschied zwischen den beiden Subpopulationen erkennbar, der deutlicher wird, wenn die Populationsmittelwerte im zeitlichen Verlauf dargestellt werden.

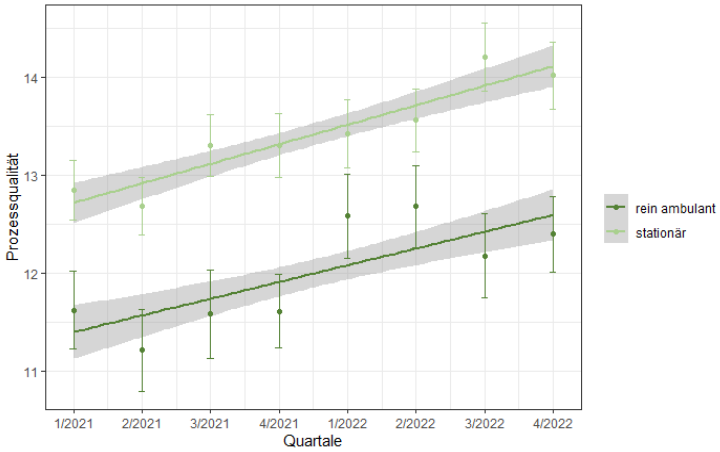


Abbildung 14: MeKidS.units: Mittlere Scorewerte der ambulant bzw. stationär versorgten Kinderschutzfälle im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase.

Strukturqualität

Die Strukturqualität wurde durch innerstrukturelle Rahmenbedingungen und die Zusammenarbeitsstrukturen der MeKidS.best Einrichtungen mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Jugendämtern anhand folgender Aspekte beschrieben:

- technische Voraussetzungen zur Durchführung des medizinischen Kinderschutzes (getrennt nach ambulant und stationär) (siehe auch unter 7.3.4 der S3 Leitlinie)
- bauliche Voraussetzungen zur Durchführung des medizinischen Kinderschutzes (siehe auch unter 7.3.4 der S3 Leitlinie)
- Anzahl, Stundenumfang und Qualifikation der Mitarbeiter:innen (siehe auch unter 7.3.4 der S3 Leitlinie)
- Ansprechpartner:innen, bekannte Telefonnummern, Ferien- und Krankheitsvertretungsregelung, etc.
- Vorgehensweise in der Dokumentation bei Verdacht auf KWG
- Zusammenarbeitsstrukturen der MeKidS.best Einrichtungen mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Jugendämtern

Aufgrund des Umstandes, dass bei den technischen, baulichen und personellen Voraussetzungen für die Durchführung des medinischen Kinderschutzes nach einmal initial implementierten Standards, die bereits zu einem Großteil, während der Baselinephase in den **MeKidS.units** umgesetzt sein mussten, wenig Veränderung zu erwarten war, richtete sich der Blick der Strukturqualität insbesondere auf die strukturellen Arbeitsbedingungen innerhalb der eigenen Einrichtung sowie innerhalb der Netzwerke.

Auch hinsichtlich der personellen Ausstattung war es so, dass die grundlegenden Strukturen bereits in der Baselinephase angelegt sein musste. Das bedeutet, dass die Teams grundsätzlich aus den vier verschiedenen Professionen der Medizin, der Psychologie, der Sozialen Arbeit und der Pflege besetzt sein mussten, um die Voraussetzungen für den Übergang in die Erprobungsphase zu erfüllen. Da dieser Übergang nicht plötzlich geschehen konnte, sondern einen gewissen Vorlauf in der Etablierung der personellen Strukturen benötigte, waren zum Zeitpunkt der Abfrage viele dieser Voraussetzungen im Grundsatz schon geschaffen.

Ein maßgeblicher Unterschied lag somit im Übergang von Baseline zu Erprobungsphase in der zeitlichen Verfügbarkeit dieser Professionen innerhalb der MeKidS.teams. Diese Entwicklung konnte man u.a. an der Anzahl der unterschiedlichen Professionen, die bei einer multiprofessionellen Fallbesprechung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung hinzugezogen werden konnten und auch regelhaft hinzugezogen wurden, ablesen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gleichzeitig stieg die mittlere Anzahl der zertifizierten Kinderschutzmediziner:innen und die Anzahl der Mitarbeiter:innen in den MeKidS.units, die an verschiedenen externen Schulungen teilnahmen im Vergleich mit der Baselinephase deutlich an. Dies hatte nicht zuletzt auch Auswirkungen auf die internen Strukturen, die von den MeKidS.teams ausgehend auf die weitere Mitarbeiterschaft der MeKidS.units ausstrahlten. Ein Indikator dafür ist die Anzahl der von den MeKidS.teams intern angebotenen und durchgeführten Schulungen zum Thema Kinderschutz, die sich auch innerhalb der Erprobungsphase kontinuierlich nach oben entwickelt hat.

Die strukturellen Voraussetzungen beziehen sich weiterhin auch auf den Implementierungsgrad der in MeKidS.best definierten Standards über die personelle Ausstattung und Qualifikation hinaus (= Arbeitsbedingungen innerhalb der Einrichtung). Dieser wurde zunächst ganz global entlang der Häufigkeit der Nutzung von Standards abgefragt, die sich maßgeblich im Vergleich zwischen Baseline und Erprobungsphase signifikant erhöht hat, innerhalb der Erprobungsphase aber nahezu konstant blieb.

Die Nutzung der Standards und damit mittelbar auch deren Implementierungsgrad wurden weiterhin über die Abfrage erfasst, wie häufig Hilfsmittel z.B. zur Befunddokumentation genutzt wurden. Als Hilfsmittel für die Umsetzung der Standards gelten aber auch die Implementierung und Nutzung von Handlungsleitfäden, auf die innerhalb der MeKidS.unit geschult und die zum Nachschlagen jederzeit verfügbar gemacht wurden. Hier konnte in der Erprobungsphase eine deutliche Erhöhung der Nutzung von Hilfsmitteln im Vergleich zur Baseline festgestellt werden. Insbesondere stieg dabei z.B. der mittlere prozentuale Anteil der Nutzung der Videodokumentation im Verhältnis zur Fotodokumentation in den MeKidS.units von 49,8% in der Baselinephase im Jahr 2020 auf 56,7% im Jahr 2021 und auf 88,6% im Jahr 2022. Dabei wurde die Fotodokumentation in nur fünf MeKidS.units unter Zuhilfenahme eines Lineals/Maßstabs durchgeführt. Dieser Anteil stieg im Jahr 2021 auf sechs von neun MeKidS.units im Jahr 2021 und im Jahr 2022 nutzten alle neun MeKidS.units ein Lineal/Maßstab in der Fotodokumentation.

Einen weiteren wichtigen Indikator für die Strukturqualität stellt das Zusammenwirken der MeKidS.units innerhalb von Netzwerken außerhalb ihrer Einrichtungen dar. Aufgabe im Projekt war es daher u.a., diese Netzwerkarbeit in lokalen Kontexten mit Akteuren aus der Jugendhilfe sowie weiteren Akteuren aus der Gesundheitsversorgung auszubauen und zu intensivieren. Quantitativ zeigten sich keine substanziellen Änderungen. Allerdings zeichneten sich qualitative Verbesserungen ab. Die Zufriedenheit mit dem Zusammenwirken mit den Netzwerkpartnern konnte statistisch signifikant verbessert werden, insbesondere in für den hier relevanten Teilbereich „Zufriedenheit mit dem lokalen Netzwerk“ von 70,6 ± 14,8 in der Baselinephase 2020 auf 74,0 ± 23,6 in 2021 und 79,6 ± 26,1 in 2022 an.

Auch für die **MeKidS.Praxen** lagen die Potenziale vornehmlich in der Nutzung der Standards sowie in der Einbindung in die kinderschutzbezogenen lokalen Netzwerkstrukturen. Hinsichtlich der Standards zeigte sich ein geringer positiver Trend, der allerdings aufgrund der geringen Anzahl teilnehmender Praxen nicht als signifikant (Chi-Quadrat: 6,83; p=0,33) ausgewiesen werden konnte. Auch die Zufriedenheit mit den Standards änderte sich von 2020 auf 2022 nur geringfügig und war ebenfalls nicht signifikant (t=0.19, p=0.86).

Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern stieg im Projektzeitraum in allen drei Domänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“, und „Verfügbarkeit“ im Zeitverlauf an. Hier lag insbesondere im Bereich der Nützlichkeit ein statistischer Trend vor: Die Bewertung stieg hier von 60,1 ± 25,6 im Jahr 2020 auf 74,7 ± 20,8 im Jahr 2022.

Die globale Einschätzung, wie sicher sich die MeKidS.Praxen in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung fühlen, wurde abschließend auf einer Skala von 0= „unsicher“ bis 100 = „absolut sicher“ wie folgt eingeschätzt: Baseline 2020: 56.4 ± 19.2; 2021: 58.8 ± 20.7; 2022: 63.2 ± 21.7.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.2 Gesundheitsökonomische Evaluation der neuen Versorgungsform

Fallbezogene Ressourcenverbräuche

Analog zu den Forschungsfragestellungen der klinischen Evaluation wurden die Ressourcenverbräuche in den MeKidS.best Einrichtungen für die Identifikation, Abklärung und Weiterleitung von Kinderschutzfällen zunächst in ihrer Gesamtheit und zusätzlich entlang der unterschiedlichen Kostenkomponenten sowie entlang der unterschiedlichen Fallvignetten in den Erhebungsphasen erfasst und dargestellt. Anschließend wurde für die MeKidS.units eine Kosten-Kosten-Analyse durchgeführt

Fallzahlen: In der Baseline, d.h. zwischen Juli 2020 und Dezember 2020, wurden in den 15 teilnehmenden **MeKidS.Praxen** insgesamt 369 Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in die Studie eingeschlossen, die für die gesundheitsökonomische Evaluation ausgewertet werden konnten. In den **MeKidS.units** konnten für die gesundheitsökonomische Evaluation insgesamt 797 Fälle in die Auswertung der Baseline eingeschlossen werden. Davon wurden 368 Fälle ambulant und 429 Fälle stationär versorgt. In der sich anschließenden 24-monatigen Erprobungsphase waren es 3.589 Fälle, die die Einschlusskriterien erfüllten und die für die gesundheitsökonomische Evaluation eingeschlossen werden konnten. Diese teilen sich in 1.776 Fälle (Erprobungsphase 1) und 1.813 Fälle (Erprobungsphase 2) auf. Insgesamt wurden in den Erprobungsphasen 1.609 Fälle ambulant und 1.980 Fälle stationär versorgt.

Fallbezogene Maßnahmen im med. Kinderschutz: Auf der Grundlage etablierter Kriterien zur fallbezogenen Erfassung von Ressourcenverbräuchen (durchgeführte Maßnahmen und Zeitverbräuche der beteiligten Professionen) wurde ein standardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt. Es orientierte sich an den Verfahrensabläufen in den in der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie beschriebenen Behandlungspfaden (Blesken M et al., 2019, 03.01.2022) Die fallbezogene Evaluation bezog sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. auf alle Vorstellungen/Kontakte mit der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen waren, sollten nicht angegeben werden.

Die Übersicht der erfassten Komponenten im Rahmen der fallbezogenen Erhebung zu den Ressourcenverbräuchen ist analog zu den abgebildeten Dimensionen und den in ihnen erfassten Maßnahmen für die **MeKidS.Praxen** (vgl. Abb. 9). Für die **MeKidS.units** wurden die Kostenkomponenten aufgrund der erhöhten Komplexität der Leistungsbausteine in einem entsprechend umfangreicheren Maße erhoben (vgl. Abb. 11).

Ressourcenverbräuche entlang der fallbezogenen Maßnahmen: Im Rahmen der Abklärung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung kamen die einzelnen Maßnahmen in den **MeKidS.Praxen** unterschiedlich häufig zum Einsatz. Die Ressourcenverbräuche wurden dabei entlang der drei Personalgruppen 1) ärztliches Personal, 2) Medizinische Fachangestellte (MFA), 3) anderes Praxispersonal erhoben. Insgesamt variierte die Einbindung der drei Berufsgruppen je nach kinderschutzbezogener Maßnahme. Mediziner:innen waren, abgesehen von drei Maßnahmenfeldern immer federführend an der Durchführung der Maßnahmen beteiligt, falls diese stattfanden. MFAs nahmen dagegen regelmäßig an *Gesprächen mit Kindern/Jugendlichen* (62%), der *erweiterten Dokumentation* (86%) sowie den *Fallbesprechungen* (76%) teil und wurden zudem bei einem Drittel (33%) der *Weiterleitungen* eingebunden. Insgesamt wurde die Kategorie anderes Praxispersonal deutlich seltener genannt und war hauptsächlich in die *pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung* (22%) und die *Fallbesprechungen* eingebunden (11%).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bezogen auf alle für die Auswertung eingeschlossenen Fälle der **MeKidS.units** (d.h. sowohl stationär als auch in den Ambulanzen versorgte Fälle) gab es in beiden Erhebungsphasen Maßnahmen, die in mehr als 75% der Fälle durchgeführt wurden. Dazu gehörten die *Anamnese*, das *Aufnahmegespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten*, der *interne fachliche Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung*, die *fallspezifische Dokumentation* sowie *die Erstellung eines Arztbriefs*. Dabei zeigte sich, dass das *Aufnahmegespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten*, der *interne fachliche Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung* sowie die *Erstellung des Arztbriefs* in der Baseline statistisch signifikant häufiger durchgeführt wurden (jeweils: p<0,001). Diese Tendenz stellte sich zudem auch für die *Maßnahmen der erweiterten Anamnese*, *weitere Gespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten* (jeweils: p<0,001), dem *fallspezifischen Austausch mit dem Jugendamt* (p<0,01), der *interprofessionellen fallspezifischen Besprechung*, dem *Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen* sowie *Koordinations- und Organisationsaufgaben* (jeweils: p<0,05) dar.

Im Vergleich zwischen Baseline und Erprobungsphase wurden *Gespräche am Tag der Entlassung* (p<0,001) sowie die *pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung* (p<0,001) dagegen häufiger in der Erprobungsphase durchgeführt.

Auf Ebene des Versorgungssettings zeigten sich hinsichtlich der Durchführung einzelner Maßnahmen Unterschiede. So wurden bspw. *diagnostische Maßnahmen* häufiger im stationären Bereich durchgeführt. Hingegen wurden *Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Kindern/Jugendlichen* anteilsmäßig häufiger im ambulanten Bereich geführt.

Kostenanalyse entlang der fallbezogenen Maßnahmen: Für die Bewertung der Ressourcenverbräuche in Form von Kosten erfolgte eine strukturierte Recherche der Preise und der Verdienststruktur der Beteiligten sowie unter Berücksichtigung des Arbeitskostenindex (Öffentlicher-Dienst.info, 2020; Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023; Statistisches Bundesamt, 2018)



Ermittlung der durchschnittlichen Lohnkosten: Da die Verdienststrukturerhebung allerdings lediglich die Gehälter abhängig Beschäftigter erfasst, sind diese Ergebnisse nicht auf die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Mediziner:innen übertragbar. Daher wurde für die **MeKidS.Praxen** für die Gruppe des ärztlichen Personals eine zusätzliche Recherche hinsichtlich alternativer Berechnungsmöglichkeiten durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse dieser Recherche, erfolgte eine Berechnung des Minutenlohns, welche sich an dem Vorgehen im Gutachten des IGES orientiert (IGES Institut, 2014; Schwendler, M., & Flessa, S., 2019) Hierbei wurde die Bruttojahresarbeitszeit mit folgenden Annahmen berechnet: 51 Wochenstunden; 20 Urlaubstage; 12 Feiertage, d.h. 232 Arbeitstage im Jahr (IGES Institut, 2014). Die Nettojahresarbeitszeit wird mit 87,5% beziffert und beinhaltet nur die reine Arbeit mit Patientenkontakt (IGES Institut, 2014). Der zugrunde gelegte Bruttoarbeitslohn entspricht dem eines:r Oberärzt:in (TvöD, kommunale Klinik, EG 3, Stufe 3) (Öffentlicher-Dienst.info, 2020)[3] zzgl. unternehmerischem Risiko (Schwendler & Flessa, 2019). Das hier beschriebene Vorgehen weicht insofern von dem im IGES-Papier beschriebenem Vorgehen ab, als dass als Grundlage ein tarifbasierter Arbeitslohn gewählt wurde und nicht der festgelegte Satz des EBM-Ausschusses. Dieses Vorgehen wurde aus Transparenzgründen und der Gewissheit, dass der Lohn dem Jahr 2020 zugeordnet werden kann, gewählt.

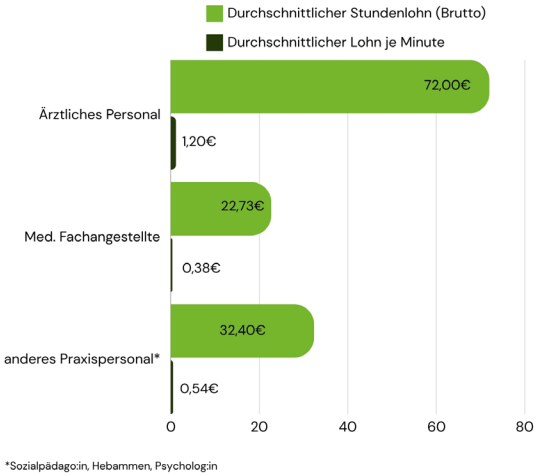


Abbildung 15: Ergebnis der Preisberechnung pro Berufsgruppe für die MeKidS.Praxen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Bewertung der Ressourcenverbräuche für die **MeKidS.units** erfolgte nach etablierten Empfehlungen für standardisierte Bewertungssätze (Bock JO et al., 2015; Krauth C et al., 2005; Scholz S et al., 2020). Als Basisjahr für die gesamte Erhebung wurde das Jahr 2020 gewählt, in dem die Erhebung in der Baseline durchgeführt wurde. Um eine monetäre Bewertung der erhobenen Zeitverbräuche je Leistung aus Sicht der Leistungserbringenden vornehmen zu können, wurden Bruttominutenverdienste (=Arbeitgeberbrutto) je beteiligter Berufsgruppe ermittelt. Somit ergibt sich ein Bruttominutenverdienst für das ärztliche Personal von 1,13€, basierend auf der Multiplikation des Regelbruttominutenverdiensts mit der Regelarbeitszeit und der Multiplikation eines erhöhten Bruttominutenverdiensts mit den Mehrarbeitsstunden (s. Abbildung).

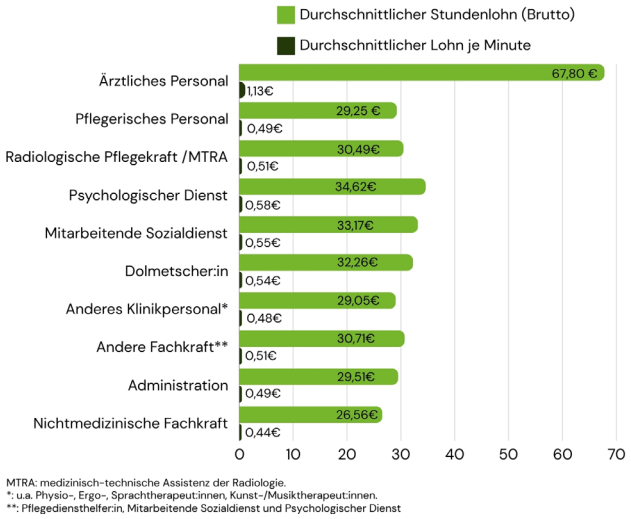


Abbildung 16: Durchschnittlicher Lohn pro Minute je Berufsgruppe in den MeKidS.units

Ermittlung der durchschnittlichen fallbezogenen Kosten: Um die fallbezogenen Kosten zu ermitteln, wurden nun auf der Basis der eingesetzten Maßnahmen und der angegebenen Zeiten je einbezogener Berufsgruppe aufgeteilt nach MeKidS.units und MeKidS.Praxen, der durchschnittliche Lohn je Minute der jeweiligen Berufsgruppen (vgl. Abb. 14 und 15) mit den angegebenen Zeiten multipliziert.

In den **MeKidS.Praxen** ergeben sich für den Abklärungsprozess bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung über alle Maßnahmen hinweg Kosten von 157€ im Median, mit einer Spannweite von im Minimum 27€ bis im Maximum 626€.

Die medianen Gesamtkosten sind in der Erprobungsphase 2 im Vergleich zur Erprobungsphase 1 geringfügig von 155€ auf 159€ angestiegen.

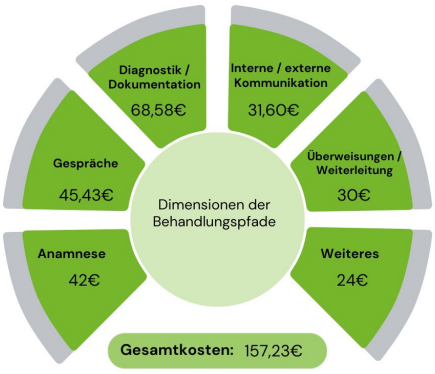


Abbildung 17: Ermittlung der durchschnittlichen fallbezogenen Kosten für MeKidS.Praxen

Durch die Prä-/Post-Erhebung in den **MeKidS.units** war es möglich, einen Vergleich des Ressourcenverbrauchs hinsichtlich der Versorgung von MeKidS.best Fällen und der durchschnittlichen Kosten vor und nach Einführung der MeKidS.best Standards vorzunehmen. Dieses wurde getrennt für ambulant und vollstationär versorgte MeKidS.best Fälle durchgeführt, da sich die Versorgung und Fallschwere in den jeweiligen Versorgungssettings unterscheidet. Hierzu wurden in der Baseline die Zeiten basierend auf der schriftlichen Abfrage eingesetzt und in der Erprobungsphase wurde jeweils die Mitte der jeweiligen gewählten Zeitkategorie zugrundgelegt bzw. bei Randkategorien wurde eine konservative Annahme der Zeit auch im Abgleich mit der schriftlichen Befragung angenommen. Alle zu treffenden Annahmen in der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auswertung folgten einem konservativen Ansatz. Die so ermittelten Kosten wurden fallbezogen pro Maßnahme, pro Dimension sowie über den gesamten Fall aufaddiert.

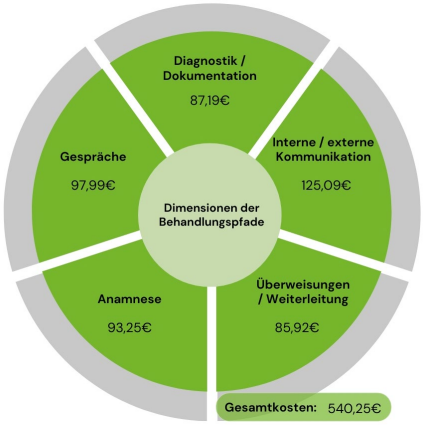


Abbildung 18: Durchschnittliche Kosten der stationären Fälle

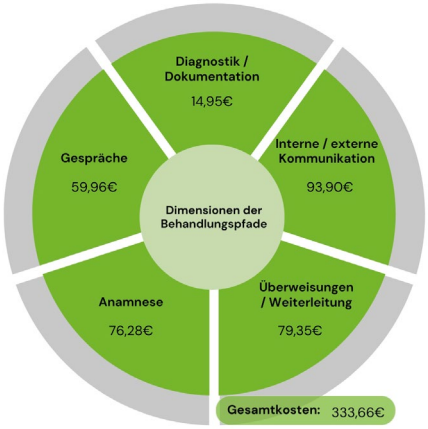


Abbildung 19: Durchschnittliche Kosten der ambulanten Fälle

Im Sinne einer gesundheitsökonomischen Evaluation wurde für die MeKidS.units zudem eine Kosten-Kosten-Analyse getrennt für ambulant bzw. stationär versorgte Fälle durchgeführt. Dabei lag die konservative Annahme zugrunde, dass durch die Einführung der MeKidS.best Standards nicht von einer Verschlechterung der Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, sondern mindestens von einer gleichbleibenden Versorgung auszugehen sei. Daher lag der Fokus der gesundheitsökonomischen Evaluation im Folgenden auf dem Vergleich der Kosten, im Sinne einer Kosten-Kosten-Analyse. Insofern lautete die zugrunde liegende Fragestellung: Zeigen sich unter der Annahme mindestens gleichwertiger Versorgungsresultate Unterschiede in den Kosten in der Versorgung nach der Einführung der MeKidS.best Standards?

Implementierungskosten



Für die Ermittlung der den Ressourcenverbräuchen entsprechenden Kosten wurden die im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation ermittelten berufsgruppenbezogenen Preisberechnungen herangezogen (siehe Abb. 14 u. 15). So beteiligten sich beispielsweise die **MeKidS.Praxen** im Mittel an 1,79 Treffen pro Jahr zur Netzwerkarbeit (etwa Arbeitskreistreffen „Frühe Hilfen“). Diese Treffen dauerten im Schnitt jeweils 163 Minuten, zudem entstanden Zeitverbräuche für die Anfahrt von durchschnittlich 23 Minuten. Damit belief sich der zeitliche Aufwand für Netzwerkarbeit auf 292 Minuten pro Jahr zzgl. 42 Minuten für die Anfahrt. Unter der Annahme, dass ausschließlich Ärzt:innen mit einem Minutenlohn von 1,20€ die Netzwerkarbeit erbrachten, fallen pro MeKidS.Praxis 350€ für Netzwerkarbeit und 50€ für die Anfahrt an. Die weiteren Implementierungskosten sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

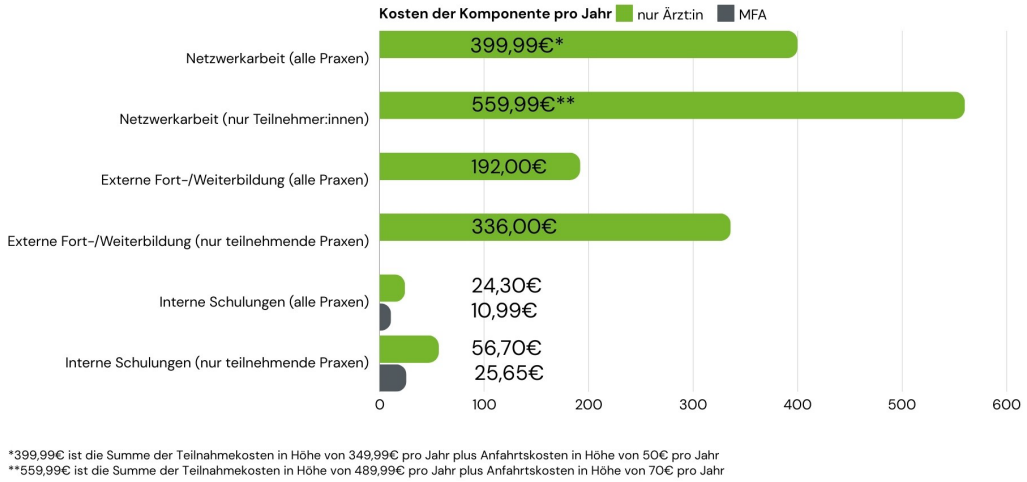


Abbildung 20: Netzwerkarbeit, Fort-/Weiterbildung und Implementierung in den MeKidS.Praxen

In den **MeKidS.units** setzten sich die MeKidS.teams aus Ärzt:innen, Pflegekräften, Sozialdienst sowie Psycholog:innen zusammen. Im Durchschnitt wurden 2,11 Ärzt:innen mit einem Stellenanteil von 75% beschäftigt. In deutlich geringerem Umfang mit 0,44 bis 1,22 Stellen mit einem Stellenanteil von 0,17% bis 0,38% gehören die übrigen Berufsgruppen dem MeKidS.team an. Entsprechend variieren die jährlichen Kosten der MeKidS.units für die MeKidS.teams je nach Berufsgruppe zwischen 108.412€ für die Ärzt:innen und 11.817€ für den Sozialdienst. Insgesamt belaufen sich die Kosten für die MeKidS.teams auf 163.981€ pro Jahr.

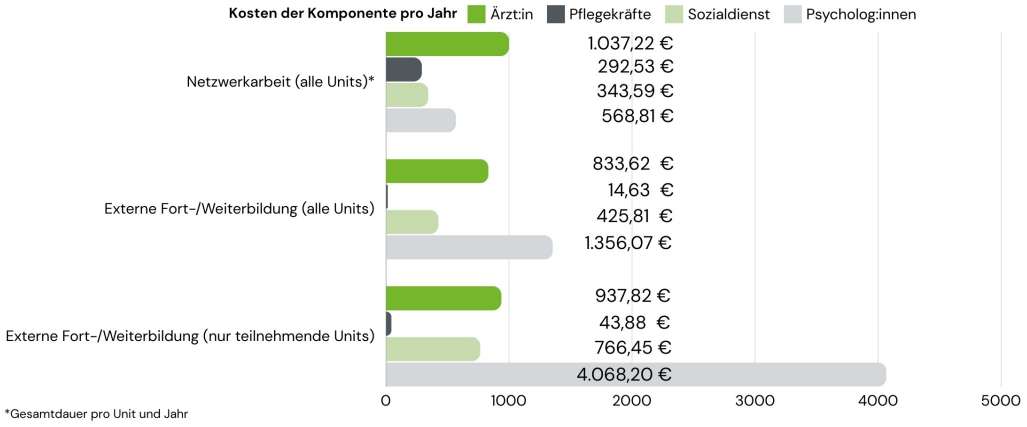


Abbildung 21: Regelmäßige Ressourcenverbräuche (Netzwerkarbeit und Fort-/Weiterbildung)

Im Rahmen der Implementierung der MeKidS.best Standards fanden über die Mitglieder des MeKidS.teams interne Schulungen statt. Berücksichtigt sind in dieser Darstellung lediglich das ärztliche und pflegerische Personal. Die exemplarischen Berechnungen ermitteln die Kosten für das Szenario von 5 bzw. 10 Schulungsteilnehmer:innen zuzüglich der Person, die die Schulung durchführt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

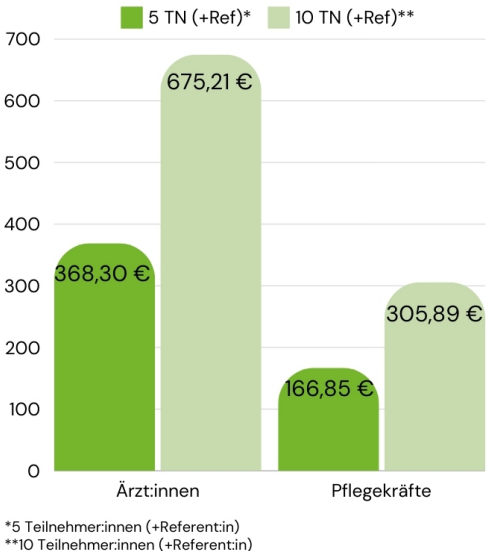


Abbildung 23: Implementierung der MeKidS.best Standards (interne Schulungen)

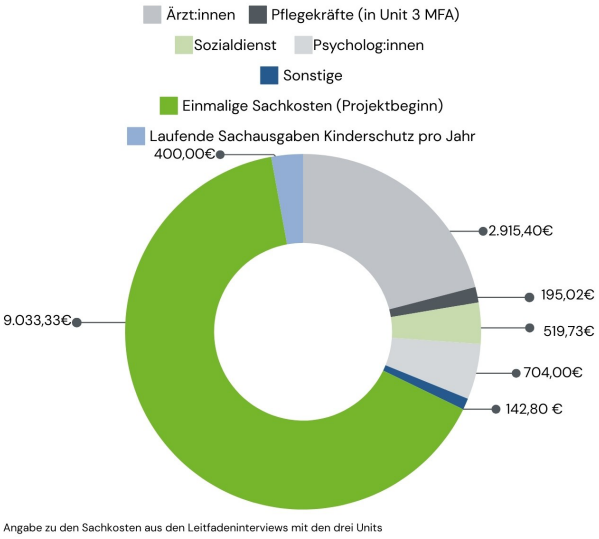


Abbildung 22: Kosten im Rahmen der Anpassung der Abläufe in der Unit auf die MeKidS.best Standards

6.3 Modellentwicklung für die Finanzierung und Vergütung des medizinischen Kinderschutzes

Die Vergütungs- und Finanzierungsmodellierungen betreffen nur die im Regulierungsrahmen der in MeKidS.best berücksichtigten Leistungskomplexe.

Daher wurden für die Modellierung die Leistungskomplexe der medizinischen Kinderschutz-Leistungen mit Arzt-Patienten-Kontakt (APK, z.B. erweiterte Anamnese und ergänzende Diagnostik) sowie die (kooperativen) Leistungselemente, welche ggf. ohne Arzt-Patienten-Kontakt stattfanden (z.B. Fallkonferenzen mit Mitarbeitenden des Jugendamtes und die Gefährdungsmeldung) betrachtet. Weitere Leistungen der medizinischen Behandlung ohne unmittelbaren Bezug zur Gefährdungseinschätzung sowie die Leistungserbringung der Jugendhilfe wurden ausgeschlossen.

Bei der Entwicklung von Vergütungsmodellen wurden Finanzierungsmodelle einbezogen, die je nach Trägerzuständigkeit unterschiedliche Vergütungsformen (Direktabrechnung mit oder Transferzahlung zwischen den Trägersystemen) bedingen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

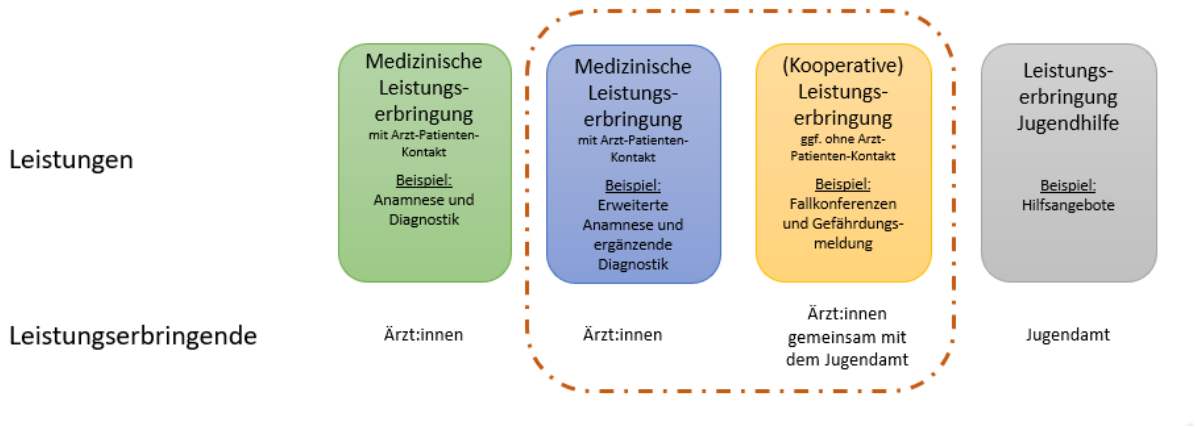


Abbildung 24: Leistungskomplexe in MeKidS.best, eigene Darstellung

Vergütungsmodelle

Bei Vergütungsmodellen ist je nach sektorenspezifischer Vergütung zu unterscheiden zwischen

1. der Vergütung der stationären Leistungserbringung (Fallpauschalensystem) in den Kinder- und Jugendkliniken,
2. der Vergütung der ambulanten Leistungserbringung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendkliniken sowie der pädiatrischen Praxen,
3. der Vergütung der ambulanten Leistungserbringung nach eigenen Vergütungssystematiken ((individueller) Pauschalvergütung) in den Ambulanzen bzw. Sozialpädiatrischen Zentren der Kinder- und Jugendkliniken.

Die Modellierungen der drei sektorenspezifischen Vergütungsformen werden im Folgenden vorgestellt. Die Details zu den Vergütungsmodellen können dem Anhang (vgl. Anhang 1, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) entnommen werden:

Bei der Konzeption der Vergütungsmodelle in der **stationären Versorgung der Kinder- und Jugendkliniken** wurden Modelle in Anlehnung an die derzeitige Vergütung über ein Zusatzentgelt entwickelt. Eine Festlegung des Zusatzentgelts lässt sich auf der Grundlage der Erhebungsdaten der gesundheitsökonomischen Evaluation aufgrund der Kosteninhomogenität der Kinderschutzfälle zunächst nicht vornehmen, so dass dies bis auf Weiteres Gegenstand krankenhausindividueller Verhandlungen verbleibt. Das Zusatzentgelt wird konzeptionell in drei Varianten vorgestellt: ein einheitliches Zusatzentgelt für alle Fälle des medizinischen Kinderschutzes, ein nach Case-Vignetten differenziertes Zusatzentgelt sowie ein auf Variante 1 oder 2 aufbauendes Zusatzentgelt, welches leistungsgerecht die medizinischen sowie kooperativen Leistungsbestandteile nach Trägerzuständigkeit unterteilt.

Die Konzeption der **Vergütungsmodellierungen der ambulanten Leistungserbringung in den (Ermächtigungs- und Notfall-) Ambulanzen der Kinder- und Jugendkliniken sowie der pädiatrischen Praxen nach dem EBM** ist an den vorhandenen Gebührenordnungspositionen (GOPs) für Leistungen mit/ohne Arzt-Patienten-Kontakt des EBM orientiert. Hier wurden noch nach der Entwicklung möglicher Vergütungskonzepte (und nach dem regulären Projektende) im Dezember 2023 neue GOPs für die kooperativen Leistungen etabliert. Aufgrund von Schwächen der einzelnen GOPs sind in einer ersten Modellvariante Anpassungen der jeweiligen Ziffern vorgesehen. Das zweite Modell sieht eine neue kinderschutzspezifische GOP zur Berücksichtigung der Mehrleistungen der Gesprächsführung der Ärzt:innen mit den Kindern- oder

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Jugendlichen bzw. ihren Eltern/Sorgeberechtigten vor. Im dritten Modell wird eine Komplexversorgung durch Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerks für den Kinderschutz äquivalent zur projektimmanenten neue Versorgungsform vorgeschlagen. Die Vergütung erfolgt im Rahmen einer Komplexleistung in Anlehnung an die Ausgestaltung der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für psychisch kranke Versicherte mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL).

Zur Vergütung der ambulanten Versorgung in den Kinder- u. Jugendkliniken, die eigenen Vergütungssystematiken unterliegen, werden Konzepte für die (individuellen) Pauschalsätze entwickelt. Im Rahmen des MeKidS.best Projektes war hierunter die Vergütung in den SPZs zu verstehen, die an den MeKidS.units angegliedert waren, sowie Hochschulambulanzen nach § 120 Abs. 2 SGB V. Basierend auf dem Status Quo der Kalkulation von Ambulanzpauschalen wurden drei alternative Modellvarianten entwickelt: eine quantitativ angepasste Ambulanz-Pauschale unter Berücksichtigung des Mehraufwands für eine leitliniengerechte Versorgung (1), eine Zusatzpauschale für medizinische Kinderschutzfälle, die additiv auf die (um die Kostenbestandteile der Kinderschutzfälle bereinigte) bestehende Ambulanzpauschale anwendbar ist (2) sowie eine neue “Kinderschutz-Ambulanzpauschale”, die ausschließlich die Bedarfe von Kinderschutzfällen abbildet (3).

Für die jeweiligen Vergütungsmodelle in den drei vorgestellten Versorgungssettings werden **Bewertungen ihrer Anreizwirkungen** vorgenommen, die in Anhang (vgl. Anhang 1, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) aufgezeigt werden.

Finanzierungsmodelle

Grundlage der Entwicklung von Finanzierungsmodellen ist eine Betrachtung der Finanzierungssysteme der beiden relevanten Sozialleistungsträger - der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Jugendhilfe. Dabei wurden insbesondere die sich aus den jeweiligen Modellen ergebenden, möglicherweise unbeabsichtigten Steuerungswirkungen im Hinblick auf eine leitliniengerechte Versorgung von Kinderschutzfällen berücksichtigt. Zur Finanzierung des medizinischen Kinderschutzes wurden drei Modellansätze entwickelt:

- Eine Finanzierung durch die GKV, die ggf. durch eine Steuerzuschuss ergänzt wird, stellt das erste Modell dar.
- Eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Jugendhilfe mit Aufteilung der Leistungsbestandteile und damit einhergehender Ausgestaltung der Trägerzuweisung durch Transferzahlungen oder Direktvergütungen entspricht einem zweiten Finanzierungsmodell.
- Die dritte Variante beinhaltet die Zuweisung der Leistungserbringung im Kontext des (medizinischen) Kinderschutzes als eigenständigen Leistungskomplex mit einer gemeinsamen Finanzierungsverantwortung. Hierbei wird die Leistungserbringung als Komplexleistungen (in Anlehnung an die Ausgestaltung im Rahmen der Frühförderung) verhandelt und hierbei dem SGB VIII[1] zugeteilt. Die Details zu den Finanzierungsmodellen werden in Anhang (vgl. Anhang 1, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) erläutert.

[1] Grundsätzlich wäre auch eine Zuteilung zum SGB V denkbar, dies entspricht jedoch in weiten Teilen Modell 1, so dass dies im weiteren Verlauf nicht weiter berücksichtigt wurde.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.4 Routinedatenbetrachtung

Entwicklung der Inzidenzraten in der Routinedatenbetrachtung

In den Kosten bezogen auf die Anzahl der in den drei Gruppen identifizierten Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zeigen sich deutliche Unterschiede.

- Kinder und Jugendliche, die initial durch eine MeKidS.best Einrichtung mit der T74 kodiert wurden,
- Kinder und Jugendliche, die initial in den KV-Bezirken Nordrhein und Westfalen mit einer T74 kodiert wurden bzw.
- Kinder und Jugendliche, die initial in einem der verbleibenden 15 KV-Bezirke mit einer T74 kodiert wurden

gruppiert.

Die Zuordnung der selektierten Fälle zu den einzelnen Gruppen orientierte sich an der IK- bzw. BSNR-Nummer der Einrichtungen sowie am KV-Bezirk, in der die Indexdiagnose gestellt wurde. Wurde beispielsweise die Diagnose ICD-10: T74 im ersten Quartal 2019 in einer MeKidS.best Einrichtung gestellt – unabhängig davon, ob die Diagnose in diesem Zeitraum auch in einer anderen Einrichtung gestellt wurde -, so wurde der Fall sowie alle in der Nachbeobachtungszeit anfallenden Leistungen und Leistungskosten der Gruppe 1 zugeordnet.

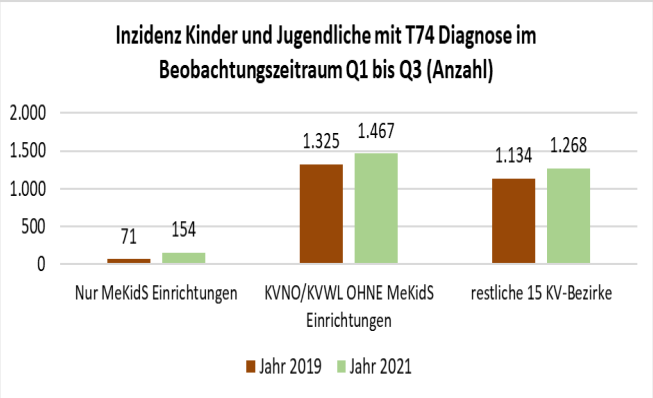


Abbildung 25: Inzidenzrate Kinder und Jugendliche mit ICD-10: T74 Diagnose (Anzahl) in Q1 bis Q3

Die Diagnose ICD-10: T74 wurde im ersten Indexzeitraum, der die Quartale 1, 2 und 3 im Jahr 2019 umfasst, innerhalb der MeKidS.best Einrichtungen bei 71 und innerhalb anderer Einrichtungen der KV-Bezirke Nordrhein und Westfalen-Lippe bei 1.325 Kindern und Jugendlichen gestellt, die bei den beteiligten Gesetzlichen Krankenkassen versichert sind. In den restlichen 15 KV-Bezirken wurde die Diagnose T74 im Indexzeitraum 2019 bei 1.134 Kindern/Jugendlichen gestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die beiden beteiligten AOKen regional in den Bezirken Nordrhein und Westfalen-Lippe stark verankert sind. Die Daten für die restlichen KV-Bezirke außerhalb von Nordrhein-Westfalen stammen weit überwiegend von der TK und der DAK. Im Indexzeitraum 2021, der auch das erste Jahr der Erprobungsphase der MeKidS.best Standards umfasste, stiegen die Fallzahlen in den MeKidS.best Einrichtungen stark, um 117% auf 154 Kinder/Jugendliche an. Demgegenüber war der Zuwachs mit 11% in den restlichen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen (n=1.467) oder 12% in den 15 KV-Bezirken (n=1.268) außerhalb Nordrhein-Westfalens eher gering.

Entwicklung der Leistungsfälle und Leistungsausgaben pro Kind bzw. Jugendlichem

Die Leistungsausgaben über die betrachteten Bereiche pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74, die in einer Einrichtung in NRW gestellt wurde, bewegten sich im Beobachtungszeitraum 2019 mit 2.084€ (Dokumentation in MeKidS.best Einrichtungen) und 2.114€ (Dokumentation in einer Einrichtung in NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen) in einem sehr ähnlichen Bereich. Demgegenüber liegen die bundesweiten Leistungsausgaben ohne NRW mit 3.073€ pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74 im Beobachtungszeitraum 2019 deutlich über den Werten für NRW.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In den MeKidS.best Einrichtungen stiegen die durchschnittlichen Ausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74 moderat von 2.084€ im Jahr 2019 auf 2.149€ im Jahr 2021. Im gleichen Zeitraum sanken die Ausgaben pro Kind/Jugendlichem mit ICD-10: T74-Diagnose, die in den Nicht-MeKidS.best Einrichtungen diagnostiziert wurden, von durchschnittlich 2.113€ im Jahr 2019 auf 1.911€ im Jahr 2021. Bundesweit stiegen die Ausgaben von dem bereits deutlich höheren Niveau im Beobachtungszeitraum 2019 (3.073 €) erheblich auf 3.221 € im Beobachtungszeitraum 2021 an.

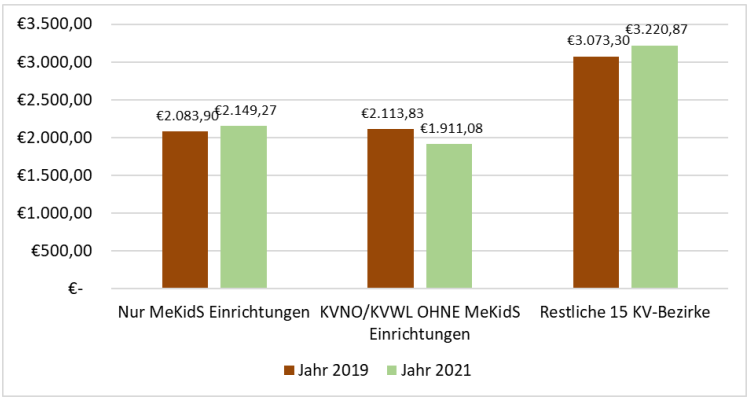


Abbildung 26: Leistungsausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74 im Vergleich der drei Gruppen.

Im Vergleich der Ausgabenentwicklung in NRW ist zu berücksichtigen, dass es bei den Kindern/Jugendlichen, deren Diagnose ICD-10: T74 in einer MeKidS.best Einrichtung gestellt wurde, in allen Bereichen zu einer Steigerung der Leistungsfälle kam. Diese betraf auch Bereiche, wie die Versorgung in SPZ und der ambulanten Psychotherapie, die im Vergleich der Beobachtungsjahre 2019 und 2021 mit besonders hohen Steigerungen der Ausgaben pro Leistungsfall verbunden waren. Bei den Kindern/Jugendlichen, deren Diagnose ICD-10: T74 in NRW in einer nicht-MeKidS.best Einrichtung dokumentiert wurden, zeigen sich 2021 gegenüber 2019 zwei Entwicklungen, die wesentlich zur Einsparung der Leistungsausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74 beitragen. Die Anzahl der vollstationär versorgten Fälle geht zurück, zugleich werden zwar mehr Leistungsfälle in den SPZ verzeichnet, allerdings geht diese Steigerung der Leistungsfälle mit einem deutlichen Kostenrückgang im Bereich SPZ (um ca. 200€ pro Fall) einher.

Im Vergleich der Ausgabenentwicklung bei den in MeKidS.best Einrichtungen dokumentierten Kindern/Jugendlichen mit den KV-Regionen außerhalb von NRW ist zu berücksichtigen, dass bundesweit ein Rückgang der Leistungsfälle über einen Großteil der Bereiche zu verzeichnen ist. Eine ähnliche Entwicklung ist auch für Gesamt NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen zu finden. Bundesweit kam es gleichzeitig im Beobachtungsjahr 2021 im Vergleich zum Beobachtungsjahr 2019 zu leichten bis moderaten Kostensteigerung pro Leistung. Eine Ausnahme bildet der ambulant stationäre Bereich, hier stagniert die Anzahl der Leistungsfälle im vollstationären Bereich, während die Ausgaben pro Leistung erheblich ansteigen. Im SPZ fallen gegenüber 2019 moderat gestiegene Fallzahlen mit leicht gesunkenen Ausgaben pro Leistung zusammen. Die bundesweite Zunahme der Ausgaben pro Kind/Jugendlichen ist somit im Wesentlichen auf einen Anstieg der Ausgaben pro Leistungsfall zurückzuführen, der trotz eines Rückgangs der Leistungsfälle pro Bereich wirksam wird.

6.5 Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support

Nutzungsgrad von MeKidS.support

Der Nutzungsgrad von MeKidS.support setzt sich aus den Parametern der Nutzungsfrequenz sowie der Nutzungsweise der Anwendung zusammen. Insgesamt nahmen in der Erprobungsphase mit fünf MeKidS.units sowie vier MeKidS.Praxen neun pilotierende Einrichtungen teil, in denen insgesamt 22 Nutzeraccounts angelegt wurden. Die Anzahl der Falleingaben belief sich auf 14. Die automatisiert erfassten Nutzungsdaten ergaben eine kumulative Bearbeitungszeit von ca. 32 min pro Fall; die kürzeste Falleingabe erfolgte innerhalb von 24 min. Dabei fanden im Schnitt ca. 2 Logins pro Falleingabe statt. Die Möglichkeit einer Fertigstellung der Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt wurde somit regelhaft genutzt. Dabei wurden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Fälle im Median über einen Zeitraum von 19 Tagen bearbeitet. Im mündlichen Feedback nannten die Teilnehmenden u. a. Urlaubszeiten, Vergesslichkeit bzw. das Warten auf ausstehende Befunde als Gründe dieses zeitlichen Versatzes.

„Usability" der Anwendung

Mit der Usability wurde die subjektive Nutzungsakzeptanz von MeKidS.support betrachtet. Hierzu wurden aus der Befragung der pilotierenden Einrichtungen nach Ausschluss unvollständiger Teilnahmen an der initialen Online-Befragung (T1: Juli 2022) sechs Teilnahmen an der Erhebung sowie an der zweiten Online-Befragung (T2: Dezember 2022) ebenfalls sechs Teilnahmen verzeichnet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von jeweils 27,3 %. Anhand eines individualisierten Kenncodes konnte dabei eine T1-T2-Zuordnung in allen sechs Fällen erfolgen.

Die an der Befragung Teilnehmenden verfügten nach eigenen Angaben größtenteils über „6-10" bzw. „11-15" Jahre Erfahrung im medizinischen Kinderschutz, und schätzten sich selbst nahezu durchweg als „erfahren" bis „sehr erfahren" beim Umgang mit digitalen Anwendungen ein. Für die einzelnen Themenbereiche des Fragebogens, die sich entlang des „USE Questionnaire" (vgl. Lund, 2001) orientierten, ergaben sich folgende Inhalte aus den am Ende des Online-Fragebogens zur Verfügung gestellten Freitextfeldern:

Nutzen/Zweckmäßigkeit: Die Teilnehmenden empfanden die Nutzung der Anwendung überwiegend als hilfreich. Zudem verbessere sie die Qualität der Dokumentation in Kinderschutzfällen. Allerdings wurde die Anwendung mehrheitlich als nicht zeitersparend eingeordnet. Gesondert hervorgehoben wurde insbesondere die Eignung bei der Dokumentation körperlicher Befunde. Die Anwendung ermögliche eine schnelle, einfache und präzise Verletzungsdokumentation.

Nutzerfreundlichkeit: Die Anwendung wurde durch die meisten Teilnehmenden als nutzerfreundlich bewertet. Sie sei leicht zu benutzen, und etwaige Fehler könnten schnell und einfach behoben werden. Im Rahmen der Freitextrückmeldung wurde wiederholt eine Integration in das jeweils bestehende Krankenhausinformationssystem (KIS) vermisst. Positiv hervorgehoben wurde hingegen die Strukturiertheit der Anwendung.

Erlernbarkeit: Lediglich eine der teilnehmenden Personen schätzte die Erlernbarkeit als „neutral" ein, darüber hinaus wurden durchweg positive Rückmeldungen gegeben. Das Erlernen der Benutzung sei schnell und einfach gewesen, und nach erhaltener Einweisung gut in Erinnerung zu behalten. Die Anwendung unterstütze zudem insoweit, als sie die Erinnerung an relevante anamnestische Daten fördert; somit scheint auch ein sekundärer Lerneffekt auf inhaltlich-fachlicher Ebene gegeben zu sein.

Nutzerzufriedenheit: Die Anwendung wurde mehrheitlich positiv bewertet, wobei sich zusätzlich eine Positivtendenz zur T2-Erhebung hin abzeichnete. Die Mehrheit der Teilnehmenden war mit der Anwendung zufrieden sowie der Ansicht, dass diese wie gewünscht funktioniere. Entsprechend würden die meisten Teilnehmenden die Anwendung in ihrem Kollegium weiterempfehlen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Diskussion der Ergebnisse der Klinischen Evaluation

Fallzahlentwicklung und Inzidenzraten

In der Untersuchung der **Ergebnisqualität**, d.h. der Steigerung des prozentualen Anteils detektierter Kindeswohlgefährdungs-Fälle an der Zahl der gesamten Behandlungsfälle, konnte weder in den MeKidS.Praxen noch in den MeKidS.units der erhoffte Anstieg verzeichnet werden. Bei der Interpretation dieses Befundes muss allerdings berücksichtigt werden, dass bei

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der Projektplanung davon ausgegangen worden war, dass die Gesamt-Behandlungsfallzahlen während der Projektlaufzeit im Vergleich zur Baseline vor Evaluationsbeginn nahezu konstant bleiben würden, wie dies in der Vergangenheit stets der Fall gewesen war. Dies war allerdings im Zuge der Coronapandemie keineswegs der Fall. Während zu Beginn der Pandemie Maßnahmen wie Praxisschließungen oder Reduktionen der Personaldichte auf pädiatrischen Krankenhausstationen zugunsten der Intensivversorgung vorgenommen wurden, litten dieselben Einrichtungen zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund erhöhten Infektionsgeschehens unter einer starken Überlastungssituation.

Weiterhin wurde davon ausgegangen, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Vorkommen und die Detektion von Kindeswohlgefährdung sich nicht durchgreifend ändern würden. Mit der Coronapandemie kam es allerdings zu einer massiven Schwankung in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu einer zeitweisen Einschränkung sozialer Kontakte von Kindern und Jugendlichen. Dadurch entfielen u.a. auch für den Kinderschutz wichtige soziale Kontrollmechanismen; Möglichkeiten wie die der telefonischen Krankschreibung verstärkten zudem Optionen für Familien, Gewalt an Kindern zu verheimlichen. Die Familien und ihre Probleme blieben im häuslichen Umfeld unsichtbar für Akteure im Kinderschutz.

Somit ist die Interpretation absoluter Fallzahlen im Gesundheitswesen, der Fallzahlen detektierter Kindeswohlgefährdung und deren prozentualen Verhältnis zueinander im Kontext der Corona-Pandemie nicht sicher vorzunehmen.

Entwicklungen in der ICD-10: T74-Kodierung

Der steigende Anteil der ICD-10: T74-kodierten Fälle zeigt ein steigendes Bewusstsein und eine steigende Sicherheit in der Interpretation der Hinweise auf Kindeswohlgefährdung in den teilnehmenden Einrichtungen. Anzunehmen ist, dass eine höhere Sicherheit des Behandlungsteams im Umgang mit Kindeswohlgefährdung mit einer konkreten Kodierung als Kindeswohlgefährdung korreliert. Insbesondere bei den MeKidS.Praxen, die zu Beginn der Erprobungsphase der ICD-10: T74-Kodierung noch skeptisch gegenüberstanden, war eine zunehmende Sicherheit in den Versorgungsabläufen sowie in der zugehörigen medizinischen Dokumentation abzulesen.

Insofern ist die Erhöhung der als ICD-10: T74 kodierten Fälle möglicherweise als ein Indikator für eine verbesserte Sicherheit und Zuverlässigkeit der Versorgung im Kinderschutz der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen anzusehen. Dennoch muss hier die Limitationen des Studiendesigns berücksichtigt werden. Gründe, warum die Kodierung vorgenommen oder nicht vorgenommen wurde, konnten im vorliegenden Studiendesign aufgrund der Anonymisierung der Fälle nicht erhoben werden.

Entwicklung der Prozessqualität

Dass die theoretisch erreichbaren 20 Punkte in der Scorebewertung zur Leitlinienkonformität praktisch nie erreicht werden wurden, war zu erwarten, da die Fallvignetten bewusst einem möglichst umfangreichen und inhaltlich idealisierten Vorgehen entsprechen sollten. Eine solche vollständige Umsetzung ist aus organisatorischen und aus medizinischen Gründen aber nicht in jedem Einzelfall sinnvoll.

Dass in den **MeKidS.Praxen** während der Projektlaufzeit allerdings gar keine messbaren systematischen Verbesserungen der Prozessqualität nachzuweisen waren, ist unerwartet. Es könnte also im Rahmen des Projektes in den 15 teilnehmenden Praxen tatsächlich nicht zu einer messbaren Verbesserung des Vorgehens hin zu leitliniengerechter Versorgung gekommen sein. Eine alternative Erklärung könnte allerdings auch sein, dass der Ansatz des Vergleichs von realer Dokumentation mit einer idealtypischen an dieser Stelle nicht sinnvoll war,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

da eine vermeintlich „idealtypische“ Fallvignette zu weit von der Umsetzungsrealität in der Praxis entfernt war. Hinweise darauf liefern die Rückmeldungen aus den Praxen, dass die in den Scoringbögen enthaltenden Items in vielen Fällen v.a. von Vernachlässigung nur schwer passgenau auszufüllen waren. In der Interpretation ist zudem zu berücksichtigen, dass zum einen an diesem Projekt nur solche Praxen teilgenommen haben, die bereits Erfahrungen und Motivation zum Thema aufwiesen, die also vielleicht bereits recht gut im Thema aufgestellt waren. Zum anderen das „Scoring“ von Vorgehensweisen bei vermuteter chronischer Vernachlässigung, was in den Praxen der häufigste Verdachtsgrund ist, deutlich unschärfer sein dürfte als bei körperlich fassbaren Verletzungen. Schließlich wird man auch berücksichtigen müssen, dass sich nicht nur die Anzahl, sondern auch das Spektrum der Fälle in den Artpraxen unter und nach der Coronapandemie teils dramatisch verändert haben. Dies wird sicher generell die Arbeit vor allem im extrem infektreichen Winter 2022 beeinflusst haben dürfte, denn anders als in den Kliniken stand in den Praxen kein zusätzliches projektbezogen finanziertes Personal zur Verfügung.

Die Verbesserung der Scorewerte in den **MeKidS.units** deutet darauf hin, dass zumindest in diesem Sektor die Hypothese zugetroffen haben könnte, dass durch systematische Beschäftigung mit dem Thema eine Annäherung der durchgeführten Maßnahmen an idealtypische Fallvignetten in Anlehnung an die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie erreicht werden kann. Interessant ist in dem Zusammenhang, dass Verbesserungen der Scorewerte vor allem in denjenigen Domänen erreicht wurden, die eher spezifisch für Kinderschutzfälle sind, d.h. die bei sonstigen Behandlungsfällen im Krankenhaus keine Rolle spielen, so wie etwa die *Kommunikation mit dem Jugendamt*, die *Gefährdungseinschätzung*, oder *kinderschutzbezogene Fallbesprechungen*. Dies kann so interpretiert werden, dass die systematische Beschäftigung mit dem Thema „Kinderschutz“ und die Kenntnis der hierbei relevanten Prozesse in den teilnehmenden Kliniken im Projektverlauf verbessert werden konnten. Hierzu passt gut, dass strukturell die Anzahl der im Thema Kinderschutz weitergebildeten und zertifizierten Mitarbeitenden in den Klinken im Projektverlauf zunahm.

Unabhängig von den einzelnen Ergebnissen hinsichtlich Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität bleibt kritisch festzuhalten, dass die teils wenig konsistent wirkenden Ergebnisse möglicherweise ein Hinweis auf zu komplex gestaltete Dokumentationsanforderungen darstellen könnten. Selbstkritisch ist dabei zu konstatieren, dass die Fragebögen der Evaluation sehr lang und komplex waren. Dies hatte zur Folge, dass die einzelnen Fragen im Arbeitsalltag der MeKidS.best Einrichtungen nicht leicht zu beantworten bzw. zu dokumentieren waren. Sicher muss man bei allen Interpretationen stehts auch die Effekte der Coronapandemie berücksichtigen – die Auswirkungen auf die erwarteten Fallzahlen v.a. der Grundgesamtheit aller Patientenfälle sind augenscheinlich. Aber auch auf viele, wenn auch nicht auf alle Aspekte des Lebens hatte die Pandemie darüber hinaus ihre Auswirkungen; so auch auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Allein schon die plötzlich obligaten Isolierregelungen, die Notwendigkeit des Tragens von Gesichtsmasken und die hiermit einhergehenden Verluste von nonverbaler Kommunikationsqualität sind bei einem so heiklen Thema wie Kinderschutz nicht zu unterschätzen.

Dass ein so komplexes Versorgungsforschungsprojekt überhaupt unter diesen Bedingungen zu Ende geführt werden konnte, darf man sicherlich als Erfolg werten, wenn auch die Interpretation einzelner

7.2 Diskussion der Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Evaluation

Fallbezogene Ressourcenverbräuche

Insgesamt zeigt die Betrachtung der Ergebnisse der fallbezogenen Evaluation über die verschiedenen Dimensionen und die einzelnen Maßnahmen in den **MeKidS.Praxen** eine erhebliche Spannbreite der zusätzlichen fallbezogenen Kosten. Dies ist einerseits auf die Variationen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der Häufigkeit, mit der die einzelnen Maßnahmen erbracht werden, zurückzuführen. Andererseits zeigen sich aber auch erhebliche Variationen in der zeitlichen Dauer, die die einzelnen Maßnahmen in Anspruch nehmen. Weiterhin deutet die tiefere Betrachtung dieser Spannbreiten darauf hin, dass mit der Einführung der MeKidS.best Standards und den Austauschprozessen im Rahmen des MeKidS.best Projektes eine Verbesserung in Form einer Reduktion der Reibungsverluste an den Schnittstellen zu Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems geschaffen werden konnte. (Bohrer et al., 2022) weisen darauf hin, dass gerade an Schnittstellen unterschiedlicher Sozialversicherungssysteme, die bspw. durch sehr unterschiedliche Aufgaben und Prozesse geprägt sind, auch im Bereich des Kinderschutzes erhebliche Reibungsverluste entstehen.

Limitationen der Erhebung waren, dass für die fallbezogene Evaluation in den MeKidS.Praxen ausschließlich die Erprobungsphase einbezogen wurde, so dass Vergleichswerte zur Situation vor Einführung der MeKidS.best Standards fehlen. Zudem wurde zwar mit der fallbezogenen Evaluation für alle Maßnahmen erfasst, ob diese erbracht wurden. Allerdings wurde nur bei einem Teil der Maßnahmen die fallbezogene Dauer ermittelt. Für die restlichen Maßnahmen wurden geschätzte Werte für die zeitliche Dauer erhoben und zugespielt. Damit ist die fallbezogene Variation in der zeitlichen Dauer, die sich in den übrigen Maßnahmen sehr deutlich zeigt, nicht mehr abbildbar. Unklar ist, inwieweit dieses Vorgehen zu einer Unter- oder Überschätzung der Kosten führt.

Für die Ermittlung der zusätzlichen medianen Kosten spielt neben den Zeitverbräuchen für die einzelnen Maßnahmen insbesondere der Umstand eine Rolle, ob die Maßnahmen im Zuge der Abklärung der Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung ergriffen wurden. Im Rahmen der fallbezogenen Evaluation wurde bei allen Maßnahmen erfasst, ob diese stattgefunden haben. Die Zeitverbräuche der am häufigsten zum Einsatz gekommenen Maßnahmen wurden dabei allerdings im Rahmen der Nacherhebung erhoben. Im Ergebnis verursachte die Maßnahme *weitere körperliche Untersuchung* im Vergleich zu allen erhobenen Maßnahmen mit 69€ die höchsten Kosten. Wobei der Zeitverbrauch dieser Maßnahme mit 23 Minuten pro Fall eher im mittleren Bereich lag; diese Zeit wurde allerdings bei allen Fällen angesetzt.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation der Ressourcenverbräuche für den medizinischen Kinderschutz in den Kinder- und Jugendmedizinischen Praxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, das Studienbasisjahr 2020 und theoriebasiert ein Lohn für Ärzt:innen von 1,20€ pro Minute zugrunde gelegt. Da die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung kontinuierlichen Aushandlungsprozessen unterliegt, mit denen auch Preisanpassungen abgebildet werden, ist anzunehmen, dass mit dem Basecase die Kosten des medizinischen Kinderschutzes für niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen unterschätzt werden.

Zudem wurde die Erhebung während der Coronapandemie durchgeführt, sodass die Fallzahl sowie die zum Einsatz gekommen Maßnahmen, vor allem Gespräche oder ähnliche Maßnahmen, durch die mit der Coronapandemie verbundenen Maßnahmen beeinflusst worden sein können.

Abschließend kann festgestellt werden, dass im Abklärungsprozess bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung für Praxen im vertragsärztlichen Bereich relevante zusätzliche Ressourcenverbräuche anfallen, die pro Fall mit deutlichen Zusatzkosten für die Praxen verbunden sind. Dabei zeigt sich eine hohe Variabilität in den Kosten, die darauf zurückzuführen ist, welche der Maßnahmen im Rahmen des Abklärungsprozesses ergriffen wurden und mit welchen Zeitverbräuchen diese Maßnahmen jeweils verbunden waren. Dieser Variabilität sollte in Finanzierungs- und Vergütungsmodellen, die auf diesen Ergebnissen aufbauen, Rechnung getragen werden.

Für die **MeKidS.units** hat sich gezeigt, dass in der Erprobungsphase sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Maßnahmen weniger häufig erbracht wurden als in der Baseline.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hierdurch kam auch eine punktuelle Verringerung von Kosten einzelnen Maßnahmenkategorien zustande. Unklar bleibt, worauf dieser anteilsmäßige Rückgang zurückzuführen ist. So ist es möglich, dass sich Abläufe aufgrund der Einführung der MeKidS.best Standards dahingehend entwickelt haben, dass weniger Austausch zwischen Berufsgruppen notwendig wurde. Auch könnte es mit anderen Fallkonstellationen zusammenhängen.

Grundsätzlich zeigte sich, dass die Spannweite hinsichtlich der Kosten hoch ist. Dieses könnte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass unter den dokumentierten Fällen sowohl bestätigte/unbestätigte Verdachtsfälle sind als auch Verdachtsfälle, bei denen unklar ist, ob es sich um einen Kinderschutzfall handelt. Es zeigte sich etwa in der Erprobungsphase, dass Fälle, bei denen sich der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (VaKW) bestätigt hat, im Median um 161€ höhere Gesamtkosten pro Fall entstanden, im Vergleich zu Fällen, für die sich der VaKW nicht bestätigte. Zudem zeigte sich, dass die Art des Kinderschutzfalls, hier als Fallvignette bezeichnet, zumindest im Bereich der stationären Versorgung unterschiedlich hohe Kosten generierten. So entstanden in der Erprobungsphase bei der Versorgung von stationären VaKW, welche den Fallvignetten der misshandlungsverdächtigten Hämatome oder sexuellem Missbrauch zugeordnet waren, die höchsten Kosten. Die niedrigsten durchschnittlichen Gesamtkosten hingegen ergaben sich für Fälle mit Zuordnung zur Fallvignette der emotionalen und/oder körperlichen Vernachlässigung bzw. emotionale Misshandlung. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass mit 71% (n=1.413) auch die Mehrheit der Fälle dieser Fallvignette zugeordnet waren. Im ambulanten Versorgungsbereich zeigten sich in der Höhe der durchschnittlichen Gesamtkosten nur geringfügige Unterschiede.

Neben den bereits erläuterten Unterschieden zwischen den beiden Erhebungsphasen, aufgrund derer nicht ausgeschlossen werden kann, dass die in der Baseline angesetzten Zeiten für bestimmte Berufsgruppen bei einigen Maßnahmen überschätzt wurden, können verbesserte Strukturen und Abläufe im Zuge der Einführung der MeKidS.best Standards dazu beigetragen haben, die Effizienz von Arbeitsschritten und (Abstimmungs-)Prozessen zu erhöhen. Auch ist es denkbar, dass weniger Personen am Abklärungsprozess beteiligt waren oder mehr Arbeitsschritte durch nichtärztliche Berufsgruppen erbracht wurden. Krankenhäuser sind durch funktionale Arbeitsteilung charakterisiert und insbesondere bei komplexen Problemstellungen, wie dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, entstehen Abteilungs- aber auch institutionenübergreifend eine Vielzahl von Schnittstellen, die einen erhöhten Kommunikations- und Koordinationsaufwand mit sich bringen und an denen sich Reibungs- sowie Effizienzverluste ergeben können (Feuerstein, 1994). Diese schlagen sich in hohen Zeitverbräuchen der unterschiedlichen Berufsgruppen nieder. Ein wesentliches Element in MeKidS.best bildeten die Entwicklung und Implementierung der MeKidS.best Standards sowie die institutionsübergreifende Vernetzung. Durch verbesserte Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse könnten somit Schnittstellenprobleme reduziert worden sein. Als besonders zeitaufwändig wurde im Vorfeld bspw. die Zusammenarbeit mit externen Akteuren, wie den Jugendämtern, beschrieben. Durch das Projekt wurden hier Netzwerke und Schnittstellen etabliert, die möglicherweise dazu führten, dass weniger Zeit aufgewendet werden musste, um bspw. zuständige Ansprechpartner:innen zu identifizieren und zu erreichen.

Zudem wird sowohl in der S3-Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) als auch in der Literatur auf die Bedeutung von Berufserfahrung insbesondere hinsichtlich der Diagnosestellung hingewiesen (Franzheld & Eckoldt-Wolke, 2022). Auch hier könnte sich durch die Einführung der Standards und entsprechender regelmäßiger Schulungen und damit insgesamt der Erhöhung der Aufmerksamkeit auf entsprechende Anzeichen auf Kindeswohlgefährdung und gewonnener Erfahrung die Einbindung von zusätzlichem Personal reduzieren.

Da die gesamte Beobachtungsphase in den Zeitraum der Coronapandemie fiel, ist nicht auszuschließen, dass sich die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auch darauf ausgewirkt haben, ob und in welchem Umfang Maßnahmen im Rahmen von MeKidS.best erbracht werden konnten. So ist es bspw. möglich, dass Helferkonferenzen oder persönliche Beratung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

durch insoweit erfahrene Fachkräfte der Jugendhilfe aufgrund des Infektionsschutzes nicht mehr in Präsenz stattfinden konnten (Fegert, Clemens, Berthold, & Kölch, 2020) oder es während eines Lockdowns generell zu Kommunikationsproblemen mit externen Akteuren kam (Heimann et al., 2021).

Implementierungskosten

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass aus der Strukturerhebung hervorgeht, dass einzelne Aspekte der Implementierung zum Zeitpunkt der Strukturerhebung noch nicht von allen MeKidS.units bzw. MeKidS.Praxen umgesetzt wurden. Darüber hinaus fand die Implementierungsphase, auf die sich die Strukturerhebung stützt, bereits unter den Bedingungen der Coronapandemie statt, so dass möglicherweise auch verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, wie bspw. Kontakt- und Zugangsbeschränkungen, dazu geführt haben könnten, dass Netzwerktreffen nicht stattfinden konnten oder externe Schulungen nicht oder nur virtuell stattfanden.

Da sich die Auswertung der Implementierungskosten auf die Strukturerhebung in der Baselinephase (2020) sowie exemplarische Leitfadeninterviews stützt, sind bei der Interpretation der Ergebnisse Limitationen zu berücksichtigen. Die Implementierung und Umsetzung der MeKidS.best Standards fand unter den Bedingungen der Coronapandemie statt, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu einer Verzögerung, Verkürzung, oder auch dem Wegfall einzelner Implementierungsaspekte führten. Auch eine Anpassung der Formate etwa von Präsenz zu Online-Fort-/Weiterbildungen hat in einigen Einrichtungen stattgefunden. Somit trug die pandemische Situation vermutlich dazu bei, dass die Implementierungskosten gegenüber einer Situation ohne pandemiebedingte Beschränkungen unterschätzt werden.

In den MeKidS.units beteiligten sich neben den Ärzt:innen teilweise auch andere Berufsgruppen an der Netzwerkarbeit. Allerdings konnte die differenzierte Abfrage in der Strukturerhebung aus zeitökonomischen Gründen nicht aufgenommen werden. Daher steht lediglich der über alle MeKidS.units gemittelte Wert von fünf Netzwerktreffen pro MeKidS.unit zur Verfügung. In den Interviews zeigt sich allerdings, dass in den Units auch die verschiedenen Berufsgruppen in den MeKidS.teams in unterschiedlicher Intensität in die Netzwerkarbeit eingebunden sind. Neben Ärzt:innen waren insbesondere Psycholog:innen, teilweise aber auch der Sozialdienst in die Arbeit eingebunden. Um grobe Anhaltspunkte für die Ressourcenverbräuche für Netzwerkarbeit zu erhalten, wurde für alle Berufsgruppen eine Anzahl von fünf Netzwerktreffen eingesetzt. Da die Beteiligung der einzelnen Berufsgruppen unbekannt ist, besteht die Gefahr, dass die Ressourcenverbräuche für die Netzwerkteilnahme der Units überschätzt werden könnten.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass für das Mengengerüst die Zeitverbräuche der verschiedenen Berufsgruppen mittels Befragung und Interviews ermittelt wurden.

7.3 Diskussion der Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung

Insgesamt sind die Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung von gemischter. Auf der einen Seite stellen die Daten der Inzidenzerhebungen in den verschiedenen Gruppen sowie im zeitlichen Verlauf ein eindeutiges Indiz dafür, dass die Einführung der MeKidS.best Standards in den MeKidS.best Einrichtungen zu einer erhöhten Sensibilität für Hinweise auf Kindeswohlgefährdung geführt hat. Aufgrund der Beobachtung, dass es zwar in den anderen beiden Gruppen ebenfalls zu einer Erhöhung von T74 Kodierungen gekommen ist, die sich u.a. mit den Umständen in der Coronazeit erklären lässt, diese aber im Vergleich deutlich geringer ausfällt als bei den MeKidS.best Einrichtungen, liegt ein entsprechender Schluss nahe.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auf der anderen Seite kann ein entsprechender Schluss aber nicht ebenfalls aus der Ausgabenbetrachtung abgeleitet werden, da die Ausgaben für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ICD-10: T74 im Beobachtungszeitraum 2021 gegenüber dem Beobachtungszeitraum 2019 vor dem Hintergrund der gesamten Kostenentwicklung der GKV zu sehen sind. Hier kam es zu einer Steigerung der Leistungsausgaben im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung. Beispielsweise stieg der Bundes Basisfallwert (BBFW) von 3.544,97€ im Jahr 2019 (Korridor der Landesbasisfallwerte 2019 zwischen 3.633,60€ und 3.508,81€) auf 3.747,98€ im Jahr 2021 (Korridor der Landesbasisfallwerte 2021 zwischen 3.841,68€ und 3.709,75€). Daher ist zu vermuten, dass in dieser Entwicklung der wesentliche Grund für den Anstieg der Ausgaben pro vollstationärem Leistungsfall zu sehen ist, der sich in der bundesweiten Betrachtung zudem noch stärker auswirkt als in der NRW- bezogenen Betrachtung. Allerdings bestehen zwischen den drei Gruppen in beiden Beobachtungszeiträumen erhebliche Unterschiede in den Kosten pro vollstationärem Leistungsfall über beide Beobachtungszeiträume. Aufgrund der aggregierten anonymisierten Datenziehung sind vertiefende Aussagen nur begrenzt ableitbar. In weitergehenden fallbezogenen Analysen gilt es zu klären, inwieweit Unterschiede zwischen den Gruppen in der Schwere der aufgenommenen Fälle sowie der Nutzung und Einbindung weiterer Versorgungsstrukturen bestehen. Zudem ist zu überprüfen, inwieweit bei einer rückläufigen Entwicklung der Leistungsfälle in der vollstationären Versorgung bei einem gleichzeitigen Anstieg der dokumentierten Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung von einer leitliniengerechten Versorgung auszugehen ist.

7.4 Diskussion der Finanzierungs- und Vergütungsmodellierungen des medizinischen Kinderschutzes

Die Bewertung der Finanzierungs- und Vergütungsmodelle wurde hinsichtlich ihrer Anreizwirkungen anhand gesundheitssystemisch relevanter Kriterien zur Erreichung von Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit, Anpassungsmöglichkeiten, Transparenz sowie Realisierbarkeit durchgeführt. Es müssen Abwägungsentscheidungen hinsichtlich der Zielerreichung der jeweiligen Kriterien getroffen werden. Die finale Auswahl von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen setzt daher eine Priorisierung von einzelnen Kriterien voraus, die es gesundheitspolitisch zu diskutieren und festzulegen gilt.

Insgesamt wurde bei der Entwicklung von Vergütungsmodellen der aktuelle Regulierungsrahmen berücksichtigt und fundamentale Änderungen bestehender Vergütungssystematiken wurden mit Blick auf die Umsetzbarkeit nicht vorgenommen. Auch die Finanzierungsmodelle orientieren sich an bereits etablierten Systematiken. Perspektivisch sind jedoch im Sinne einer optimalen Anreizgestaltung grundsätzliche Reformen der Finanzierung an der Schnittstelle zwischen gesetzlicher Krankenversicherung sowie Jugendhilfe anzustreben. Weitere Ausführungen im Rahmen der Diskussion sind im Anhang (vgl. Anhang 1, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) aufgeführt.

7.5 Diskussion der Ergebnisse des Teilprojekts MeKidS.support

Die Evaluation der Anwendung ergab ein weitestgehend positives Bild, dass sich auch mit den im Rahmen der (Prä-)Test-Phasen im Vorfeld des Echtbetriebes gegebenen Rückmeldungen deckt. „MeKidS.support meets iGOBSIS“ ist dabei insbesondere geeignet, über die integrierte Verletzungserfassung zu einer verbesserten Qualität der Dokumentation zu führen. Angesichts des insgesamt kleinen Kollektivs können jedoch allenfalls Tendenzen abgeleitet werden.

Die Gesamtfallzahl ist als unerwartet niedrig anzusehen. Aus diversen Gesprächskontakten mit den am Gesamtprojekt beteiligten Institutionen ergab sich, dass eine regere Teilnahme bzw. Nutzung der Anwendung zwar vielfach gewünscht gewesen sei, jedoch durch diverse

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gründe (insbesondere Mehrbelastungen im Rahmen pandemiebedingt veränderten Arbeitsaufkommens sowie zur zweiten Projekthälfte hin zunehmende Ressourcenbindung im Rahmen der allgemeinen Projektevaluation) verhindert wurde. Auch eine mangelnde Langzeitperspektive des Anwendungsbetriebs über den Erhebungszeitraum hinaus habe die Einführung der Anwendung in die jeweiligen Arbeitsabläufe für teilnehmende Standorte unattraktiv gemacht.

Abschließend sei auf eine zeitgleich zur Evaluation durchgeführte Bedarfserhebung hingewiesen, in deren Rahmen die Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Einschätzung zu Bedarfen im medizinischen Kinderschutz befragt wurden. Während der Erhebungszeitpunkte T1 und T2 erfolgten jeweils 4 Teilnahmen. Das Meinungsbild war dabei eindeutig: die Dokumentation im medizinischen Kinderschutz stellt eine Herausforderung dar, und zwar hinsichtlich ihrer Vollständigkeit, Struktur, Leitliniengerechtigkeit und Eignung für den interprofessionellen Austausch. Dabei sah die große Mehrheit der Befragten Bedarf für technische Unterstützungsangebote bzw. entsprechende Dokumentationshilfen.

Folgerichtig ergibt sich daraus die klare Empfehlung, zukünftig vermehrt digitale Medien und moderne Technik in der Fort- und Weiterbildung innerhalb des Gesundheitssystems zu nutzen und auch denjenigen anzubieten, die diese Ressourcen bis dato noch nicht erschlossen haben.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

8.1 Bestehende Strukturen für den Regelversorgungstransfer

Aufsetzen auf bestehende Mechanismen in der pädiatrischen GKV-Leistungserbringung

Die Versorgungsform von MeKidS.best war von vorneherein auf eine Systematik angelegt, die auf bestehende Strukturen in der pädiatrischen GKV-Leistungserbringung zurückgreift, die ihrerseits flächendeckend in Deutschland vorgehalten wird. Mit den **Kinder- und Jugendkliniken** in ihrer Eigenschaft als zentrale Einrichtungen im medizinischen Kinderschutz könnte, sofern diese bundesweit mit Kinderschutzteams (analog zu den MeKidS.teams) ausgestattet wären, ein entsprechend flächendeckendes Netz aufgebaut werden. Viele Kliniken haben sich diesbezüglich auch in anderen Bundesländern bereits aufgestellt und betreiben aktiv medizinischen Kinderschutz (DGKiM, 11.04.2024). Wichtig ist allerdings die Orientierung an einheitlichen Standards; sowohl in der personellen wie strukturellen Ausstattung als auch im angebotenen Portfolio der kinderschutzbezogenen Leistungen. Diese müssen immer an den fachlichen Vorgaben der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie orientiert sein.

Bei einer entsprechenden Implementierung fungieren die Kinderschutzteams dann nach innen und außen in doppelter Hinsicht als Knotenpunkte für die Versorgung aus dem Gesundheitssystem heraus:

- ⇒ Sie agieren im Anschluss an eine erfolgte Detektion von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung bzw. im Rahmen eines stationären Aufenthaltes als kinderschutzfachliche Teams. In dieser Rolle bringen sie die notwendige Expertise für die Einschätzung in den Abklärungsprozess sowie für die Planung und Initiierung der nachfolgenden Schritte ein (weiterführende Diagnostik, Überleitung in die Anschlussversorgung innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems, Überleitung in das Jugendhilfesystem). Sie zeichnen in dieser Rolle aber auch für die einrichtungsinterne Wissensvermittlung in allen Fachabteilungen zuständig, um die Sensibilisierung für Hinweise auf Kindeswohlgefährdung und eine entsprechende Handlungssicherheit im Verdachtsfall 24/7 vorzuhalten.
- ⇒ Durch die Kinderschutzteams werden weiterhin Strukturen bereitgestellt, um externen Akteuren insbesondere aus der Jugendhilfe als Anlaufstelle für die Einholung von medizinischer Expertise in kinderschutzbezogenen Fragstellungen regelhaft und verlässlich zur Verfügung stehen zu können.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für beide Aspekte bedarf es in den Kinder- und Jugendkliniken einer fortwährenden Netzwerkarbeit, die für eine zielführende fallbezogene Kinderschutzarbeit zwingende Voraussetzung ist. Auch hier fungieren die Kinder- und Jugendkliniken in doppelter Hinsicht als Brückenkopf zwischen der Jugendhilfe und den Akteuren der GKV-Leistungserbringung und nutzen dabei ihre Potenziale u.a. zur aktiven Einbindung der pädiatrischen Praxen in diese Netzwerkstrukturen. Auf diese Weise wird ein regelmäßiger und aktiver Austausch in den lokalen Kontexten gewährleistet.

Pädiatrische Praxen haben dabei innerhalb des Gesundheitssystems eine essenzielle Funktion als häufig erste Kontaktstellen von durch Kindeswohlgefährdung betroffene Kinder und Jugendliche innerhalb des Gesundheitssystems. Insbesondere bei Kindern mit Hinweisen auf Vernachlässigung oder sozial bedingte Entwicklungsdefiziten können sie aus dem Gesundheitssystem heraus die Aufgabe einer mittel- bis langfristigen Begleitung und Beratung der Familien in ihrer Eigenschaft als Vertrauenspersonen (sowohl Ärzt:innen als auch MFAs) übernehmen. Und auch hier besteht bereits eine bundesweite Versorgungsstruktur, die nicht erst eigens implementiert werden müsste. Perspektivische wäre hierbei mit Blick auf die Versorgungslagen gerade in ländlichen Regionen über eine aktive Einbindung von allgemeinmedizinischen Praxen in die medizinische Kinderschutzarbeit und die zugehörigen lokalen Netzwerke nachzudenken. Gleiches gilt für gynäkologische Praxen.

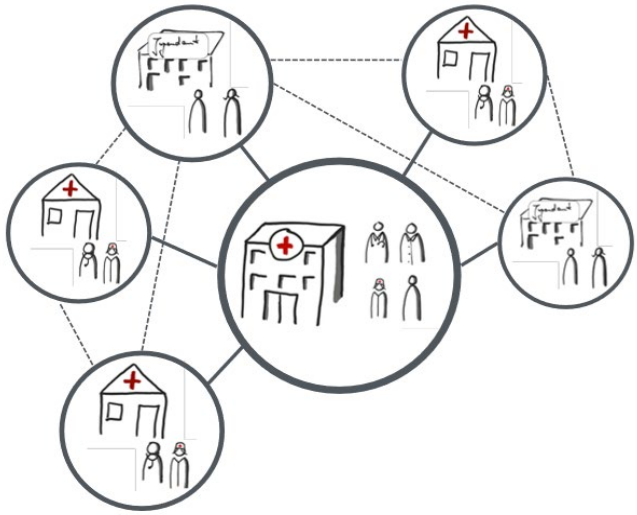


Abbildung 27: Netzwerkstruktur im medizinischen Kinderschutz; eigene Darstellung

Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie als Referenz für eine *good clinical practice*

Auch das Vorhandensein der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie stellt an sich schon eine bestehende Strukturkomponente für die Überführung in die Regelversorgung dar. Auf Basis dieser Leitlinie existiert ein einheitlicher Konsens über die *good clinical practice* im medizinischen Kinderschutz, auf den aufgesetzt werden und auf den sich berufen werden kann. MeKidS.best hat in diesem Zusammenhang vor allem zwei Leistungen erbracht, die für eine Umsetzung der Leitlinie relevant sind: Über das Projekt wurden die Leitlinienvorgaben in praktikable Standards übersetzt. Diese Standards bezogen sich dabei nicht nur auf einrichtungsinterne Abläufe, sondern nahmen auch ganz gezielt die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit und die Zusammenarbeit mit den örtlichen Jugendämtern in den Blick. Zum zweiten wurde über MeKidS.best und die Erprobung der standardbasierten Umsetzung der Leitlinie auch die Versorgungsqualität erstmalig evaluiert. Beides stellt eine grundlegende und notwendige sowie aus Sicht des Konsortiums auch hinreichende Voraussetzung für die Etablierung des Versorgungsansatzes in die Regelversorgung dar. Hierfür bedarf es „lediglich“ noch der Umsetzung adäquater Vergütungs- und Finanzierungsmodelle für die Erbringung der in der Leitlinie beschriebenen Leistungen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

8.2 Schritte hin zu einer Überführung in die Regelversorgung

Bundesweite und ungebrochen hohe Versorgungsbedarfe

In Deutschland werden zunehmend mehr Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls nach § 8a Absatz 1 SGB VIII durchgeführt. Bundesweit war dies im Jahr 2022 eine Anzahl von 203.717 Verfahren, davon fast 57.000 allein im Bundesland Nordrhein-Westfalen. In den Jahren seit 2012 (106.623 bekannte Fälle) hat sich die Anzahl fast verdoppelt. Aufgrund eines großen Dunkelfeldes lassen sich die kontinuierlich zunehmenden gemeldeten Fälle von Kindeswohlgefährdung nur unbefriedigend einschätzen, da nicht bekannt ist, ob sich allein das Hellfeld ausweitet und das Dunkelfeld kleiner wird oder ob de facto mehr Kinder- und Jugendliche Opfer von Kindeswohlgefährdung sind (Fendrich, S. & Tabel, A., 2021). (Heimann et al., 2021) befürchten einen Zuwachs des Dunkelfeldes während der Corona-Pandemie. Bezugnehmend auf die großen quantitativen Abweichungen diverser Veröffentlichungen merken Jud et al., (2016) an, dass konkrete Aussagen zu Hell- und Dunkelfeldern nahezu unmöglich sind, bzw. sich maximal auf einzelne Formen von Kindeswohlgefährdungen erheben lassen. Auch hier fehlen bundesweite entsprechende Erhebungen (Hoell et al., 2023).

Diese Zahlen belegen, dass der Bedarf an Kinderschutzmaßnahmen und somit auch an Leistungen des medizinischen Kinderschutzes, der seinerseits wiederum einen Beitrag zur Vergrößerung des Hellfeldes sowie zur Überführung in die Hilfesysteme beitragen kann, groß ist. Es kann dabei nicht von irgendwie gearteten regionalen Besonderheiten in den Prävalenzen ausgegangen werden, so dass Angebote flächendeckend benötigt werden.

Rahmenbedingungen bei gesicherter Finanzierung

Für eine langfristige und bundesweite Überführung der in MeKidS.best erprobten Strukturen und Versorgungsmechanismen sind vornehmlich zwei Bausteine notwendig:

1. Sicherstellung der Leistungserbringung im Konkreten durch eine Aufnahme der Leistungsbausteine in die entsprechenden Regelleistungskataloge
2. Grundfinanzierung der fallunabhängigen Netzwerkarbeit

zu 1: Damit medizinischer Kinderschutz analog zu anderen Gesundheitsversorgungsleistungen durch die GKV-Leistungserbringer funktionieren kann und gleichzeitig dem Anspruch eines bundesweit flächendeckenden Versorgungsauftrages Genüge getan werden kann, bedarf es einer Aufnahme der fallbezogenen Leistungsbausteine in die kollektivvertraglichen Abrechnungsinstrumente. Dies wird durch die Einschätzungen im Rahmen der Vergütungsmodellentwicklungen gestützt, dass verschiedenen Varianten der Vergütungsmodelle in ihrer Grundausrichtung den Effekt erwarten lassen, positive Anreizen hinsichtlich der (leitliniengerechten) Versorgungsqualität zu bieten. Es darf konstatiert werden, das selektivvertragliche Lösungen hierfür nicht ausreichen. Es sollte nicht der Entscheidung einzelner gesetzlicher Krankenkassen überlassen werden, ob Kinder und Jugendliche, bei denen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, leitliniengerecht detektiert und anschließend in die Hilfesysteme überführt werden, weil die betroffene Kasse einen Selektivvertrag abgeschlossen hat oder eben nicht.

Eine Präferenz für eines der über die gesundheitspolitische Konzeptionierung vorgeschlagenen Finanzierungs- bzw. Vergütungsmodelle für die stationären sowie die ambulanten kinderschutzbezogenen Leistungen soll in diesem Rahmen nicht vorweggenommen werden. Vielmehr wird dies als ein noch zu erbringender Aushandlungsprozess der entsprechenden Stakeholder in den zuständigen Ausschüssen verstanden. Wichtig ist dagegen, dass sich die GKV-Leistungserbringer weiterhin in ihren gewohnten Vergütungskontexten bewegen können, unabhängig davon, welche Finanzierungsmechanismen für das gewählte Vergütungsmodell im Hintergrund hinterlegt werden.

Hierbei sei der Form halber noch einmal darauf verwiesen, dass es bei der Frage der kinderschutzbezogenen Leistungen ausschließlich um Leistungen im Rahmen der Abklärungs- sowie der Überleitungsprozesse geht, nicht aber um die medizinische und pflegerische Versorgung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

potenzieller Folgen von Kindeswohlgefährdung. Diese ist bereits über den bestehenden Regelleistungskatalog abgedeckt und deren Finanzierungsmechanismen sind ebenfalls bereits geregelt.

zu 2: Die fallunabhängige Netzwerkarbeit bedarf gleichsam einer fallunabhängigen Grundfinanzierung. Hier kann der Vorschlag der (ambulanten) Komplexversorgung „Medizinischer Kinderschutz“ ein sinnvoller Ansatzpunkt zur Bereitstellung von verantwortlichen Institutionen für die Netzwerkbildung und Netzwerkpflege aus dem Gesundheitssystem heraus darstellen. Gleichzeitig würde auf diese Weise ein flächendeckendes Netz aus spezialisierten Einrichtungen in beiden Sektoren geschaffen, innerhalb dessen sich Versorgungs- und Zuweisungsmechanismen etablieren können und über das alle weiteren gesundheitlichen Institutionen eingebunden werden können.

Im Rahmen von MeKidS.best hat sich zudem gezeigt, dass gerade auch die Zusammenarbeit innerhalb einer Region über die kleinräumigeren lokalen Kontexte hinaus wichtig ist. Zuweiserstrukturen sind in der Regel nicht an lokalen Grenzen festzumachen, sondern betreffen häufig größere, regionale Einzugsgebiete, die ihrerseits auch wiederum nicht unbedingt räumlich abgrenzbar sind. Insofern ist es wichtig, dass Leistungen, Angebote und Strukturen der Zusammenarbeit unabhängig von der räumlichen Verortung nicht nur verlässlich, sondern auch einheitlich und damit vergleichbar sind. Der regionale Austausch dient weiterhin der fortwährenden Qualitätsentwicklung im Rahmen der Implementierungsleistung (Schwier und Schoppen, 2023). Hieraus ergibt sich über den Bedarf einer bundesweiten Versorgung auch der Anspruch, dass alle Institutionen des medizinischen Kinderschutzes die Möglichkeit der Mitwirkung in einer solchen regionalen Zusammenarbeit haben.

Fortführung des Selektivvertrags zur Überbrückung bis zur Regelversorgung

Medizinischer Kinderschutz wird an der Schnittstelle vom GKV-System hin zu den Systemen der kommunalen Daseinsvorsorge und dort insbesondere der Jugendhilfe erbracht. Ungeachtet etwaiger Finanzierungszuständigkeiten stellt die Frage, ob die notwendigen Rahmenbedingungen für das Aufbauen, Vorhalten und Etablieren entsprechender Strukturen im Gesundheitsversorgungssystem geschaffen werden sollen, zunächst einmal eine gesellschaftliche Fragestellung dar. Dieser Verantwortung können und wollen sich die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Sozialversicherungsträger und als Versorgungsgestalter nicht entziehen. Dies wurde nicht zuletzt durch das Angebot der drei Konsortialkrankenkassen (Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit und AOK Rheinland/Hamburg) einer selektivvertraglichen Zwischenfinanzierung bis zum Vorliegen und zur Diskussion der Evaluationsergebnisse der kinderschutzbezogenen Leistungen an die MeKidS.best Einrichtungen mehr als deutlich. Diesem Selektivvertrag nach § 140a SGB V waren zum Zeitpunkt der Berichterstellung über 20 Krankenkassen beigetreten.

8.3 Empfehlungen für nächste Schritte

Überführung der MeKidS.best Standards in die Regelversorgung

Eine selektivvertragliche Lösung bleibt weit hinter dem Anspruch eines flächendeckenden, auf alle GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen bezogenen Versorgungangebots zurück. Für den Ausbau der Strukturen über die Region hinaus bedarf es einer ebensolchen flächendeckenden und verlässlichen Grundlage, um weitere Einrichtungen für die Implementierung entsprechender Standards zu gewinnen. Hierfür wird vom MeKidS.best Konsortium eine kollektivvertragliche Lösung als zwingend erforderlich angesehen, damit medizinischer Kinderschutz nicht länger auf einrichtungsspezifischem und persönlichem Engagement, sondern auf einheitlichen Regelwerken und strukturierten Prozessen fußen kann. Insofern sollten auf Basis der im Projekt entwickelten Finanzierungs- und Vergütungsmodelle und unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Anreizsysteme Vorschläge zur Erarbeitung eines Regelversorgungsmechanismus für die Bausteine der leitliniengerechten Versorgung erarbeitet und umgesetzt

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

werden. Hiermit sollen sich nach den Aussagen des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Karl-Josef Laumann, auf dem abschließenden MeKidS.best Kongress sowohl die Landesgesundheitskonferenz als auch das Bundesgesundheitsministerium zeitnah im Anschluss an die Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse befassen (https://mekids-best.de/rueckblick-2023/aufzeichnung/).

Die im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation ermittelten fallbezogenen Kosten lassen in der Zusammenschau mit den potenziellen Fallzahlen keine allzu hohen Belastungen erwarten. Dem gegenüber stehen dafür hohe erwartbare Mehrwerte auf den beiden eingangs beschriebenen Ebenen. Im Ergebnis handelt es sich dabei um die gesellschaftliche Fragestellung, ob das Gesundheitswesen bereit ist, seiner Rolle im Rahmen des Kinderschutzes gerecht zu werden und entsprechende Mechanismen zur Unterstützung der Jugendämter bei der Ausübung ihres Wächteramtes zu etablieren. Hierbei handelt es sich um eine Fragestellung, die nur bedingt auf Basis ökonomischer Aspekte entschieden werden darf.

Weitere Forschung

Ergänzend zu den bisherigen Forschungsarbeiten wäre eine vertiefende Evaluation der Implementierungsarbeit – insbesondere mit Blick auf die Erkenntnisse im Rahmen der Arbeit am MeKidS.best Handbuchs – wünschenswert. Weiterhin sollten die Prozesse an den Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern (Jugendämter – Gesundheitseinrichtungen) sowie über die Sektorengrenzen hinweg (Kliniken – Praxen) in den Blick genommen werden. Entsprechende Fragen stellen sich nach einflussnehmenden fördernden sowie nach hemmenden Faktoren in der Zusammenarbeit sowie geeigneten Instrumenten zur Überwindung der Letzteren. Ziel dieser Forschung wäre es, die Arbeit des Gesundheitswesens noch effizienter und mit den vorhandenen knappen Ressourcen zu gestalten und gleichzeitig die bestmöglichen Effekte für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu erzielen.

MeKidS.best war zudem in dem Punkt limitiert, die Effekte der gemeinsamen institutionen- und rechtkreisübergreifenden Versorgung auf fallbezogener Ebene zu messen. Diese war maßgeblich durch datenschutzrechtliche Anforderungen an die Evaluation sowie die Ausgestaltung des Innovationsfonds auf reiner SGB V Basis bedingt. Dennoch wird auf Basis der Erkenntnisse der klinischen Evaluation hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungsprozesse davon ausgegangen, dass die Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz und die dort durchgeführten Abklärungsprozesse gleichermaßen zu einer Qualitätsverbesserung in der Gefährdungseinschätzung der Jugendämter führt. An dieser Stelle wären weitere Forschungserkenntnisse mit dem Ziel der weiteren Verbesserung von Zusammenarbeitsprozessen wünschenswert.

Ergänzende Forschung wäre insbesondere auch im Bereich der Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen notwendig. Hierbei handelt es sich um komplexe, teilweise nur sehr schwer zu erfassende und häufig von der Möglichkeit einer längerfristigen Beobachtung der Kinder und ihrer Familien abhängigen Einschätzung. Insbesondere in den pädiatrischen Praxen gehört diese Form von Kindeswohlgefährdung aber zu einer der Häufigsten. Nähergehende Betrachtungen sollten sich diesbezüglich mit eigens für diese Ausprägung adaptierten Instrumenten befassen.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt bzw. ein Punkt zur Weiterentwicklung der Versorgung sollte sich auf ausgewählte, weiterhin defizitäre Mechanismen in der (Nach-)Versorgung im Anschluss an die über MeKidS.best etablierten Abklärungsprozesse beziehen. Beispiel für solche defizitären Strukturen im Gesundheitswesen ist die kurzfristige Traumaintervention u. -prävention, die in den bestehenden Versorgungsstrukturen an zu langen Wartezeiten und an fehlenden Mechanismen zur Sicherstellung der Inanspruchnahme durch die Familien krankt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Klinksiek, I. (2021). **Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendkliniken und dem Jugendamt im Kinderschutz am Beispiel des Ruhrgebiets**. Masterarbeit: https://mekids-best.de/wp-content/uploads/2021/05/masterarbeit-klinksiek-extern.pdf

Liedmann, J., Huber, L., Haas, P., Jühling, M., Gahr, B., Schwier, F. (2022). **MeKidS.support: Ein webbasiertes Unterstützungsinstrument bei der rechtssicheren Dokumentation sowie zur Stärkung pädiatrischer Einrichtungen im Umgang mit Kinderschutzfällen.** Conference Paper: https://www.egms.de/static/en/meetings/gmds2022/22gmds064.shtml

Blase, N., Plescher, F., Kleinschmidt, L., Diekmann, S., Schlierenkamp, S., Schoppen, B., Ostermann, T., Fetz, K., Paulussen, M., Schwier, F., Hammer, A. (2023). **Leitliniengerechter, medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet: Studienprotokoll der gesundheitsökonomischen Evaluation und Vergütungsmodellierung im MeKidS.best-Projekt**, IBES Diskussionsbeiträge 237, University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES). Conference Paper: https://ideas.repec.org/p/zbw/udewwd/237.html

Schlierenkamp, S., Diekmann, S., Zur Nieden, P., Leitsch, K. (2023). **Medizinischer Kinderschutz: Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation im Projekt MeKidS.best (Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet)**. Conference Paper: https://www.researchgate.net/publication/375012996_Medizinischer_Kinderschutz_Ergebnisse_der_gesundheitsokonomischen_Evaluation_im_Projekt_MeKidSbest_Medizinischer_Kinderschutz_im_Ruhrgebiet

Blase, N., Plescher, F., Kleinschmidt, L., Neusser, S., Schlierenkamp, S., Diekmann, S., Ostermann, T., Paulussen, M., Schwier, F., Hammer, A., Naujoks, M., Schoppen, B. (2023). **Leitliniengerechter medizinischer Kinderschutz: Vergütungsmodellierung im Rahmen des MeKidS.best-Projektes.** Conference Paper: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-1770441

MedEcon Ruhr & Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (2023). **Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen – Empfehlungen aus dem Innovationsfondsprojekt MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet.** https://medecon.ruhr/wp-content/uploads/downloads/2023/08/mekids-handbuch-web.pdf

Blase, N., Diekmann, S., Kleinschmidt, L., (2024). **Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet: Gesundheitsökonomische Evaluation und Vergütungs- sowie Finanzierungsmodellierungen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung in den verschiedenen Versorgungssettings.** Conference Paper: https://www.dggoe.de/konferenzen/2024/programm/62/sitzung/204

Begleitende Publikation:

Falke, T. (2023). **Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe**. Promotion: https://books.google.de/books/about/Strukturelle_und_prozessuale_Faktoren_de.html?id=_a4g0AEACAAJ&redir_esc=y

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

10. Literaturverzeichnis

Blesken M et al (2019, 03.01.2022) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)

Bohrer A et al (2022) inderschutz zwischen Jugendhilfe und Medizin. Erkundungen und Befunde zur Organisation und Resonanz von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt. Sozial Extra:118–127

Gerber C et al (2020) Kriterien einer qualifizierten Gefahreneinschätzung

(2021) Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz. KKG

Heimann et al (2021) Medizinischer Kinderschutz während des Corona-Lockdowns. Monatsschrift Kinderheilkunde. 169(4), 346-352. doi:10.1007/s00112-021-01135-7

Hillis S et al (2016) prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics

Hoell et al (2023) Ein Schritt ins Dunkle: Pilotstudie zu Prävalenz, situativem Kontext und Folgen sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Deutschland. In Psychiatr Prax 2023, 50(04): 182-188, DOI: 10.1055/a-1960-4795

IGES Institut (2014) Zur Frage der Sachgerechtigkeit einer Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen (Konvergenz der Vergütungen)

Jud A et al (2016) Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch. Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs

Kinderschutzgruppen in Deutschland (11.04.2024) (Zugriff vom 11.042024). https://dgkim.de/qualifizierung-kinderschutzgruppen/kinderschutzgruppen-in-deutschland/

Kinderschutzleitlinienbüro (2019) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Langfassung, 1.0. Kinderschutzleitlinienbüro

King V (2015) Kindliche Angewiesenheit und elterliche Generativität. In: Andresen S, Koch C, König J (Hrsg) Vulnerable Kinder. Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden, 23–43

KKG (2020) Leitfaden Kinderschutz in der Pädiatrischen Praxis

Lund A (2001) Measuring Usability with the USEQ uestionnaire

Massullo et al (2023) Child maltreatment, abuse, and neglect: An umbrella review of their prevalence and definitions. In: Clinical Neuropsychiatry

Öffentlicher-Dienst.info (2020) Bruttoarbeitslohn von Oberärzt:innen im Jahr 2020 (TvöD, kommunale Klinik, EG 3, Stufe 3)

Scholz S et al (2020) Standardisierte Kostenberechnungen im deutschen Gesundheitswesen: Bericht der Arbeitsgruppe „Standardkosten“ des Ausschusses „ökonomische Evaluation“ der dggö. Gesundh ökon Qual manag,

Schwendler, M., & Flessa, S. (2019) Der kalkulatorische Arztlohn im EBM: ein normativer Parameter zur Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit. Das Gesundheitswesen, 81. doi:10.1055/a-0795-3319

Schwier F et al (2019) Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. Monatsschrift Kinderheilkunde 167:856–867

Schwier F et al (2023) MeKidS.best -Medizinischer Kinderschutz. Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen. Bochum/Koblenz

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Statistisches Bundesamt (2018) Statistisches Bundesamt (Destatis). Verdienststrukturerhebung. Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse - Ergebnisse für Deutschland - 2018. Fachserie 16 Heft 1.

Statistisches Bundesamt (Destatis) G-O (2023) Arbeitskostenindizes: Deutschland, Quartale, Wirtschaftsbereiche, Original- und bereinigte Daten

Fendrich, S. & Tabel, A. (2021) Hilfen zur Erziehung 2019 – mehr Kinder, mehr ambulante familienorientierte Hilfen. KomDat (Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe), 1/2021, 6–10.

11. Anhang

Anhang 1: Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen

12. Anlagen

Anlage 1: MeKidS.best Handbuch

Anlage 2: MeKidS.support-wiki

Anlage 3: Fragebogen zur Inzidenzerhebung

Anlage 4: Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation

Anlage 5: Scoringalgorithmus

Anlage 6: Fragebogen zur Strukturqualität

Anlage 7: Interviewleitfäden Implementierungskosten

Anlage 8: Fragebogen zur Routinedatenbetrachtung

Anlage 9: Fragebogen zur MeKidS.support

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anhang 1: Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen

Ergänzungen zur Methodik:

Die ambulante Vergütung in den verschiedenen Settings (in vertragsärztlichen kinder- und jugendmedizinischen Praxen, in Sozialpädiatrischen Zentren als auch in Krankenhausambulanzen) wird, ebenso wie die Vergütung der stationären Leistungserbringung hinsichtlich ihrer Berücksichtigung kinderschutzbezogener Leistungen zur Gefährdungseinschätzung analysiert. Mit dem Ziel, die gegenwärtige Vergütungssituation und daraus abgeleitet die Vergütungslücke im Kontext kinderschutzbezogener Leistungen abbilden zu können, erfolgt ein Abgleich der Ressourcenverbräuche mit bestehenden Vergütungsregelungen.

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wurden die fallbezogenen Ressourcenverbräuche zur medizinischen Leistungserbringung zur Abklärung des Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung erhoben (vgl. Evaluationsbericht 2.2.1). Ergänzend wurden die Kosten zur Implementierung der neuen Versorgungsform erfasst (vgl. Evaluationsbericht Kapitel 2.2.2). Andere Leistungsbereiche, bei denen es nicht zu einer persönlichen Vorstellung der Kinder und Jugendlichen bei einem medizinische Leistungserbringenden kommt (wie z.B. zur Gutachtenerstellung) wurden bei der Analyse der Kosten nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation wurden insbesondere im Kontext möglicher Kostentrenner (z.B. in Bezug die Altersgruppen oder Case Vignetten) sowie monetärer Besonderheiten (z.B. Kostenhomogenität) aber auch hinsichtlich eines differierenden Inanspruchnahmeverhaltens berücksichtigt. Mittels einer strukturierten Literaturrecherche wurden zusätzlich Vergütungskonzepte vergleichbarer Leistungsbereiche sowohl im Bereich ambulanter ärztlicher Leistungserbringung als auch spezialisierter Ambulanzen untersucht. Die Recherche wurde um Interviews mit Expert:innen aus den betroffenen Vergütungssystemen ergänzt und stellte in ihrer Gesamtheit die Basis der Vergütungsmodellierung dar.

Analog dazu wurden die Trägersysteme und die Zuständigkeiten des medizinischen Kinderschutzes – die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die Jugendhilfe – insbesondere hinsichtlich der trägerübergreifenden Zusammenarbeit näher analysiert. Auch hier wurden durch eine strukturierte Literaturrecherche Finanzierungskonzepte vergleichbarer Leistungsbereiche untersucht und darauf aufbauend die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle entwickelt.

Sowohl die Vergütungs- als auch die Finanzierungsmodelle wurden mittels einer auf die Bereiche Finanzierung und Vergütung angepassten und in anderen Projekten bereits erprobten Kriteriologie untersucht (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Kriteriologie zur Bewertung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen

Bewertungskriterium	
Anreize zur Versorgungsqualität	Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung
	Anreize zu Patientenorientierung
	Anreize für Patientensicherheit
	Anreize zu Behandlungskoordination
Anreize zur Wirtschaftlichkeit	Anreize zu Behandlungseffizienz
	Anreiz-/Teilnahmekompatibilität für Leistungserbringer:innen und Patient:innen
Weitere Kriterien	Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patienten-zugang
	Innovationszugang*
	Leistungsgerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringer:innen*
	Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit**
	Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen
	Transparenz und Regulierbarkeit
	Realisierbarkeit

**nur für Vergütungsmodelle anwendbar, ** nur für Finanzierungsmodelle anwendbar*

Quelle: Walendzik und Wasem (2019) [1]

In zwei Workshops mit Interessensvertretenden und Akteuren aus ambulanter und stationärer Versorgung, Jugendhilfe sowie Krankenversicherungsträgern wurden die Ergebnisse zu den Vergütungs- sowie Finanzierungsmodellen diskutiert. Ziel der Workshops war es, die entwickelten Modelle anhand der vorgestellten Kriteriologie auf ihre Konsistenz zu überprüfen. Auf Grundlage der generierten Erkenntnisse wurden die Modelle finalisiert.

Ergänzung zu den Ergebnissen der gesundheitspolitischen Konzeptionierung der Übertragung der Ergebnisse in die Regelversorgung:

Für eine Etablierung der neuen Versorgungsform MeKidS.best und entsprechend eines leitliniengerechten medizinischen Kinderschutzes ist eine kostendeckende Leistungserbringung Voraussetzung, um Anstrengungen der Leistungserbringenden zur Erreichung einer adäquaten Struktur- und Prozessqualität anzuregen. Im weiteren Verlauf des Berichtes wird daher auf die Besonderheiten in den verschiedenen Settings der Leistungserbringung eingegangen. Hierbei werden zunächst relevanten Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation dargestellt, gefolgt von der Ausführung des Status Quo der Vergütung. Die jeweils erarbeiteten Modelle werden nach einer Vorstellung hinsichtlich ihrer Anreizwirkung beschrieben.

Vergütung der stationären Leistungserbringung

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation der MeKidS.units ergaben sich in der stationären Leistungserbringung sowohl erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Gesamtkosten für die Behandlung medizinischer Kinderschutzfälle (vgl. Tabelle 17 des Anhangs 2 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units) als auch zwischen den Case-Vignetten (vgl. Tabelle 20 des Anhangs 2 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units).

Anhang 1: Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen

Zur Vergütung der stationären medizinischen Leistungserbringung existiert seit dem DRG-Jahr 2018 ein krankenhausindividuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt („Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ - aktuell ZE2024-152), das durch den Operationen- und Prozedurenschlüssel 1-945.* „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ ausgelöst wird. Für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wurde das unbewertete Zusatzentgelt für das PEPP-Jahr 2021 aufgenommen (aktuelle ZP2024-90). Eine krankenhausindividuelle Festlegung der Vergütungshöhe des Zusatzentgeltes erscheint aufgrund der Inhomogenität der Kosten zwischen den Case-Vignetten und entsprechend resultierend der Gesamt-Behandlungskosten als sachgerecht. Daher werden im vorliegenden Ansatz zunächst weiterhin individuell zu vereinbarende (unbewertete) Zusatzentgelte für den medizinischen Kinderschutz vorgesehen. Bei der Festlegung der Entgelthöhe für das Zusatzentgelt durch die Verhandlungspartner auf Ortsebene lässt sich eine Kalkulation entsprechend des krankenhausindividuellen Leistungsspektrums vornehmen. Ein Alterssplit erscheint hingegen auf Grundlage der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation als nicht zwingend angeraten.

Durch die unterschiedliche Ausgestaltung der Zusatzentgelte ergeben sich drei mögliche alternative Vergütungsmodelle (vgl. Tabelle 1):

1. Einheitliches (= Case-Vignetten unabhängiges) Zusatzentgelt (zunächst unbewertet, entspricht dem Status Quo)
2. Case-Vignetten individuelles Zusatzentgelt, zunächst unbewertet
3. Leistungsdifferenzierte Zusatzentgelte aufbauend auf Modell 1 oder 2, zunächst unbewertet

Tabelle 1: Vergütungsmodelle in der stationären Versorgung der MeKidS.units

Modelle	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Grundgedanke	Einheitliches Zusatzentgelt, zunächst unbewertet (Status Quo)	Case-Vignetten individuelles Zusatzentgelt, zunächst unbewertet	Leistungsdifferenzierte Zusatzentgelte, zunächst (teilweise) unbewertet
Besonderheit	Einheitliche Vergütungshöhe für die verschiedenen Case-Vignetten	Unterschiedliche Vergütungshöhe für verschiedene Case-Vignetten aufgrund von Kostenunterschieden	Aufbauend auf Modell 1 oder 2: Zusatzentgelt med. Kinderschutz (mit APK) + Zusatzentgelt kooperative Leistungen (ggf. ohne APK)

Quelle: eigene Darstellung

In Anlehnung an den Status-Quo wird im **Modell 1** ein Zusatzentgelt für die Behandlung von Kinderschutzfällen gebildet, welches für alle Case-Vignetten einheitlich verwendet werden kann. Die Höhe der Zusatzentgelt-Vergütung ist nach Einführung der MeKidS.best-Standards in Folge der sich ändernden Kostenstruktur bei der Leistungserbringung quantitativ anzupassen. Die Grundlage für die Entgeltverhandlungen stellt daher eine Mischkalkulation über die medizinischen Kinderschutzfälle mit dem krankenhausindividuellen Schwerpunkt der Leistungserbringung dar. Die im Rahmen des MeKidS.best-Projektes erhobenen Zeitverbräuche der verschiedenen Berufsgruppen sowie die Inanspruchnahme der Diagnostik können dabei eine Orientierung darstellen.

Im Modell 2 werden die Zusatzentgelte gemäß der unterschiedlichen Case-Vignetten differenziert. Denn infolge der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb der Case-Vignetten, wurde im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation erhebliche Kostenunterschiede zwischen den Case Vignetten der verschiedenen Gefährdungsmuster detektiert. Grundlage für die Verhandlungen der Zusatzentgelte können hier ebenfalls die erhobenen Zeitverbräuche der verschiedenen Berufsgruppen sowie die Inanspruchnahme der Diagnostik sein.

Um einen leistungsgerechten Transfer zwischen den Trägersystemen zu ermöglichen, werden im **Modell 3** (mindestens) zwei nach medizinischen und kooperativen Leistungsbestandteilen unterteilte Zusatzentgelte entwickelt, welche für die medizinischen Leistungsbestandteile entweder dem Modell 1 (einheitliches Zusatzentgelt) oder Modell 2 (Case-Vignetten-individuelles Zusatzentgelte) entsprechen. Die Kosten für die medizinischen und kooperativen Leistungsbestandteile könnten bei einer Differenzierung der Leistungsbestandteile sachgerecht entsprechend einer angepassten Trägerzuständigkeit durch die jeweiligen Trägersysteme (GKV bzw. Jugendhilfe) finanziert werden. Bei den Zusatzentgelten für die kooperative Leistungserbringung mit den Vertreter:innen der Jugendhilfe könnte die Vergütung an die GOPs angelehnt und damit sektorenübergreifend vereinheitlicht werden.

In Anlehnung an die aktuellen Krankenhaus-Reformansätze könnte eine **Variante der Vergütungsmodelle** für Krankenhäuser mit ausgewiesener Kompetenz im Kinderschutz angemessen sein, denn die Krankenhausreformpläne sehen aktuell keine Leistungsgruppe für den medizinischen Kinderschutz vor. Denkbar wäre hier z.B. eine (teilweise) Finanzierung einer Kinderschutzgruppe unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung. So könnte ein Teil der vereinbarten Erlössumme für das/die Zusatzentgelte des medizinischen Kinderschutzes nicht fallbezogen, sondern im Sinne einer Vorhaltepauschale den Krankenhäusern mit ausgewiesener Expertise im Kinderschutz zugeführt werden.

Bei der **kriteriengestützten Bewertung** der möglichen Vergütungsmodelle für die stationäre Versorgung in den MeKidS.units zeigen sich hinsichtlich der Versorgungsqualität positive Anreize in allen Modellvarianten, da eine leitliniengerechte Versorgung durch eine adäquate Vergütung angeregt wird. Diesbezüglich scheint eine nach Case-Vignetten individuelle Vergütung als besonders geeignet. Auch in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit erscheinen individuelle Zusatzentgelte in Abhängigkeit der Case-Vignetten geeigneter als einheitliche Zusatzentgelte, da sie das Risiko der Selektion aufwändiger Fälle reduzieren und eine leitliniengerechte Versorgung durch eine sachgerechte Abbildung der Behandlungskosten fördern. Eine leistungsgerechte Abbildung ermöglicht ein Modell, welches medizinische und kooperative Leistungsbestandteile trennt.

Vergütung der ambulanten Leistungserbringung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (in der vertragsärztlichen Versorgung der kinder- und jugendmedizinischen Praxen sowie ausgewählter Ambulanzen der Krankenhäuser)

Bei der Analyse der Gesamtkosten in der vertragsärztlichen Versorgung in den MeKidS.Praxen im Zuge der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigte sich für die betrachteten Maßnahmen der Behandlung eines Kinderschutzfalles (z.B. Anamnese, Gespräche, Diagnostik und Dokumentation) eine große Spannweite (vgl. Tabelle 9 des Anhangs 1 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen). Dahingehend sind die Unterschiede zwischen den Case-Vignetten in den Gesamtkosten jedoch eher gering (vgl. Tabelle 11 des Anhangs 1 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen). Insgesamt ist die Variabilität der

Kosten in den MeKidS.Praxen insbesondere darauf zurückzuführen, welche Maßnahmen ergriffen wurden. Die Dauer und die Anzahl der Wiedervorstellungen in den Praxen ist ebenso variabel - in mehr als einem Viertel der Fälle erfolgen mehr als 5 Vorstellungen bei sich im Median über 2 Quartale erstreckendem Abklärungsprozess (vgl. Tabelle 6 des Anhangs 1 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen).

Auch die gesundheitsökonomische Evaluation der ambulanten Versorgung in den MeKidS.units (gepoolt in allen Versorgungssettings) zeigte eine große Spannweite der jeweiligen Gesamtkosten zur Behandlung von Kinderschutzfällen (vgl. Tabelle 16 des Anhangs 2 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units). Zwischen den Case-Vignetten sind die Unterschiede in den Gesamtkosten weniger ausgeprägt. Eine Ausnahme bildet die Vignette “Misshandlungsverdächtige Frakturen”, wo die Kosten geringer als die der anderen Case-Vignetten ausfallen. Aufgrund der geringen Fallzahl sind die durchschnittlichen Kosten im Median jedoch nur bedingt aussagekräftig (vgl. Tabelle 19 des Anhangs 2 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units). Der Abklärungsprozess bei den ambulanten Fällen in den MeKidS.units erstreckt sich durchschnittlich im Median über 1 Quartal (vgl. Tabelle 6 des Anhangs 2 des Evaluationsberichtes, Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units).

Derzeitig wird die ärztliche Gesprächsleistung (mit Arzt-Patienten-Kontakt) über die Versicherten-/ Notfallpauschale ergänzt um Gebührenordnungspositionen (GOPs) für Einzelleistungen und Leistungskomplexe abgerechnet. Für die Abrechnung von Gesprächsleistungen im Kontext der Kinderschutzfälle kommen hier je nach Fallkonstellation die GOP 04230 “Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist” oder GOP 04355 “Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung” in Frage. Die GOP 04230 kann dabei zeitgetaktet je vollendete 10 min abgerechnet werden, sofern der obligate Leistungsinhalt erfüllt ist und keine Abrechnungsausschlüsse bestehen. Die GOP 04355 hingegen kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Den beiden Gesprächspositionen ist gemein, dass sie nicht im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst bzw. in Kombination mit Notfallpauschalen abrechenbar sind. Im Dezember 2023 wurde für die ärztliche Kooperation mit dem Jugendamt zur Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung unter der Voraussetzung einer bestehenden Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V mit der GOP 01681 “Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz” eine Abrechnungsoption geschaffen. Ebenso neu in den EBM integriert wurde die GOP 01682 “Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz”, die für Fallbesprechungen mit dem Jugendamt vorgesehen sind, sofern diese seitens des Jugendamtes ausgehen. Für die Leistungen des Praxis-Teams (zum Beispiel zur Koordination von Leistungen für die Patient:innen und/oder ihre Sorgeberechtigten) besteht bis dato keine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit.

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation verdeutlichen, dass die individuellen Bedürfnisse und damit ergriffenen Maßnahmen im jeweiligen Kinderschutzfall unterschiedlich sind. Die Spannweite der Kosten für Kinderschutzfälle ist hoch, das Inanspruchnahmeverhalten insbesondere von Gesprächsleistungen differiert deutlich. Eine pauschalisierte Vergütung in den MeKidS.Praxen wird der vertragsärztlichen Versorgung ebenso wenig gerecht wie eine Quotierung von notwendigen und im Vergleich zu regulären (nicht-kinderschutzbezogenen)

Behandlungen erhöhten Gesprächsbedarfs. Geeigneter scheinen Modelle mit der zeitgetakteten Vergütung von Einzelleistungen, die die Möglichkeit eröffnen, bei längerer Gesprächsführung o.ä. die entsprechende GOP mehrfach abzurechnen. Eine Quotierung der Gesprächsleistung bei Fällen des medizinischen Kinderschutzes verfehlt darüber hinaus den Anreiz einer leitliniengerechten Versorgung.

Basierend auf den derzeitigen Vergütungsoptionen der ambulanten Versorgung ergeben sich drei mögliche, alternative Vergütungsmodelle (vgl. Tabelle 2):

1. Adaptation bestehender GOPs
2. Neue Kinderschutz-spezifische GOPs
3. (Ambulante) Komplexversorgung „Med. Kinderschutz“

Tabelle 2: Vergütungsmodelle in der ambulanten Versorgung der Praxen

Modelle	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Grundgedanke	Adaptation bestehender GOPs	Neue Kinderschutz-spezifische GOPs	(Ambulante) Komplexversorgung „Med. Kinderschutz“
Besonderheit	Anpassung bestehender GOP mit APK (04230) sowie bestehende GOP ohne APK (01681 und 01682)	Neue GOPS für Gesprächsleistung im Zusammenhang mit med. Kinderschutz (mit APK sowie angepasste GOP ohne APK	In Anlehnung an die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für psychisch kranke Versicherte mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL)

Quelle: eigene Darstellung

In **Modell 1** stehen Anpassungen der bestehenden GOP 04230 für die Gesprächsleistungen sowie der GOP 01681 und 01682 für die kooperativen Leistungen im Fokus. Bei der GOP 04230 besteht Anpassungsbedarf aufgrund der Begrenzung/Quotierung des Punktzahlvolumens aller nach GOP 04320 erbrachten Gesprächsleistungen auf 64 Punkte pro Behandlungsfall der Praxis/des MVZ (EBM 2024, 4.1 Präambel, Nr. 12). Insbesondere die Gesprächsleistungen sind jedoch bei Kinderschutzfällen elementarer Bestandteil der leitliniengerechten Versorgung. Eine entsprechende Quotierung resultiert in einem negativen Anreiz für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung. Dementsprechend würde die Exklusion der GOP 04230 von der Quotierung für die Kinderschutzfälle diesen negativen Anreiz aufheben. Das Ziel, die Erbringung kinderschutzbezogener (Gesprächs-)Leistungen im Sinne einer leitliniengerechten Versorgung auch im Notfall sowie der Notdienstzeiten sicherzustellen, ließe sich durch eine entsprechende Änderung des Ausschlusses für die GOP 04230 erzielen. So böte sich den Notfallambulanzen der Krankenhäuser der Anreiz, die leitliniengerechte Versorgung mittels Gesprächsleistungen zu erbringen. Der Kontext der Versorgung und daraus resultierende Besonderheiten ließe sich durch eine entsprechende Kodierung abbilden.

Medizinische Leistungserbringende haben nach § 4 Abs. 2 KKG einen Anspruch auf spezifische Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Die für Fallbesprechungen mit dem Jugendamt vorgesehene GOP 01682 kann ausschließlich in Abrechnung gebracht werden, wenn diese Gespräche von Seiten des Jugendamtes initiiert werden. Die Erhöhung des Anreizes für die

Inanspruchnahme von Beratungsleistungen durch die Jugendhilfe für medizinischen Leistungserbringenden ließe sich realisieren, indem die Abrechnung der Fallbesprechung auch dann möglich ist, wenn die Initiierung von Seiten der Leistungserbringenden ausgeht.

Vor dem Hintergrund der gesundheitsökonomischen Evaluation ist die GOP 04355 bei fehlender Zeittaktung eher nachrangig von Bedeutung, obgleich diese explizit für diese Konstellationen (durch die Erwähnung der ICD T74 als eingeschlossene Erkrankung) vorgesehen ist. Um für die Abbildung der Leistungen des medizinischen Kinderschutzes relevant zu werden, müsste eine entsprechende Zeittaktung und eine Abrechnung im Notfall bzw. Notdienst ermöglicht werden.

Das **Modell 2** sieht die Einführung einer neuen spezifischen GOP für Gesprächsleistungen vor, die im Kontext des medizinischen Kinderschutzes mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten mit Arzt-Patienten-Kontakt erbracht werden. Diese kann sich an der GOP 04230 orientieren und sollte eine Zeittaktung beinhalten. Eine Quotierung des Punktzahlvolumen auf 64 Punkten pro Behandlungsfall ist jedoch aufgrund des unter Modell 1 ausgeführten negativen Anreizes zu vermeiden. Eine eigenständige, exklusive GOP für Gesprächsleistungen im Kinderschutz gewährt zudem ein besseres Monitoring der medizinischen Leistungserbringung im Kontext der Gefährdungseinschätzung bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Der Anreiz, eine leitliniengerechte Versorgung auch im Notfall bzw. im organisierten Notfalldienst sicher zu stellen, lässt sich durch die Abrechnung der Gesprächsleistung im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst erzielen. Zusätzlich bestehen die GOP 01682 sowie 01681 für die Leistungserbringung ohne Arzt-Patienten-Kontakt, die auch entsprechend des Modells 1 angepasst werden sollten. Insgesamt ist bei den GOPs für den medizinischen Kinderschutz eine (dauerhafte) extrabudgetäre Vergütung anzuregen, um einen positiven Anreiz zur Leistungserbringung zu setzen.

In einem **Modell 3** wird eine neue (ambulante) Komplexversorgung “Medizinischer Kinderschutz” durch Aufbau eines Netzwerks bestehend aus einem Zusammenschluss von Ärzt:innen (in unterschiedlichen Versorgungssettings) sowie Vertreter:innen der Jugendhilfe vorgeschlagen. Sie bilden die neue Versorgungsform im MeKidS.best-Projekt ab. Die Komplexversorgung kann in Anlehnung an die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) ausgestaltet werden (2). Mit Beschluss des G-BA vom 03.03.2022 wurde zudem der Unterausschuss “Psychotherapie und psychiatrische Versorgung“ mit der Durchführung des Beratungsverfahrens zur Umsetzung der Regelungen nach § 92 Absatz 6b SGB V für den Bereich Kinder und Jugendliche beauftragt (3). Eine entsprechende Richtlinie für die äquivalente Versorgungsform für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist am 21.03.2024 beschlossen worden (KJ-KSVPsych-RL (4).

Die Vergütung nach einer Komplexversorgung ist insbesondere für Schwerpunktpraxen von Relevanz, die zur leitliniengerechten Versorgung aktiv Netzwerkaufbau und -pflege zu externen Beratungsstellen, Krankenhäusern (mit entsprechender Expertise), der Jugendhilfe sowie weiteren Akteuren betreiben. Im Rahmen einer “Komplexleistung Medizinischer Kinderschutz” können folgende Leistungen Bestandteil der Behandlung sein, deren Vergütung sich an die Leistungen der KSVPsych-RL orientieren könnte:

1. Eingangssprechstunde: je vollendete 15 Min, höchstens 4 x im Krankheitsfall
2. Differentialdiagnostische Abklärung: je vollendete 15 Min, höchstens 4 x im Krankheitsfall

3. Zusatzpauschale für Leistungen der Bezugsärzt:innen (/-psychotherapeut:innen): einmal im Behandlungsfall
4. Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person: einmal im Behandlungsfall
5. Fallbesprechung: je vollendete 10 Min, höchstens 4 x im Behandlungsfall
6. Zuschlag zur Fallbesprechungs-GOP bei Teilnahme nichtärztlicher/ (-psychotherapeutischer) Teilnehmer. je vollendete 10 Min, höchstens 4 x im Behandlungsfall
7. Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben im Rahmen des Netzwerkverbundes: einmal im Behandlungsfall

Für die Ambulanzen der Krankenhäuser mit besonderer Expertise, die sich an der Komplexversorgung beteiligen, könnte eine eigene Vergütungsregelung im Sinne einer Pauschalvergütung für die Leistungserbringung vereinbart werden, so dass sich die ambulante Abrechnung deutlich erleichtert. Dies würde einem Anreiz für die Ambulanzen der Krankenhäuser setzen, sich an der Versorgung der Kinderschutzfälle verantwortungsvoll zu beteiligen.

Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Komplexversorgung ließen sich verbindliche Strukturvoraussetzungen (wie Schulungen, Teilnahme an Netzwerktreffen oder räumliche Voraussetzungen, wie diese im Zuge des MeKidS.best-Projektes herausgearbeitet wurden) formulieren, um der besonderen Versorgungsform gerecht zu werden.

Bei **Betrachtung der Anreizsysteme** der entwickelten Vergütungsmodelle in der ambulanten Versorgung setzen alle Modelle positive Anreize für die Versorgungsqualität, da die leitliniengerechte Versorgung durch eine adäquate Vergütung von Gesprächsleistungen gefördert wird. Insbesondere zeigen sich Stärken im Rahmen einer Komplexversorgung, da vermehrt Anreize zur Behandlungskoordination gesetzt werden und durch Netzwerkstrukturen die sektorenübergreifende Kommunikation gestärkt wird. Auch in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit fördert die Komplexversorgung die Teilnahme an Netzwerkstrukturen, die im Rahmen des sektoren- und trägerübergreifenden Kinderschutzes von Bedeutung sind. Modelle mit eindeutigen Abrechnungsziffern für medizinische Leistungen im Kinderschutz tragen zur Transparenz der Leistungserbringung bei.

Vergütung der ambulanten Leistungserbringung nach (individueller) Pauschalvergütung

Im MeKidS.best-Projekt hat bei der Erhebung der Ressourcenverbräuche, die im Kontext der ambulanten Versorgung in den MeKidS.units aufgetreten sind, keine Unterscheidung des Versorgungssettings stattgefunden. Bei der Entwicklung von Vergütungsmodellen erfolgt die Betrachtung der Ambulanzen im Kontext ihrer Kalkulationssystematik der ambulanzspezifischen Vergütung. In den folgenden Modellen der ambulanten Leistungserbringung in den Ambulanzen der MeKidS.units mit pauschalierter Vergütung werden SPZs nach § 119 SGB V (die an den Kliniken angegliedert sind) sowie Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V berücksichtigt. Die Vergütung in den SPZs sowie den Hochschulambulanzen erfolgt pauschalisiert und wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart (§ 120 Abs 2 SGB V). Nicht in die Modellierung inkludiert sind die pädiatrische Spezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SBG V sowie die Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SBV, da in diesen Versorgungssettings die Vergütung der kinderschutzbezogenen Leistungen (vorrangig) über den EBM abgebildet wird. Die entsprechenden Modellierungen für diese Ambulanzbereiche sind in unter der Überschrift „Vergütung der ambulanten Leistungserbringung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ zu finden.

Hinsichtlich der Besonderheiten der gesundheitsökonomischen Evaluation bei der ambulanten Versorgung in den MeKidS.units sei auf das Kapitel „Vergütung der ambulanten Leistungserbringung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ verwiesen.

Im Rahmen des MeKidS.best-Projektes werden die Mehrkosten für die Behandlung von Kinderschutzfällen (im Vergleich zur regulären Leistungserbringung ohne den Verdacht auf eine bestehende Kindeswohlgefährdung) erhoben, da die Ressourcenverbräuche zur Gefährdungseinschätzung dokumentiert wurden. Um den Anreiz zur Leistungserbringung in den Ambulanzen (inkl. SPZs) der Krankenhäuser zu erhöhen, ist eine entsprechende Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für die Versorgung der Kinderschutzfälle bei der Vergütung via Ambulanz-/SPZ-Pauschalen Voraussetzung.

Basierend auf der pauschalisierten Vergütung der ambulanten Behandlung in den MeKidS.units, werden folgende (alternative) Vergütungsmodellierungen ausgearbeitet (vgl. Tabelle 3):

1. Angepasste Ambulanz-/SPZ-Pauschale
2. Zusatzpauschale für Medizinische Kinderschutzfälle
3. “Kinderschutz-Ambulanz-/SPZ-Pauschale”

Tabelle 3: Vergütungsmodelle in der ambulanten Versorgung der Ambulanzen der MeKidS.units

Modelle	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Grundgedanke	Angepasste Ambulanz-/SPZ-Pauschale	Zusatzpauschale für Medizinische Kinderschutzfälle	“Kinderschutz-Pauschale“
Besonderheit	Neue Kalkulation der Ambulanz-SPZ-Pauschale durch Berücksichtigung des Mehraufwands bei Kinderschutzfällen durch Änderung des Leistungsspektrums im Sinne einer leitliniengerechten Versorgung	Ambulanz-/SPZ-Pauschale + krankenhausindividuelle Zusatzpauschale für die Kinderschutzfälle	Eigenständige Ambulanz-/SPZ-Pauschale für Kinderschutzfälle

Quelle: eigene Darstellung

In **Modell 1** erfolgt eine Anpassung des Status Quo - der einheitlichen Pauschale für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den Ambulanzen inkl. SPZs. Zur Berücksichtigung des Mehraufwands in der leitliniengerechten Versorgung von Kinderschutzfällen ist die Höhe der regulären Ambulanz-/SPZ-Pauschale anzupassen. Bei der Kalkulation der Ambulanz- bzw. SPZ-Pauschalen können die erhobenen Zeitverbräuche der verschiedenen Berufsgruppen sowie die Inanspruchnahme der Diagnostik der Kinderschutzfälle mitberücksichtigt werden.

In einem **Modell 2** werden zusätzlich zur Ambulanz-/SPZ-Pauschale für die “Nicht-Kinderschutzfälle”, krankenhausindividuelle Zusatzpauschalen für die Behandlung von Kinderschutzfällen entwickelt. Das bedeutet, dass der erhöhte Ressourcenverbrauch für die leitliniengerechte Versorgung von Kinderschutzfällen über die Zusatzpauschale abgebildet wird. Dies ermöglicht eine transparentere Darstellung der kinderschutzbezogenen Leistungen sowie eine

höhere Adaptationsfähigkeit an die krankenhausindividuelle Leistungserbringung. Als Grundlage der krankenhausindividuellen Kalkulation der Zusatzpauschalen für den Kinderschutz können die Ressourcenverbräche aus dem MeKidS.best-Projekt herangezogen werden. Krankenhausindividuelle Besonderheiten hinsichtlich des Leistungsportfolios lassen sich so differenziert berücksichtigen.

Modell 3 stellt eine eigenständige Ambulanz- SPZ-Pauschale für Kinderschutzfälle dar. Es entspricht damit einer Adaptation von Modell 2, indem für die Kinderschutzfälle die Ambulanz-/SPZ-Pauschale sowie die Zusatzpauschale für den medizinischen Kinderschutz zusammengefasst und in eine „Kinderschutz-Pauschale“ zur Abrechnung in den Ambulanzen und SPZs überführt werden. Neben den unter Modell 2 erläuterten Besonderheiten kommt eine erleichterte Abrechnung der Leistungserbringung zum Tragen.

Sofern eine trägerspezifische Zuordnung der Leistungsbestandteile erfolgen soll, wäre eine Differenzierung in kooperative und medizinische Leistungen in allen drei Modellen ergänzend möglich. Entsprechend auszugliedernde Leistungsbestandteile fänden bei der Kalkulation der Pauschalen der Modelle 1-3 keine Berücksichtigung. Die im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation erfassten Maßnahmen sowie erhobenen Ressourcen können bei der Kalkulation Berücksichtigung finden.

In der **kriteriengestützten Bewertung** der Modelle zeigen sich für alle Modellvarianten Verbesserungen der Versorgungsqualität, da durch die Erhöhung der Vergütung für Fälle des medizinischen Kinderschutzes die leitliniengerechte Versorgung gestärkt wird. Modelle, die eine dezidierte Möglichkeit zur Abrechnung von Kinderschutzfällen z.B. durch eine Zusatzpauschale oder eine spezielle Pauschale für Kinderschutzfälle geben, tragen darüber hinaus zur Patientensicherheit bei. Durch die explizite Abrechnung kinderschutzbezogener Leistungen werden die Mehrbedarfe der Behandlung von Kinderschutzfällen hervorgehoben. Die Separierung der kooperativen Leistungsbestandteile würde äquivalent die trägerübergreifende Versorgung hervorheben. Positive Anreize zur Wirtschaftlichkeit setzt eine einheitliche Pauschalvergütung, was jedoch zugleich zu einem Risiko der Unterversorgung der vulnerablen Patientengruppe führt. Alle Vergütungsmodelle weisen Responsivität auf Veränderungen der Versorgungslandschaft auf, da Neuverhandlungen der Pauschalen bei Veränderungen des Versorgungsportfolios theoretisch für die Krankenhäuser möglich wären. Dies setzt allerdings eine Verhandlungsbereitschaft aller beteiligter Gesprächspartner voraus. Transparenz über die Behandlung und Zuständigkeiten werden durch Zusatzpauschalen sowie die Kinderschutzpauschale (und bei Ausgliederung der kooperativen Leistungen) gefördert.

Finanzierungsmodelle

Die entwickelten Finanzierungsmodelle setzen auf einer Analyse der Finanzierungssysteme der beiden Sozialleistungsträger GKV und Jugendhilfe unter Berücksichtigung der in Teilen daraus entstehenden problematischen Anreizwirkungen in Bezug den medizinischen Kinderschutz an.

Bei den kooperativen Leistungen der medizinischen Leistungserbringenden mit der Jugendhilfe handelt es sich Leistungen, die nicht im engeren Sinne dem Erhalt, der Verbesserung oder der der Wiederherstellung der Gesundheit dienen (§ 1 SGV V), sondern eine Unterstützung der Jugendhilfe bei der Ausübung der Leistung gemäß § 1 Abs. 3 Punkt 4 SGB VIII (“Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen”) darstellen. Des Weiteren wird in § 1 Abs. 2 SGB VIII ausgeführt, dass die Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht darstellt, über deren Betätigung die staatliche

Gemeinschaft wacht. Insbesondere dieser Leistungsbereich der kooperativen Leistungserbringung bietet daher Diskussionspotential hinsichtlich der Finanzierungsverantwortung.

Grundsätzlich werden, wie in Tabelle 4 gezeigt, drei Modellansätze entwickelt:

1. Finanzierung des medizinischen Kinderschutzes durch die Gesetzliche Krankenversicherung (Zuordnung SGB V) mit einer Entlastung der GKV durch einen Steuerzuschuss.
2. Kombination der Finanzierungsverantwortung durch die GKV und die Jugendhilfe sowie Zuordnung zu den SGB V und VIII.
3. Finanzierung in einer gemeinsamen Verantwortung im Sinne einer "Komplexleistung Kinderschutz". Eine Verortung wäre (in Anlehnung an die Frühförderung) entsprechend in SGB VIII möglich.

Tabelle 4: Übersicht über Finanzierungsmodelle

Modelle	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Grundgedanke	Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (Verortung der Leistungen im SGB V) + Entlastung der GKV durch Steuerzuschuss	Zuordnung zu beiden SGB (V und VIII) mit einer Kombination der Finanzierungsverantwortung durch die Gesetzliche Krankenversicherung und durch die Jugendhilfe	Definition einer gemeinsamen Verantwortung im Sinne einer Komplexleistung (Verortung im SGB VIII) und gemeinsame Finanzierung
Besonderheit	Entlastung der GKV durch Steuerzuschuss	Mögliche Varianten: a) Mit starren Transferzahlungen b) Mit leistungsorientierten Transferzahlungen	Neue Verortung der gemeinsamen Leistungserbringung
Kostenträger	GKV (+ Staat)	GKV und Jugendhilfe	GKV und Jugendhilfe

Quelle: eigene Darstellung

Modell 1 entspricht dem derzeitigen Status Quo der Zuordnung der medizinischen sowie kooperative Leistungsbestandteil in den Zuständigkeitsbereich der GKV (SGB V). Vor dem Hintergrund der Erfüllung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, die über die Aufgaben der GKV hinausgehen, sollte die Solidargemeinschaft durch einen Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds entlastet werden.

Im **Modell 2** werden die medizinischen und kooperativen Leistungsbestandteile den beiden möglichen Trägern zugeordnet. Auf Grundlage der in den SGB definierten Aufgabenverteilung werden die medizinischen Leistungen von der GKV finanziert (Zuordnung zum SGB V). Die kooperativen Leistungsbestandteile hingegen werden von der Jugendhilfe (Zuordnung zum SGB VIII) übernommen. In dem Zusammenhang werden 2 Optionen der Zuordnung zu den Trägersystemen gesehen: einerseits Transferzahlungen zwischen der GKV und der Jugendhilfe oder Direktvergütungen der kooperativen Leistungsbestandteile durch die Jugendhilfe. Die Unterteilung der Leistungsbestandteile hätte je nach Ausgestaltung des Modelles Auswirkungen auf die Vergütung der Leistungserbringenden. So setzt eine Direktvergütung eine Differenzierung der Leistungen in die unterschiedlichen (medizinischen bzw. kooperativen) Bestandteile voraus, um eine zielgerichtete Abrechnung zu ermöglichen. Darüber hinaus erleichtert eine differenzierte Abrechnung auch die sachgerechten Transferzahlungen.

Modell 3 sieht eine Definition der gemeinsamen Leistungserbringung im Sinne einer "Komplexleistung Kinderschutz" vor, die sowohl die medizinischen als auch kooperativen Leistungsbestandteile im Kontext des medizinischen Kinderschutzes beinhalten und in Ergänzung der Leistungen des SGB VIII zu sehen sind. Eine vergleichbare Komplexleistung ist in der Frühförderung realisiert (§ 46 SGB IX), die sowohl medizinische als auch heilpädagogische Leistungen vereint. Vor diesem Hintergrund ließe sich die "Komplexleistung Kinderschutz" im SGB VIII verorten. Da Teile der Leistungserbringung der Verbesserung oder dem Erhalt der Gesundheit dienen, wäre auch in diesem Modell eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung (von GKV und Jugendhilfe) vorgesehen. Die konkrete Umsetzung ließe sich auf Grundlage von Landesrahmenvereinbarungen zum medizinischen Kinderschutz regeln (in Anlehnung an die Vereinbarungen gemäß § 46 Abs. 4 SGB IX). Alternativ wäre ein Zuschuss der Jugendhilfe an den Gesundheitsfonds denkbar, der einer Transferzahlung für die kooperativen Leistungsbestandteile in der "Komplexleistung Kinderschutz" gleichkäme.

Im Rahmen der **kriteriengestützten Bewertung** der Finanzierungsmodelle ist zu prüfen, ob und inwieweit die Finanzierungsträger die Möglichkeit haben, auf die Versorgung Einfluss zu nehmen. Bei der Gefährdungseinschätzung durch die medizinischen Leistungserbringenden handelt es sich vorrangig um Leistungen, die nicht durch die Krankenversicherungen gesteuert werden. Anreize hinsichtlich der Versorgungsqualität gehen daher von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht aus. Die Jugendämter hingegen haben durch eine gezielte Beratung in Bezug auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungsangeboten die Möglichkeit, auf die Versorgung(squalität) einzuwirken. Da die Jugendämter das Risiko einer Fehleinschätzung des Gefährdungsrisikos tragen, ist bei ihnen per se von einem positiven Anreiz in Bezug auf die Versorgungsqualität auszugehen. Sofern die medizinischen (Beratungs-)Leistungen durch einen anderen Finanzierungsträger übernommen werden (Modell 1), besteht an dieser Stelle kein Anreiz zur effizienten Leistungserbringung (sondern theoretisch eher das Risiko einer Überversorgung). Mit dem Ziel, das trägerübergreifende Effizienzverständnis zu fördern, eignen sich daher insbesondere Modellierungen, die eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung zugrunde legen. Unter Aspekten der Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit sind ebenso Modelle mit gemeinsamer Zuständigkeit zu präferieren.

Diskussion

Ergänzung zur Diskussion:

Die medizinische Versorgung von Kindern findet in unterschiedlichen Settings – ambulant oder stationär, in kinder- und jugendmedizinischen Praxen oder Krankenhäusern, im Rahmen einer Grund- oder Maximalversorgung - statt. Unabhängig von der Art der Leistungserbringung können sich dabei bei den Ärzt:innen Anhaltspunkte für den Verdacht auf eine Gefährdung des Kindeswohles ergeben, so dass sie gemäß § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz tätig werden sollen. Um einen flächendeckenden medizinischen Kinderschutz sicher zu stellen, sollten bei den Überlegungen hinsichtlich der Vergütungs- und Finanzierungsmodellierungen entsprechend alle Versorgungssettings Berücksichtigung finden.

Der medizinische Kinderschutz erfordert dabei insbesondere zeitliche Ressourcen der medizinischen Leistungserbringenden, die fallbezogen und fallunabhängig anfallen können. Die fallbezogenen Leistungen treten im Kontext eines konkreten Verdachtes auf und lassen sich noch mal in Leistungen mit direktem Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und Leistungen in Kooperation mit Vertreter:innen der Jugendhilfe (ggf. ohne Anwesenheit der Betroffenen) differenzieren. Als fallunabhängig sind hingegen die

Aufwendungen zu verstehen, die in den medizinischen Einrichtungen zur Aus- und Weiterbildung von Kinderschutz-Teams und zur Definition, Etablierung und Pflege von Standards aufgewandt werden müssen. Ebenso erfordert die sektoren- und trägerübergreifende Kooperation der Akteure aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe Anstrengungen, ein gemeinsames Netzwerk zu etablieren und dieses in seiner Funktionsfähigkeit zu pflegen. Um eine kostendeckende Versorgung in den Einrichtungen und damit eine nachhaltige Etablierung des medizinischen Kinderschutzes zu gewährleisten, gilt es den beiden unterschiedlichen Leistungsbestandteilen Rechnung zu tragen.

Mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen bei dem Verdacht auf eine Gefährdung für ihr Wohl sicher zu stellen, ist eine adäquate, im Idealfall kostendeckende Vergütung der Leistungserbringung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund wurden bereits für die unterschiedlichen Vergütungssystematiken explizite Abrechnungsmöglichen für die (fallbezogene) Leistungserbringung im Kontext des Kinderschutzes etabliert: für die ambulant Versorgung zwei GOPs und für die stationäre (somatische sowie psychiatrische/psychosomatische) Leistungserbringung die Zusatzentgelte für die mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik. Diese stellen eine basale Vergütung dar, Besonderheiten in den verschiedenen Settings werden in der Folge dargestellt.

Ambulante Versorgung in den kinder- und jugendmedizinischen Praxen

Im Zusammenhang mit der Modellierung der Vergütungen in der ambulanten Versorgung sind nach Abschluss des Projektes Änderungen des EBM durch den Bewertungsausschuss vorgenommen worden. Bis zum Projektende am 31.08.2023 lagen für medizinische Kinderschutzleistungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt – hier insbesondere der Kontakt mit dem Jugendamt – keine Vergütungsmöglichkeiten der Leistungserbringenden vor. Im Projektverlauf wurden daher zunächst Vergütungsmodelle entwickelt, die eine Vergütung der bisher nicht vorhandenen Leistungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt vorsahen. Durch die Einführung der GOPs 01681 und 01682 zum 01.01.2024 wurden durch die gemeinsame Selbstverwaltung diese wichtigen Aspekte zur Sicherung der Grundversorgung im Kinderschutz umgesetzt (6). Die Vergütungsmodellierungen wurden daher nach Projektende unter prüfender Betrachtung der neuen GOPs angepasst.

Voraussetzung für die Abrechnung der neuen GOP 01681 sowie 01682 ist das Bestehen einer Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V durch die jeweilige kassenärztliche Vereinigung. Hier ist darauf hinzuweisen, dass nach Auskunft der kassenärztlichen Vereinigungen bis 31.08.2023 erst bei einer Kassenärztlichen Vereinigung eine solche Kooperationsvereinbarung bestand (7). Auf den Abschluss der Vereinbarungen als Voraussetzung für die Abrechnung der Kinderschutzleistungen ist daher zeitnah hinzuwirken.

Für die Abbildung der Gesprächsleistungen zwischen Ärzt:innen und den Kindern/Jugendlichen bzw. ihren Eltern/Sorgeberechtigten existieren bereits insbesondere zwei GOPs (die 04230 und die 04355), die jedoch aufgrund ihrer Ausgestaltung mit bestehender Quotierung der Vergütung, Ausschluss zur Abrechnung im Notdienst bzw. fehlender Zeittaktung für den Kontext des medizinischen Kinderschutzes nur suboptimal geeignet sind. Eine Ausnahme der Quotierung der 04230-Leistungen im Zusammenhang mit der Kinderschutz-Versorgung (abbildbar über eine entsprechende T74-Kodierung) stellt eine potentielle erste Maßnahme da, um den Anreiz zur Leistungserbringung im Medizinischen Kinderschutz zu erhöhen.

Limitierend muss jedoch berücksichtigt werden, dass die GOP 04230 zwar im hausärztlichen Bereich verortet sind, jedoch nur von Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden können. Die Leistungserbringenden der hausärztlichen Versorgung ohne

entsprechenden Facharztstatus werden daher bisher noch nicht im medizinischen Kinderschutz berücksichtigt. Insbesondere Jugendliche werden jedoch unter Umständen nicht mehr durch Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin versorgt, sondern sind bereits an Praxen der hausärztlichen Versorgung angebunden.

Eine explizite Differenzierung, in welchem Versorgungskontext die Leistung erbracht wurden, ließe sich durch eine eigene GOP für Gesprächsleistungen im Zusammenhang des medizinischen Kinderschutzes realisieren. Neben der Anpassung der Abrechnungsbestimmungen (keine Quotierung und Abrechenbarkeit im Not(fall-)dienst) wäre unter Inklusion der GOPs 01681 und 01682 eine umfassendere Abbildung der Kinderschutzleistungen realisierbar. In diesem Vergütungsmodell ließe sich auch die oben ausgeführten Limitation hinsichtlich der Abrechnungsbegrenzung auf Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin angehen.

Die ausgeführten Abrechnungspositionen spiegeln jedoch lediglich die Basisversorgung von Kinderschutz-Verdachtsfällen wider. Die im MeKidS.best-Projekt etablierte Versorgungsform umfasste weitere Leistungen, die sich über eine Komplexversorgung „Medizinischer Kinderschutz“ (in Anlehnung an die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL)) abbilden lassen. Die vertrauensvolle Versorgung durch die betreuenden Ärzt:innen in den kinder- und jugendmedizinischen Praxis sowie ergänzende Koordinierungsfunktionen durch das Praxispersonal könnten über die Abrechnungspositionen „Zusatzpauschale für Leistungen der Bezugsärzt:innen“ und „Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person“ abgebildet werden.

Neben einer besonderen fachlichen Expertise sind für diese besondere Versorgungsform weitreichende, sektoren- und trägerübergreifende Netzwerke Voraussetzung, deren Etablierung und Pflege ein besonderes Engagement (im Sinne zeitlicher Aufwände) der Ärzt:innen erfordert. Durch explizite Abrechnungspositionen wie eine „Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben im Rahmen des Netzwerkverbundes“ ließe sich diese Leistungen adäquat abbilden. Limitierend ist allerdings anzumerken, dass die nicht-fallbezogenen Kosten im Rahmen des MeKidS.best-Projektes nicht systematisch erhoben wurden. Diesem Umstand könnte durch eine einstweilige Orientierung an der Vergütung entsprechend der KJ-KSVPsychRL begegnet werden, die sich im Anschluss an eine Begleitevaluation anpassen ließe.

Über die Kooperationsvereinbarungen wäre auch eine Inklusion weiterer relevanter Teilnehmenden in das Kinderschutz-Netzwerk möglich, die im Rahmen des MeKidS.best-Projektes nicht eingeschlossen waren. Hier sind insbesondere Psychotherapeut:innen sowie der öffentliche Gesundheitsdienst hervorzuheben, denen bei der Detektion und Versorgung von Kinderschutzfällen ebenfalls eine große Rolle zugesprochen werden kann.

Das MeKidS.best-Projekt hat im Ballungszentrum Ruhrgebiet stattgefunden. Bei der Benennung von (verpflichtenden) Netzwerkpartner:innen als Voraussetzung für die Leistungserbringung im Rahmen der Komplexversorgung „Medizinischer Kinderschutz“ ist den strukturellen Gegebenheiten der Versorgungslandschaft insbesondere in ländlichen Regionen Deutschlands Rechnung zu tragen. Nur so lässt sich ein flächendeckendes Netzwerk zur Sicherstellung der besonderen Versorgungsform für den medinischen Kinderschutz gewährleisten.

Ambulante Versorgung in den Krankenhäusern

Die ambulante Leistungserbringung in den Krankenhäusern kann in verschiedenen Settings und entsprechend unterschiedlichen Abrechnungsmodi erfolgen. Im Rahmen des

MeKidS.best-Projektes erfolgte bei der Erhebung der Ressourcenverbräuche zur gesundheitsökonomischen Evaluation keine Differenzierung hinsichtlich des Versorgungssettings. Für die Vergütungsmodellierungen lassen sich die Abrechnungssystematiken in 2 Gruppen unterteilen:

1. Abrechnung via EBM und
2. Abrechnung auf Grundlage eigener Systematik über Pauschalen.

Insbesondere die Leistungserbringung im Kontext des medizinischen Kinderschutzes in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist bis dato nicht suffizient abbildbar, da die GOPs für die Gesprächsleistungen nicht im Not(fall-)dienst abrechenbar sind. Mit dem Ziel, auch in diesem Setting den Anreiz zur adäquaten Gefährdungseinschätzung zu setzen, wären Anpassungen der Abrechnungsausschlüsse und Anpassungen der GOPs zielführend. So ließe sich für jede Notfallambulanz eine Kinderschutz-Basisversorgung abrechnen.

Jedoch stellt die Dokumentation von Zeitverbräuchen zur zeitgetakteten Abrechnung von Leistungen in den Notfallambulanzen eine besondere Herausforderung dar. Hier könnte eine Kinderschutzpauschale in Anlehnung an die 2. Abrechnungssystematik eine Erleichterung darstellen. Eine entsprechende Abrechnungsmodalität wurde im Anschluss an das MeKidS.best-Projekt im Sinne eines Selektivvertrages (ProKidS) durch die projektbeteiligten Krankenkassen offeriert. Die vereinfachte Abrechnung via Pauschalen (Pauschalvergütungsmodelle 2 oder 3) ließe sich vor allem im Zusammenhang mit der Komplexversorgung „Medizinischer Kinderschutz“ flächendeckend und kollektivvertraglich realisieren. Die vereinfachte Abrechnung der Leistungserbringung könnte als Anreiz für die (Ambulanzen der) Krankenhäuser dienen, sich an dem Kinderschutz-Netzwerk zu beteiligen, sich in die Versorgungsstruktur zu integrieren und die in den Vereinbarungen formulierten Strukturanforderungen zu erfüllen.

Die Ermächtigungs- und Institutsambulanz nach § 116 bzw. § 116b SGB V folgt der Regulatorik der vertragsärztlichen Versorgung in den kinder- und jugendmedizinischen Praxen. Hier besteht gemäß § 120 Abs. 1a SGB V bereits gegenwärtig ergänzend zur Abrechnung via EBM die Möglichkeit, fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen zu vereinbaren. Sofern die Leistungserbringung zur Gefährdungseinschätzung leistungsgerecht und kostendeckend über dem EBM abgebildet wird, wird die Bereitstellung ergänzender Abrechnungsoptionen für dieses Setting nicht als Voraussetzung für eine leitliniengerechte Versorgung erachtet.

In den Hochschulambulanzen der Kliniken werden Kinder und Jugendliche behandelt, die „wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“ (§ 117 Abs. 1 Punkt 2 SBG V). Dies kann die ressourcenaufwändige Versorgung von Kinderschutz-Verdachtsfällen einschließen, so dass diese kinderschutzbezogenen Leistungen bei der Kalkulation der Vergütungspauschale inkludiert werden sollten. Vor dem Hintergrund der in 2019 neu veröffentlichten Kinderschutzleitlinie sind Anpassungen des Versorgungsregimes von Kinderschutzverdachtsfällen in den Kliniken zu prüfen und ggf. umzusetzen. Dies kann – in Abhängigkeit vom bisherigen Engagement bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung - zu einer Veränderung der Kostenstruktur führen. Mit dem Ziel, den Hochschulkliniken eine kostendeckende Versorgung in diesem Setting zu gewährleisten, ist den Kliniken eine Neukalkulation der bisherigen Hochschulambulanzpauschale zu gewähren.

Alternativ stellt die explizite Abbildung von Kinderschutzfällen über eine Zusatzpauschale (zuzüglich zur bereinigten Hochschulambulanzpauschale) oder eine separate Kinderschutzpauschale (die alle Kosten zur Versorgung beinhaltet) eine mögliche Option dar, die beide eine explizite Abbildung kinderschutzbezogener Leistungen ermöglichen würde. Hierbei ließe sich

der krankenhausindividuelle Versorgungsschwerpunkt berücksichtigen und die in der gesundheitsökonomischen Evaluation erhobenen Ressourcenverbräuche könnten eine Orientierung geben.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Sozialpädiatrischen Zentren, die den Krankenhäusern angelagert sein können, beinhaltet in besonderer Weise die Detektion von Gefährdungslagen im Sinne des Kinderschutzes. So werden als Behandlungsschwerpunkte der SPZs beispielhaft Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch angeführt (8). Auch in diesem Setting gilt, dass sich (wie bei den Hochschulambulanzen ausgeführt) Änderungen bei der Versorgung in Folge der neuen Kinderschutzleitlinie ergeben können. Eine Berücksichtigung bei der Kalkulation der pauschalierten Abrechnung wäre sinnvoll, um den Anreiz zur leitliniengerechten Leistungserbringung zu setzen. Eine Anpassung der Vergütungspauschalen sollte daher entsprechend der Ausführung zu den Hochschulambulanz-Pauschalen ermöglicht werden.

Die im MeKidS.best-Projekt teilnehmenden kinder- und jugendmedizinischen Abteilungen der Krankenhäuser repräsentieren nicht die Krankenhäuser, die lediglich eine Basisversorgung anbieten. Mit Blick auf die flächendeckende Versorgung ist daher zu berücksichtigen, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser mit Blick auf die Angebotsbereitstellung (mit/ohne Ermächtigungs-/Institutsambulanz und/oder Hochschulambulanz und/oder SPZ) sehr individuell sein und die Kinderschutz-Fallzahlen in der Folge in den unterschiedlichen Settings ebenfalls beträchtlich differieren können. Daher böte das Bereithalten unterschiedlicher und krankenhausindividueller Abrechnungsoptionen eine Möglichkeit, diesem Umstand gerecht zu werden und krankhausindividuelle Anreize zur Leistungserbringung zu setzen.

Stationäre Versorgung in den Krankenhäusern

Seit dem Jahr 2013 besteht die Möglichkeit, die Kinderschutzleistungen im Sinne eines Leistungskomplexes über den OPS 1-945 abzubilden, in dem vorrangig die Gesprächsleistungen subsummiert sind. Die Analyse der Kostendaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zeigte bei Einführung des unbewerteten Zusatzentgeltes ZE2018-152 „Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ (ausgelöst durch den OPS 1-945), dass Hinweise auf höhere Kosten bei Kinderschutzfällen in den DRGs mit höheren Fallzahlen bestehen. Eine klare Kodezuordnung oder ein Leistungsbezug konnte nicht nachgewiesen werden, so dass eine Kalkulation eines Zusatzentgeltes nicht möglich war. (5) Dies deckt sich mit den Ergebnissen der gesundheitsökonomischen Evaluation, bei denen die Majorität der Ressourcenverbräuche auf Leistungen fallen, die nicht durch spezifische OPS-Codes abbildbar nicht sind. Die Kosteninhomogenität zeigte sich ebenso im Rahmen der gesundheitsökonomischen Untersuchungen des MeKidS.best-Projektes. Vor dem Hintergrund der beobachteten, differenten Aufwände bei den unterschiedlichen Case-Vignetten, stellt eine Differenzierung des Zusatzentgeltes in unterschiedliche ökonomische Fallschweren eine Möglichkeit einer leistungsgerechten Abrechnung entsprechend des krankenhausindividuellen Leistungsspektrums (insbesondere für Kliniken mit hohen Kinderschutz-Fallzahlen) dar.

Eine Hilfestellung für die Krankenhäuser bei der Kalkulation des/der Zusatzentgelte/s können die projektimmanente Erhebung der Ressourcenverbräuche bzw. der Inanspruchnahme darstellen. Durch die Möglichkeit, 600 € für die Leistungserbringung des Zusatzentgeltes in Rechnung zu stellen, sofern die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS erfüllt sind aber kein krankenhausindividuelles Entgelt vereinbart wurde, steht die Abrechnung des Zusatzentgeltes auch den Kliniken noch ohne Vereinbarung offen. Mit Einführung der Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst seit dem Jahr 2021, ist eine regelmäßige Überprüfung der

Vorhaltung eines multiprofessionellen Teams zur Abrechnung der Leistung Voraussetzung. Somit wird ein definiertes Maß an Strukturqualität als Bedingung für die Abrechnung definiert.

Ergänzende Leistungen von Zentren mit besonderer Expertise im medizinischen Kinderschutz

Ergänzend zu den im Rahmen des MeKidS.best-Projektes inkludierten und über die Ressourcenverbräuche erfassten Versorgungsangebote lassen sich Leistungserbringende ausmachen, die ergänzende, „besondere" Aufgaben übernehmen. Hierbei stellen ausgewählte Expert:innen bzw. Kinderschutz-Teams ihre Expertise zur Verfügung, um den versorgenden Leistungserbringenden (in den Kliniken und/oder Praxen) bei ihren Tätigkeiten insbesondere mit Informationen zur Seite zu stehen. Dabei handelt es sich vor allem um eine überörtliche und krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung, so dass eine Konkretisierung der besonderen Aufgaben im Sinne der Zentrums-Regelung gemäß § 136c Absatz 5 SGB V erwogen werden könnte. Entsprechende und hierfür festzulegende Qualitätsanforderungen könnten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für die Kinderschutz-Zentren definiert werden. In der Folge ließe sich die Leistungserbringung der zu benennenden Zentren über Zentrumszuschläge sachgerecht (über Vereinbarungen auf Ortsebene) abbilden.

Finanzierung

Vor dem Hintergrund steigender Zahlen stellt der Kinderschutz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Der Auftrag an die Jugendhilfe besteht darin, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (§ 1 Abs. 3 Punkt 4 SGB VIII). Dabei handelt es sich nach § 1666 BGB um eine Kindeswohlgefährdung, wenn „[…] das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet [ist] und […] die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage [sind], die Gefahr abzuwenden […]". Die Zuständigkeit, das Risiko für die Gefährdung des Kindeswohls einzuschätzen, liegt bei den Jugendämtern (§ 8 SGB VIII).

Ärzt:innen[1] sind nach § 4 KKG angehalten, das Risiko einer Kindeswohlgefährdung einzuschätzen und eine Mitteilung an das Jugendamt vorzunehmen, wenn sie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte erkennen. Ihnen wird damit eine wichtige Rolle bei der Detektion von Kinderschutzfällen zuteil. In diesem Kontext beschreibt die im Jahr 2019 veröffentlichte S3-Kinderschutzleitlinie das standardisierte Vorgehen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen (9). Hierbei stellt die gesetzlich verankerte, enge Kooperation unter anderem der Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie der Jugendhilfe ein zentrales Element dar (§ 3 KKG).

Bei den Modellierungen im Rahmen des MeKidS.best-Projektes wurden nur diejenigen Leistungen der medizinischen Einrichtungen berücksichtigt, die ausschließlich in Folge des Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung erbracht wurden. Leistungen, die in vergleichbarer Weise bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, bei denen keine Gefährdungseinschätzung erfolgt, werden bei den Überlegungen der Trägersystemzuweisung ausgenommen. Diese medizinischen Leistungen sind dem SGB V zugeordnet, die Übernahme der Behandlungskosten erfolgt durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen. Da es sich beim MeKidS.best-Projekt um ein vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projektes handelt, bleiben die Leistungen der Jugendhilfe (auch jene, die in Kooperation mit den medizinischen Leistungserbringenden erfolgen) ebenfalls unberücksichtigt. Diese Leistungen sind im Sozialgesetzbuch VIII verortet.

[1] Nebst weiteren Geheimnisträgern nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

Anhang 1: Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen

Bei der Diskussion um die Finanzierungsmodellierungen ist die grundsätzliche Finanzierungssystematik in den verschiedenen Versorgungssettings zu bedenken. So besteht bei der stationären Versorgung in den Krankenhäusern eine Duale Finanzierung, bei der die Gesetzlichen Krankenkassen die Betriebskosten übernehmen und die Länder für die Investitionskosten aufkommen (§ 4 KHG). Auch die projektbeteiligten Hochschulambulanzen unterliegen einer geteilten Finanzierungsverantwortung (§ 31b HG NRW). Die ambulante Versorgung in den Notfall- und Ermächtigungsambulanzen und den angegliederten SPZs der MeKidS.units sowie die Behandlung in den MeKidS.Praxen wird hingegen ausschließlich durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert (§ 120 SGB V, § 87 SGB V, (10)). Bei den Modellierungen wurde die grundsätzliche Finanzierungssystematik in den verschiedenen Settings zugrunde gelegt. Im Zuge der fallbezogenen Evaluation im MeKidS.best-Projekt wurden nur die Behandlungskosten erfasst, so dass diese entsprechend der Systematik bei den Überlegungen zur Finanzierung inkludiert wurden.

Die Behandlungsleistungen im Kontext des medizinischen Kinderschutzes, für die gegenwärtig Abrechnungsmöglichkeiten bestehen, werden als einziger Kostenträger von den GKVen vergütet und entsprechend durch diese finanziert. Hier ist eine Entlastung der Kostenträger anzustreben, da es sich um (versicherungsfremde) Leistungen handelt, die vorrangig dazu dienen, das Gefährdungsrisiko für die Kinder und Jugendlichen einzuschätzen (was dem Aufgabenbereich der Jugendhilfe zuzuordnen wäre). Hierbei sind insbesondere die kooperativen Leistungen aufzuführen, die zum Teil ohne Kontakt zwischen den Ärzt:innen und Patient:innen und/oder ihren Sorgeberechtigten stattfinden. Vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe im Zusammenhang des Kinderschutzes sieht Modell 1 der Finanzierungsmodellierungen daher einen Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds in Höhe der kooperativen Leistungserbringung vor. Als vorteilhaft wäre der geringe Eingriff ins System anzusehen, hierbei wäre auf eine dauerhafte (und nicht zeitlich befristete) Lösung hinzuarbeiten.

Eine weitere – leistungsgerechte - Finanzierungsmöglichkeit stellt die differenzierte Zuordnung der Versorgungsleistungen zu den Trägersystemen dar. Unter der Annahme der Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes würde die medizinische Leistungserbringung (auch der kinderschutzbezogenen Leistungen weiterhin) durch die GKV getragen werden. Die kooperativen Leistungen hingegen würden dem Trägersystem der Jugendhilfe zugewiesen. Zur Abbildung dieses Finanzierungsmodells wären einerseits Transferzahlungen zwischen Jugendhilfe und GKV und andererseits eine Direktvergütung der ausgewählten Leistungen durch die Jugendhilfe denkbar. Geeignete Vergütungsmodelle zur sachgerechten Abbildung der Leistungserbringung stellen dabei eine Voraussetzung dar.

Eine besondere Herausforderung ist jedoch in den Vergütungsverhandlungen bzw. den Verhandlungen zum Umfang der Transferzahlungen für die kooperativen Leistungen zu sehen. Eine Möglichkeit bestünde im Einbezug der Landesjugendämter in den ergänzten Bewertungsausschuss (EBM) sowie in Verhandlungen über die Höhe des Zusatzentgeltes für die kooperativen Leistungen zwischen den Landesjugendämtern und Landeskrankenhausgesellschaften. Voraussetzung hierfür wäre eine Änderung der sachlichen Zuständigkeit der Landesjugendämter (nach § 85 Abs. 2 SGB VIII). Hinsichtlich der Praktikabilität für die Leistungserbringenden ist die Transferzahlung der Direktabrechnung (der kooperativen Leistungen mit den Jugendämtern) vorzuziehen. Transferzahlungen sind hingegen kaum mehr im Sinne einer 1:1-Rückerstattung realisierbar. Hier wäre eine (kalkulatorische) Transferzahlung der Jugendhilfe in den Gesundheitsfonds denkbar. Die (getrennte) Verortung der Leistungen wäre dann sowohl im SGB V (für die medizinischen Leistungen) als auch im SGB VIII (für die kooperativen Leistungen) zu sehen.

Ein weiteres Finanzierungsmodell stellt die Komplexversorgung in Anlehnung an die Frühförderung nach § 46 SGB IX dar, in der medizinische wie heilpädagogische Leistungen als Leistungskomplex erbracht werden (Verortung im SGB VIII möglich). Über Landesrahmenvereinbarungen wird unter anderem die Abrechnung der Entgelte für die Komplexleistungen geregelt (§ 46 Abs. 4 Punkt 4 SGB IX). Über entsprechende Landesrahmenvereinbarungen ließe sich auch für die Komplexleistung Kinderschutz eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung von GKV und Jugendhilfe abbilden. Abweichend von der Leistungserbringung in der Frühförderung, bei der die Kostenübernahme im Vorfeld zu beantragen ist (siehe § 10 Abs. 1 (11)), müsste die Leistungserbringung im Kontext des Kinderschutzes jedoch antragsfrei sichergestellt werden.

Eine bundesweit einheitliche Regelung für eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung der Komplexleistung Kinderschutz ließe sich durch einen Zuschuss der Jugendhilfe am Gesundheitsfonds realisieren, der im Sinne einer Transferzahlung für die kooperativen Leistungsbestandteile entsprechende Aufwendungen der GKV ausgleichen würde.

Insgesamt lässt sich jedoch hinsichtlich der Bereitstellung von Versorgungsangeboten im Kontext des medizinischen Kinderschutzes anmerken, dass diese im Sinne der Daseinsvorsorge einzuordnen wäre. Allerdings stellt das Einrichten und Vorhalten einer Kinderschutzgruppe im stationären Setting ein finanzielles Risiko für die Kliniken dar, denn das Geld folgt aktuell vollumfänglich der Leistung. Auch vor dem Hintergrund der anstehenden Krankenhausreform ist (anders als in anderen Leistungsbereichen) keine Vorhaltung von Kinderschutzgruppen absehbar, da die Kinderschutzfälle in den Leistungsgruppen der Pädiatrie aufgehen. Daher wird in Anlehnung an das Vorhaltebudget eine verlässliche Finanzierung der Kinderschutzgruppen in den Kliniken (zur stationären und ambulanten Leistungserbringung) angeregt, um eine Planungssicherheit für die Kliniken zu schaffen und einen Anreiz zur Etablierung einer Kinderschutzgruppe (fallzahlunabhängig) zu setzen. Hier wäre ein Vorgehen ähnlich des Vorhaltebudgets der DRGs mit Übertrag auf das Zusatzentgelt denkbar: ein Teil der Summe, die für das Zusatzentgelt vereinbart wurde (entsprechend Summe aus vereinbartem Entgelt für das ZE x vereinbarter Menge), wird unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung ausgezahlt.

Ergänzend ließe sich die Vorhaltung für die Kinderschutzambulanzen mit besonderer Expertise durch eine bundesweite Förderung in Anlehnung an das Beispiel in NRW sicherstellen (12). Hierrüber wären Aufwendungen zur Bereitstellung von (qualifiziertem) Personal als auch Aufbau einer Infrastruktur / eines Netzwerkes abbildbar.

Limitierend ist zudem anzumerken, dass das MeKidS.best-Projekt lediglich den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Mitglieder fokussiert. Gesamtgesellschaftlich ist auch der Versichertenkollektiv der Privaten Krankenversicherungen (PKV) zu inkludieren. Auch privatversicherten Kindern und Jugendlichen sollten die Leistungen für den medizinischen Kinderschutz offenstehen. Darüber hinaus sind auch die Besonderheiten der PKV hinsichtlich der Finanzierung des medizinischen Kinderschutzes perspektivisch zu berücksichtigen.

Literatur

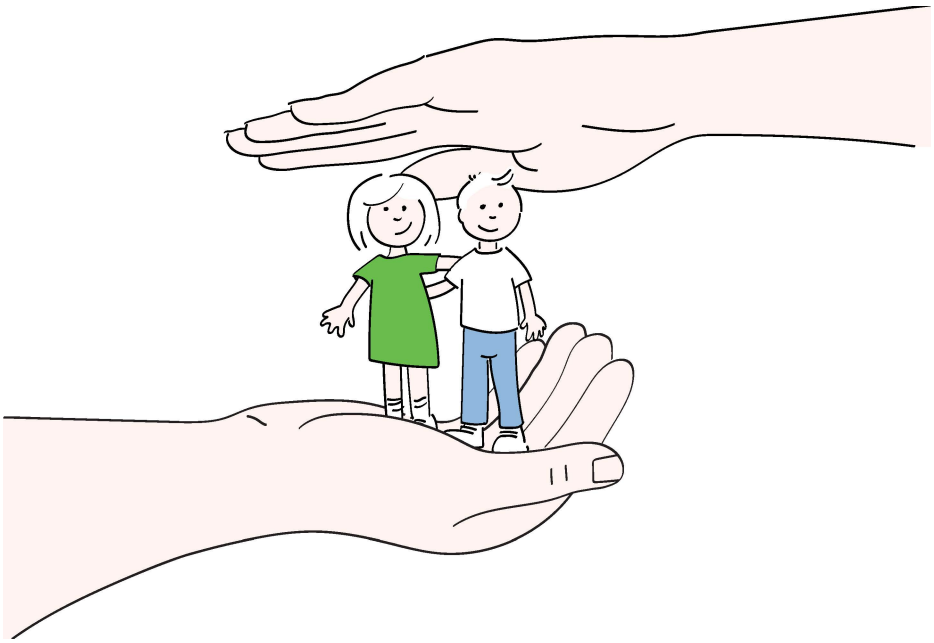
1. Walendzik A, Wasem J. Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen: Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Berlin; 2019.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf – KSVPsych-RL. in der Fassung vom 2. September 2021. BAnz 17.12.2021 B3; 2021; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung zur Umsetzung des Regelungsauftrages nach § 92 Absatz 6b SGB V und Folgeänderungen. Berlin; 2022; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5316/2022-03-03_Beauftragung_und_Erweiterung_UA_PT.pdf
4. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf vom 21. März 2024. Berlin. 2024; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/beschluesse/6527/
5. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018 Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Siegburg. 2018.
6. Bewertungsausschuss. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 702. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2024. 2024; verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2024-01-01_BA_702_BeeG_Fallkonferenz_KiJu.pdf
7. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (o.J.). Kooperationsvereinbarung über die Zusammenarbeit von Vertragsärzten/Psychotherapeuten und Jugendämtern für eine verbesserte Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Kindeswohlgefährdung auf Grundlage des § 73c SGB V : https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/recht-vertraege_pdfs/Vereinbarung_KiJu-Schutz_09052023.pdf
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020). Sozialpädiatrische Zentren. https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/foerdern-unterstuetzen/sozialpaediatrische-zentren-spz/
9. AWMF Leitlinienregister. S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069
10. Wurst C, Kretschmar C (2023) Rechtliche Klarstellung bei Investitionen in Sozialpädiatrischen Zentren. Kinderärztliche Praxis. https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/wer-ist-zustaendig-rechtliche-klarstellung-bei-investitionen-in-sozialpaediatrische-zentren-2488593
11. Landschaftsverband Rheinland und Westfalen Lippe (2016). Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gemäß § 46 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung (FrühV). https://www.bthg.lvr.de/de/kinder_jugendliche/fachleute/landesrahmenvereinbarung-zur-interdisziplinaren-fruhforderung/
12. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (o.J.). Kinderschutz: Gesundheitswesen spielt wichtige Rolle. https://www.mags.nrw/kinderschutz

Anlage 1: MeKidS.best Handbuch

MeKidS best

Medizinischer Kinderschutz

Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen



Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Empfehlungen aus dem Innovationsfondsprojekt MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet

Hinweis zur digitalen Version:
Um die Nutzung dieser digitalen Version zu erleichtern, sind alle Kapitel mit Lesezeichen verankert. Diese müssen im Acrobat-Reader auf der linken Seite ausgeklappt werden.
Die Verweise aus dem Inhaltsverzeichnis und auch die Verweise auf die Handlungsleitfäden sind ebenfalls verlinkt (der Mauszeiger verändert sich, wenn Sie über den Link gehen).
Die Verweise auf Internetseiten können Sie ebenfalls direkt anklicken.

HANDBUCH FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG VON MEDIZINISCHEM KINDERSCHUTZ IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

Empfehlungen aus dem Innovationsfondsprojekt MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet

Herausgegeben von
MedEcon Ruhr
Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

Anmerkung zur Autorenschaft: Die Inhalte des Handbuchs wurden unter Mitwirkungen des gesamten MeKidS.best-Konsortiums unter Federführung von Frauke Schwier, Johannes Neumann, Dr. Laura Hörster, Inja Klinksiek und Berit Schoppen zusammengetragen.

AUTOR:INNEN

Christian Ahuis[14], Beate Behm[4], Gwendolin Behnke[13], Dr. med. Nikola Blase[19], Sandra Borgers[14], Bettina Bösing[13], Berit Brose[7], Dr. med. Tanja Brüning[21], Dr. med. Sabine Cagnoli[13], Sandra Diekmann[9], Dr. rer. medic. Tobias Falke[15], Dr. med. Thomas Fischbach[3], Dr. med. Britta Gahr[20], Dr. med. Kristina Gärtner[8], Prof. Dr. sc. hum. Peter Haas[11], Dr. rer. medic. Antje Hammer[3], Phillip Hendrik Höhne[1], Ann Katrin Hoischen[21], Dr. rer. pol. Laura Hörster[15], Dr. med. Marcel Jühling[20], Jennifer Kahl[21], David Kierspel[10], Dr. rer. nat. Sarah Klein-Radukic[12], Lara Kleinschmidt[19], Inja Klinksiek[15], Dr. med. Tülin Knipp[12], Eleni Kousia[17], Lisa Kurylowicz[6], Dr. med. Kathrin Leitsch[16], Janis Liedmann[11], Sarah Lienesch[14], Christopher Lindow[8], Prof. Dr. med. Thomas Lücke[18], Dr. med. Olivier Mboma[13], Dr. med. Felicitas Mohr[10], Dr. med. Nele Naboreit[17], Dr. med. Monica Naujoks[3], Johannes Neumann[6], Dr. PH Silke Neusser[9], Mareen Nörtemann[8], Dr. med. Joachim Opp[10], Prof. Dr. rer. medic. Thomas Ostermann[16], Prof. Dr. med. Michael Paulussen[16], Leon Philipp[12], Felix Plescher[19], Matthias Preuße[13], Dr. rer. nat. Simone Radtke[5], Dr. med. Stefan Renz[3], Dr. med. Elisabeth Resch[18], Sarah Schlierenkamp[9], Dr. med. Christiane Schmidt-Blecher[2], Prof. Dr. med. Dominik T. Schneider[14], Dr. med. Linda Schonger[14], Berit Schoppen[15], Frank Schult[13], Johanna Schweer[18], Frauke Schwier[6], Hanna Sohlbach[21], Meike Stiene[15], Dr. med. Anja Wasmuth[16], Magnus Welz[5], Dr. med. Andreas Wemhöner[17]

1 AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse; 2 Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH; 3 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.; 4 DAK-Gesundheit; 5 DATATREE AG; 6 Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin; 7 Die Techniker; 8 Elisabeth-Krankenhaus Essen; 9 Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH; 10 Evangelisches Krankenhaus Oberhausen; 11 Fachhochschule Dortmund; 12 Helios Klinikum Duisburg; 13 Helios Universitätsklinikum Wuppertal; 14 Klinikum Dortmund gGmbH, Westfälisches Kinderzentrum; 15 MedEcon Ruhr; 16 Universität Witten/Herdecke; 17 Marien Hospital Witten, St. Elisabeth Gruppe GmbH; 18 St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH; 19 Universität Duisburg-Essen; 20 Universitätsklinikum Düsseldorf; 21 Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Mit fachlicher Unterstützung der LVR- (Sandra Eschweiler) und LWL- (Dr. Monika Weber) Landesjugendämter.

INHALTSVERZEICHNIS

Begleitworte 9
Vorwort 15

1 Einleitung 16

2 Kinderschutz und Medizinischer Kinderschutz 17

3 Potenziale und Restriktionen von medizinischem Kinderschutz in Deutschland 19

3.1 Die Entstehung von medizinischem Kinderschutz 19

3.2 Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie – Orientierung im medizinischen Kinderschutz 19

3.3 Bedingungen des medizinischen Kinderschutzes in Deutschland 20

3.3.1 Verantwortungsübernahme durch Gesundheitseinrichtungen 20

3.3.2 Finanzierung des medizinischen Beitrags im Kinderschutz 21

4 Das Innovationsfondsprojekt MeKidS.best – Pilot in Umsetzung und Implementierung der Leitlinienstandards 23

4.1 Standardisierter Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen 23

4.2 Zielgruppe des neuen Versorgungsangebots 24

4.3 Begleitende Evaluation für Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit 24

4.4 Das Projektkonsortium von MeKidS.best 25

5 Gegenstand der Implementierung im medizinischen Kinderschutz 27

5.1 Implementierungsgegenstand auf Verfahrensebene: Einschätzung des Gefährdungsrisikos 27

5.1.1 § 4 KKG als grundlegende Maßgabe für den medizinischen Kinderschutz 29

5.1.2 Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte 31

5.1.3 Versorgungsabläufe im medizinischen Kinderschutz 34

5.1.4 Instrumente der Verfahrensimplementierung 39

5.2 Implementierungsgegenstand auf Strukturebene: Personalstrukturen, Infrastrukturen und Netzwerkstrukturen 40

5.2.1 Personelle Zielsetzungen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz 41

5.2.2 Infrastrukturelle Zielsetzungen als Voraussetzung für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz 42

5.2.3 Netzwerkwerkstrukturen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz 42

5.2.4 Instrumente der Strukturimplementierung 43

6 Implementierungsprozesse in den gesundheitsversorgenden Einrichtungen 44
6.1 Schritte des Implementierungsprozesses 44
6.2 Ziele des Implementierungsprozesses 44
6.3 Implementierungsprozess von medizinischem Kinderschutz entlang der Implementierungsschritte 46
7 Medizinischer Kinderschutz in der Perspektive 51
8 Weiterführende Links und Literatur 52
9 Verzeichnisse 54
Literaturverzeichnis
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis
10 Anhänge
Handlungsleitfäden
01. HLF Gefährdungsrisiko (Kliniken) 57
02. HLF Gefährdungsrisiko (Praxen) 63
03. HLF Gesprächsführung (Kliniken + Praxen) 67
04. HLF Dokumentation Patienteninfos (Kliniken) 77
05. HLF Dokumentation Patienteninfos (Praxen) 83
06. HLF Fotodokumentation (Kliniken + Praxen) 87
07. HLF Akuter sexueller Übergriff (Kliniken) 93
08. HLF Sexuelle Gewalt (Praxen) 107
09. HLF Kinderschutzbrief (Kliniken) 115
10. HLF Weitergabe Patienteninfos (Kliniken + Praxen) 119
11. HLF Rechtsmedizin (Kliniken) 123
12. HLF Polizei (Kliniken) 127
13. HLF Ärztliche Stellungnahme (Kliniken + Praxen) 131
14. HLF Sachverständige Zeug:innen (Kliniken) 135
Vorlage
VL Meldebogen (Kliniken + Praxen) 137
Checklisten
CL I Struktur (Kliniken) 139
CL II Struktur (Praxen) 145

Begleitwort des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Kinder brauchen ohne Wenn und Aber den Schutz der Gesellschaft und des Staates. Alle gesellschaftlichen Bereiche müsse ihre Kräfte mobilisieren und sich bestmöglich vernetzen, um Kinder und Jugendliche vor jeglicher Form von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung zu schützen. Die Akteure des Gesundheitswesens leisten dazu einen unverzichtbaren Beitrag.

Aber es braucht auch im Gesundheitswesen die richtigen Strukturen, damit Kindern und Jugendlichen schnell und wirksam geholfen werden kann. Mit dem Aufbau des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen (KKG NRW), der finanziellen Unterstützung der Kinderschutzambulanzen in Nordrhein-Westfalen und der rechtlichen Absicherung des interkollegialen Ärzteaustauschs bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konnten wir bereits einige wichtige Aspekte im Bereich des medizinischen Kinderschutzes auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen umsetzen.

Das Projekt MeKidS.best nimmt weitere zentrale Aspekte des medizinischen Kinderschutzes in den Blick: Die Rolle des medizinischen Kinderschutzes als Partner der Jugendhilfe. Die Entwicklung und Erprobung von Standards für notwendige Prozesse und Strukturen. Und die Erarbeitung von Modellen zur möglichst kostendeckenden Finanzierung der Leistungen, die im medizinischen Kinderschutz erbracht werden.

Das nun vorliegende Handbuch dokumentiert die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes MeKidS.best und soll mit den erarbeiteten Handlungsleitfäden den Gesundheitseinrichtungen als Unterstützung bei der Implementierung von medizinischem Kinderschutz dienen.
Ich wünsche mir, dass von diesem Handbuch zusätzliche gute Impulse für einen starken medizinischen Kinderschutz im Gesundheitswesen ausgehen.

Karl-Josef Laumann
Düssedorf, August 2023

Begleitwort des Staatssekretärs im Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen,
Lorenz Bahr

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen

Die in den letzten Jahren bekannt gewordenen tragischen Fälle von wiederholter und systematischer sexualisierter Gewalt gegen Kinder in Nordrhein-Westfalen haben die Notwendigkeit eines effektiven Kinderschutzes über die engen Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe hinaus deutlich gemacht.

Längst ist klargeworden, dass es in der Zuständigkeit aller Institutionen und Fachkräfte, die beruflich mit Kindern arbeiten, liegt, für den Schutz von Kindern zu sorgen. Das Zusammenspiel insbesondere zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ist unter anderem entscheidend, um eine umfassende, frühzeitige und effektive Unterstützung von Kindern in gefährdeten Situationen zu gewährleisten. Nur durch eine enge Zusammenarbeit und Koordination in gemeinsamer Verantwortung kann sichergestellt werden, dass Kinder bestmöglich vor Gefahren geschützt werden und ihnen eine gesunde und sichere Entwicklung ermöglicht wird.

Als Staatssekretär des Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfahlen bin ich überzeugt, dass das Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen (Landeskinderschutzgesetz NRW) einen guten rechtlichen Rahmen bietet, der einen effektiven Kinderschutz ermöglicht. Dieses Gesetz - darauf haben sich alle demokratischen Fraktionen im Landtag NRW verständigt - soll kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Mit und durch das Gesetz wird u.a. die Sicherung hoher fachlicher Standards und einem verbesserten Austausch insbesondere zwischen den Akteurinnen und Akteuren des interdisziplinären Kinderschutzes gewährleistet.

Nicht ohne Grund sind Ärztinnen und Ärzte explizit im Prozess des Zusammenwirkens mehrerer Fachkräfte bei einer Gefährdungseinschätzung in den Mindeststandards benannt und finden sich unter den Berufsgruppen der durch die Jugendämter einzurichtenden Netzwerke Kinderschutz wieder. Denn die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ist von wesentlicher Bedeutung, um Kinder effektiv vor Gefahren zu schützen und sicherzustellen, dass sie die bestmögliche Unterstützung und Versorgung erhalten, wenn ihre Sicherheit und ihr Wohlergehen gefährdet sind.

Deshalb ist bei einer Weiterentwicklung landesgesetzlicher und bundesgesetzlicher Vorgaben zu prüfen, wie der rechtskreisübergreifende Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung besser verankert werden kann. Insofern ist zu prüfen, wie der medizinische Kinderschutz in den entsprechenden Gesetzen konkreter gefasst werden kann.

Denn Kinderschutz ist und bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Lorenz Bahr,
Düsseldorf, August 2023

Begleitwort des Vorsitzenden der Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin,
Bernd Herrmann

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

Medizinischer Kinderschutz hat sich in den letzten anderthalb Jahrzehnten von einem Nischenthema zu einem eigenen, fundierten, differenzierten und inzwischen gut etablierten und den kindermedizinischen Fachgesellschaften breit akzeptierten medizinischen Fachgebiet entwickelt. Es zielt darauf ab von Gewalt und Vernachlässigung betroffene Kinder und Jugendliche mit hoher medizinischer Expertise zu versorgen. Aufgrund der oft lebenslangen Auswirkungen erfordert dies Aufmerksamkeit, evidenzbasierte fachliche Kenntnisse, rationale Diagnostik und Differenzialdiagnosen entsprechend aktueller Fachliteratur und der AWMF S3+ Leitlinie. Neben individuellem Engagement und qualitativ guter Aus- und Weiterbildung wird die Umsetzung jedoch erst durch ein strukturiertes, fachgerechtes Vorgehen der Verdachtsabklärung in Kliniken und Praxen möglich. Dazu braucht es Kompetenzen in der Erfassung und Beurteilung von familiären Risiken und Ressourcen, Rechtssicherheit und die Bereitschaft zu multiprofessionellem Handeln.

Während sich auf dieser Grundlage nahezu 200 Kinderschutzgruppen in deutschen Kliniken gegründet haben, wird dennoch das Potenzial des medizinischen Beitrags im Kinderschutz bei Weitem noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Derzeit bestehende Strukturen bauen auf einrichtungsspezifischem und persönlichem Engagement auf, kaum aber auf strukturierten Prozessen und Standards, auf die flächendeckend verlässlich zurückgegriffen werden kann. Das Positionspapier der DGKiM und der angeschlossenen Fachgesellschaft inklusive des Deutschen Ärztetages fordern, diese Versorgungslücke zu schließen und medizinischen Kinderschutz zu einem Bestandteil der Regelversorgung im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

Und hier setzte das mit dem G-BA Innovationsfonds geförderte Projekt MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet an. In vorbildlicher Weise wurden exemplarisch in ausgewählten Kliniken und Praxen in guter Kooperation mit den jeweiligen Jugendämtern die oben genannten und geforderten Strukturen umgesetzt und in der Praxis erprobt. An diesem hervorragenden Modell und seiner bundesweiten Implementierung führt kein Weg vorbei, wollen sich politische Entscheidungsträger:innen und die Spitzenverbände im Gesundheitswesen am Anspruch messen lassen, misshandelten Kindern und Jugendlichen tatsächlich zu helfen und individuelles Leid und gesellschaftliche Fehlentwicklungen zu lindern.

Den beteiligten Akteur:innen von MedEcon Ruhr, der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen, aber insbesondere den Prakter:innen vor Ort ist für ihr großes Engagement und Einsatz sehr zu danken. Dem Projekt wünsche ich Vorbildcharakter und bundesweite Verbreitung.

Dr. med. Bernd Herrmann
Kassel, August 2023

VORWORT

Schon früh wurde den Partnern in MeKidS.best deutlich, dass die Rahmenbedingungen für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz im Ruhrgebiet durch das Innovationsfondsprojekt privilegiert und damit für eine deutschlandweite Umsetzung nur bedingt repräsentativ sind. Eine maßgebliche Besonderheit wurde dabei in der Bereitstellung von für den Kinderschutz benötigtem zusätzlichem Personal in den Kinder- und Jugendkliniken gesehen, durch die es ermöglicht wurde, Ressourcen in den Aufbau von Strukturen sowie von Netzwerken zu investieren. Als eine weitere Besonderheit wurde aber auch die kontinuierliche organisatorische sowie fachliche Unterstützung identifiziert, durch die es möglich war, mit 9 Kinder- und Jugendkliniken sowie 15 pädiatrischen Praxen und 20 Jugendämtern gemeinsam an der Übersetzung der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie in standardisierte und flächendeckend einheitliche Instrumente zu arbeiten.

Hieraus entstand die Motivation, Instrumente für die Übertragung der Erkenntnisse aus dem Projekt in weitere Institutionen und Regionen zu erarbeiten, damit auch dort Vernachlässigung, Misshandlung und sexuelle Gewalt bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt und fachgerecht versorgt werden kann. So kann und soll das Potenzial des medizinischen Kinderschutzes genutzt werden und die Mitarbeiter:innen in medizinischen Einrichtungen sollen anhand von Strukturen und standardisierten Verfahrensweisen für diese Aufgaben gestärkt werden. Gleichzeitig können medizinische Einrichtungen auf diesem Weg auch der Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA in relevanten Teilen gerecht werden, dessen Ziel es ist, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, sie zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern.

Die Erstellung des Handbuchs basiert in weiten Teilen auf den Ergebnissen der Arbeitsgruppen der pädiatrischen Praxen sowie der Kinder- und Jugendkliniken im Projekt MeKidS.best, denen unser gesonderter Dank gilt. Gleichzeitig gilt unser Dank dem gesamten MeKidS.best Konsortium und seinen Kooperationspartnern, mit deren Hilfe die Umsetzung des medizini-schen Kinderschutzes im Projekt immer wieder auf den Prüfstand gestellt und optimiert wurde. Ihre Erfahrungen und ihre Bereitschaft, Abläufe und Strukturen in ihren Institutionen zu verändern und sich aktiv mit der Thematik Kinderschutz auseinanderzusetzen, bilden die Grundlage für dieses Handbuch. Wir danken zudem allwen, die bereit sind, Strukturen und Abläufe in medizinischen Einrichtungen für den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu implementieren und wünschen allen Leser:innen eine erkenntnisreiche Befassung mit der Thematik.

Frauke Schwier
Koblenz/Bochum, August 2023

Berit Schoppen

1. EINLEITUNG

Das Projekt MeKidS.best bot für pädiatrische Praxen und Kinder- und Jugendkliniken im Ruhrgebiet die Möglichkeit, die umfangreichen Anforderungen an den medizinischen Kinderschutz, die in der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie festgehalten wurden, in praktische Standards zu gießen, um diese in der Region zu erproben. Hierzu haben die gesundheitsversorgenden Einrichtungen gemeinsam mit den weiteren Konsortialpartnern aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Wissenschaft und der verbandlichen und fachgesellschaftlichen Organisation 16 Monate nutzen können, in denen zunächst ein gemeinsames Verständnis dafür geschaffen wurde, welche Leistungen aus der Gesundheitsversorgung heraus für einen gelingenden und kooperativen Kinderschutz erbracht werden können. Es wurde auch ein gemeinsames Verständnis für die zugehörigen Anforderungen an die strukturellen sowie die verfahrensbezogenen Voraussetzungen geschaffen, derer es bedarf, um einen solchen Kinderschutz mit Leben zu füllen. Mitarbeiter:innen in Krankenhäusern und pädiatrischen Praxen müssen für die Wahrnehmung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung sensibilisiert werden. Im Weiteren erfordert es Handlungssicherheit, den eigentlichen Abklärungsprozess bei einem aufkommenden Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie das Agieren bei einer etwaig notwendigen Intervention und Überleitung in weiterführende Hilfesysteme wie der Jugendhilfe zu initiieren.

Hierfür konnten in MeKidS.best unter der fachlichen Anleitung der *Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)* Instrumente entwickelt werden, mit deren Hilfe die notwendigen Standards in den Einrichtungen implementiert wurden. Die zwei Jahre der Erprobung wurden genutzt, um diese Instrumente nicht nur zu testen, sondern im gemeinschaftlichen Diskurs kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Auch nach der Projektlaufzeit wird dieser kontinuierliche Implementierungsprozess fortgesetzt, da es einer immer wiederkehrenden Überprüfung der Standards, ihrer Qualität sowie der Qualität ihrer Umsetzung bedarf.

Mit diesem Handbuch möchte das Konsortium von MeKidS.best alle interessierten Institutionen und Personen, die sich mit medizinischem Kinderschutz befassen möchten, an den Erkenntnissen und Ergebnissen der umfangreichen Implementierungsprozesse des Projekts teilhaben lassen. Aus dem Projekt heraus wurden Instrumente in Form von Checklisten, Ablaufschemata und Handlungsleitfäden entwickelt, mit deren Hilfe die Versorgung im medizinischen Kinderschutz abgebildet wird und die bei der Implementierung von Standards Unterstützung bieten. Dabei sind die einzelnen Instrumente – insbesondere die Handlungsleitfäden – in ihrem Gegenstand, in ihrer Tiefe und ihrer Darstellung z.T. sehr unterschiedlich, wodurch der Vielzahl der Aspekte im medizinischen Kinderschutz Rechnung getragen wird.

2. KINDERSCHUTZ UND MEDIZINISCHER KINDERSCHUTZ

Kinderschutz

Der Begriff des Kinderschutzes ist zunächst maßgeblich aus dem Wirkungsbereich der Jugendhilfe geprägt. Entsprechend dem umfassenden Verständnis des *Gesetzes zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes* vom 20. November 1989 bedeutet Kinderschutz die Verhinderung des Eingreifens in die dort definierten kindesbezogenen Rechte, mit besonderem Blick auf das Recht auf Leben, Identität und Entwicklung. Insofern ist Kinderschutz sowohl interventionell als auch präventiv zu verstehen.

Das primäre Recht sowie die primäre Pflicht zur Sicherstellung des Kindeswohls obliegt den Erziehungsberechtigten. Das Wächteramt über das Wohl des Kindes – also die schlussendliche Aufsicht darüber, dass von allen anderen zuständigen Personen und Institutionen der Schutz des Kindeswohls in ausreichendem Maße gewährleistet wird – obliegt dem jeweils zuständigen Jugendamt und ist über den § 8a SGB VIII *Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung* definiert. Nichtsdestoweniger ist Kinderschutz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der alle Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen betraut sind, unabhängig von ihrer Rechtsform oder Trägerschaft, sowie alle Privatpersonen verpflichtet sind (Landeskinderschutzgesetz NRW 2022).

Medizinischer Kinderschutz

Berufsgruppen im Gesundheitswesen können in vielfältiger Form mit Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert sein. Dies betrifft sowohl unterschiedliche medizinische Disziplinen (Kinder- und Jugendärzt:innen, Kinderchirurg:innen, Rechtsmediziner:innen, etc.), unterschiedliche Professionen (Pflegekräfte, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, etc.) unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte (Klinik, Praxis, Institute, öffentlicher Gesundheitsdienst, etc.) sowie die Schnittstelle zum nichtmedizinischen, multiprofessionellen Kinderschutz. Der medizinische Kinderschutz beinhaltet mit der Diagnostik, Intervention, Prävention und der Partizipation an den Frühen Hilfen verschiedene Bausteine, die ihrerseits wiederum Eingang in die wissenschaftliche Forschung, Lehre und Weiterbildung finden müssen. Für all diese Bereiche hat sich mittlerweile der Oberbegriff des „medizinischen Kinderschutzes“ oder des „Kinderschutzes in der Medizin“ etabliert. Dieser ist somit nicht einer einzelnen Berufsgruppe oder Institutionsform zuzuordnen und hat sich in der letzten Dekade als neues, komplexes, herausforderndes und über die Pädiatrie hinausgehendes Fachgebiet etabliert (Herrmann et al. 2016a).

Erziehungsberechtigte:
Die Erziehungsberechtigung ist über das Grundgesetz (Artikel 6) geregelt. In der Regel steht den Eltern eines Kindes bzw. Jugendlichen die Erziehungsberechtigung zu. Sollte das Wohl in der Familie – bei den Eltern – gefährdet sein oder die Erziehungsberechtigten versagen, so kann die Personensorge auch von Dritten übernommen werden (z.B. Vormund). Mit Vorstellung eines Kindes bzw. Jugendlichen zur medizinischen Abklärung bzw. einer etwaigen Abklärung eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung ist auch immer die Frage nach der Erziehungsberechtigung zu klären und die Einbindung zu prüfen.

Kindeswohlgefährdung

Kinderschutz ist immer dort angezeigt, wo eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt, beginnt aber bereits mit dem Verdacht auf eine solche Gefährdung. Der Begriff der *Kindeswohlgefährdung* ist über den § 1666 BGB sowie über den § 8 SGB VIII juristisch belegt. Definiert wurde er mit einem Urteil des Bundesgerichtshofs im Jahre 1956 und ist im Nachgang in verschiedenen Beschlüssen folgendermaßen zitiert:

> *„Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 Abs. 1 BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt.“* (BGH 23.11.2016 - XII ZB 149/16)

Kindeswohlgefährdung kann mit der (körperlichen oder seelischen) Misshandlung, sexualisierter Gewalt oder der Vernachlässigung verschiedene Ausprägung haben, die ihrerseits das Wohl des Kindes auf unterschiedliche Weise beeinträchtigen oder akut gefährden können. Möglich sind auch Kombinationen dieser Formen.

3. POTENZIALE UND RESTRIKTIONEN VON MEDIZINISCHEM KINDERSCHUTZ IN DEUTSCHLAND

3.1 Die Entstehung von medizinischem Kinderschutz

Historisch gesehen können erste Ansätze und damit die Wurzel des medizinischen Kinderschutzes bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden. Bereits in den 1860er-Jahren publizierte der französische Professor der Rechtsmedizin Auguste Ambroise Tardieu Beobachtungen zu Kindesmisshandlungen und -missbrauch (Tardieu 2008). Im 20. Jahrhundert wurde im Jahr 1946 durch den New Yorker Kinderradiologen John Caffey erstmals die Assoziation multipler Frakturen mit subduralen Hämatomen beschrieben (Caffey 1946). Eine allgemeinere Begrifflichkeit, die im weiteren Verlauf kontrovers diskutiert und zur heutigen Zeit als Begriff keine Berücksichtigung mehr findet, führte im Jahr 1961 der in Deutschland geborene Pädiater C. Henry Kempe mit dem „battered child syndrome“ ein (Kempe et al. 1962). Es war dann ebenfalls Kempe der gemeinsam mit Ray E. Helfer kurz darauf das erste medizinische Lehrbuch zu dieser Thematik herausbrachte. In den 1980er-Jahren wurden dann erstmals in Publikationen das Schütteltrauma „whiplash shaken infant syndrome“ (Caffey 1972) und Münchhausen-by-proxy-Syndrom „Munchausen syndrome by proxy“ (Meadow 1977) als eine Variante der Kindesmisshandlung beschrieben. (Schwier et al. 2019)

Eine intensivere und zusammenhängende Auseinandersetzung mit medizinischem Kinderschutz setzte in Deutschland erst 2003 mit den Kasseler Fortbildungen ein, die regelmäßig mit einer multiprofessionellen Ausrichtung stattfanden und weiterhin auch stattfinden. Gefolgt von der Veröffentlichung der S2-Leitlinie *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (Herrmann et al. 2016a) und einem ersten deutschen medizinischen Fachbuch zu dem Thema, rückt der medizinische Kinderschutz zunehmend in das Licht der (Fach-)Öffentlichkeit. Im Jahr 2008 wird schließlich die *Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin*, die ab 2016 als *Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin* bekannt ist, gegründet (www.dgkim.de). Gemeinsam mit der *Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* erarbeitet die DGKiM im Jahr 2010 Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken und setzt nicht zuletzt mit der in 2019 veröffentlichten interdisziplinären AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie wesentliche und richtungsweisenden Impulse.

3.2 Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie – Orientierung im medizinischen Kinderschutz

Seine fachliche Etablierung fand der medizinische Kinderschutz in Deutschland mit der AWMF S3+ Leitlinie *Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik* (Kinderschutzleitlinienbüro 2019), die mit Unterstützung des *Bundesministeriums für Gesundheit* erstellt und im Februar 2019 veröffentlicht wurde. Ihre Erstellung erfolgte unter Mitwirkung von 82 Fachgesellschaften aus den verschiedenen mit dem (medizinischen) Kinderschutz befassten Bereichen – allen voran dem Gesundheitswesen, aber auch der Jugendhilfe und dem Bildungsbereich – unter der Federführung der *Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)*.

> *„Ein Ziel der Leitlinie ist es, Anhaltspunkte wie eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch zu objektivieren, die Prognose im Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu erstellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln“* (Kinderschutzleitlinienbüro 2019).

Die Leitlinie beschreibt insbesondere

- Hinweise zur Erkennung von Hilfe- oder Unterstützungsbedarfen von Kindern bzw. Jugendlichen,
- diagnostische Methoden zur Abklärung dieser Hinweise,
- Möglichkeiten zur partizipativen Einbindung der Kinder bzw. Jugendlichen in den Abklärungsprozess und
- die kooperative Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren des Kinderschutzes aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe.

Als einen wichtigen Baustein des medizinischen Kinderschutzes, der unabhängig von einzelnen Kinderschutzfällen und den einzelnen Abklärungsprozessen von der Kinderschutzleitlinie hervorgehoben wird, ist die Notwendigkeit von Kooperations- und Netzwerkbeziehungen auf systemischer Ebene als unerlässliche Voraussetzung für die Umsetzung von Maßnahmen des medizinischen Kinderschutzes.

Als Ziel und Auftrag in der Gesundheitsversorgung von Minderjährigen mit Hinweisen auf eine Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder -missbrauch wird in diesem Handbuch eine leitliniengerechte Versorgung vorausgesetzt. Auf diese Versorgung beziehen sich auch die zu implementierenden Standards.

3.3 Bedingungen des medizinischen Kinderschutzes in Deutschland

3.3.1 Verantwortungsübernahme durch Gesundheitseinrichtungen

Die Auswirkungen von körperlicher und psychischer Misshandlung, sexueller Gewalt und Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen machen deutlich, dass Kinderschutz in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen muss. Im Kinderschutz kommt insbesondere der Medizin eine zunehmende Bedeutung zu. Denn nur wenn es gelingt, Verdachtsmomente zeitnah und effizient auszuräumen bzw. einen Verdacht rechtssicher begründet zu bestätigen, können Familien passgenau unterstützt werden.

Ebenso müssen die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen adäquat behandelt und nachbetreut werden. Nicht detektierte oder nicht durch die Hilfesysteme aufgefangene Fälle von Kindeswohlgefährdung ziehen dagegen weitreichende Folgen nach sich, die mit der individuellen Kindesentwicklung sowie mit gesellschaftlichen Folgekosten zusammenhängen.

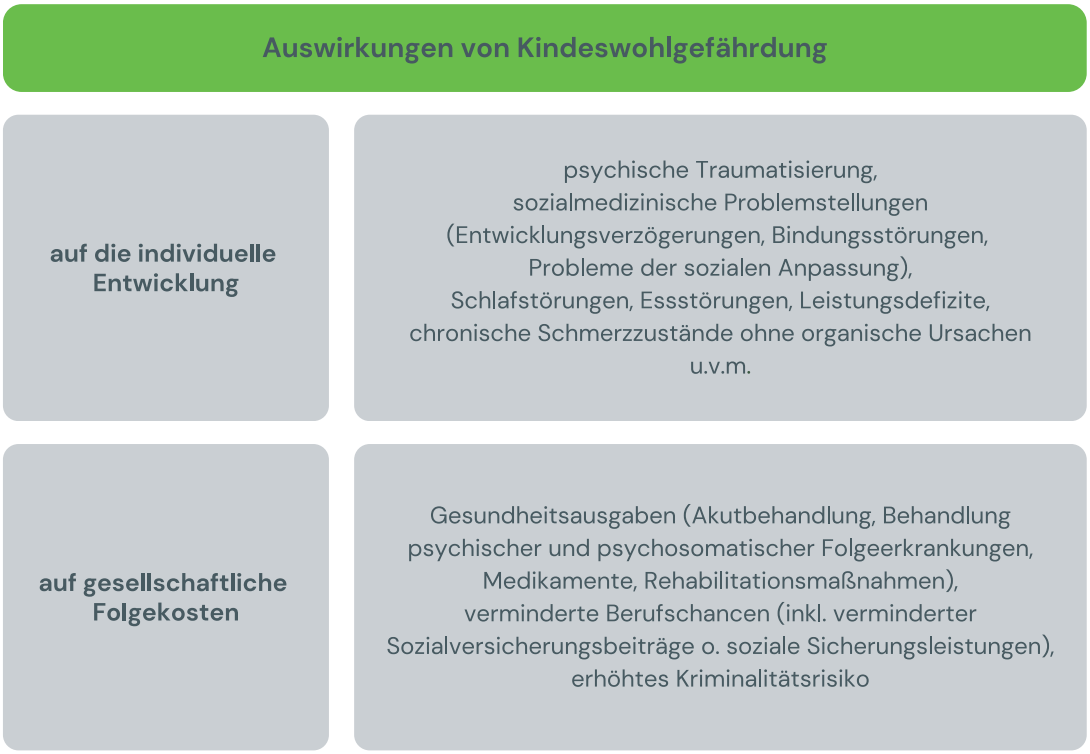


Abbildung 1: Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen (eigene Darstellung)

Zwar ist eine Einbindung der medizinischen Diagnostik, Befundung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos in die Prozesse der entsprechenden Gefährdungseinschätzung der Jugendämter vorgesehen, kann aber nicht systematisch erfolgen. Dies hängt vor allem mit den fehlenden Strukturen für einen einheitlichen und flächendeckenden kooperativen Kinderschutz in der Medizin zusammen.
Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen können in ihren verschiedenen institutionellen Kontexten (Kliniken, Praxen, Instituten, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, etc.) in vielfältiger Form mit Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert sein. Der medizinische Beitrag zum Kinderschutz kann dabei mit Diagnostik, med. Intervention/ Kuration, Prävention, Einschätzung des Gefährdungsrisikos und der Weiterleitung in die Hilfesysteme verschiedene Handlungsfelder umfassen. Je nach Art der Kindeswohlgefährdung und je nach Funktion und Spezialisierung der verschiedenen Gesundheitsberufe ergeben sich unterschiedliche Schwerpunkte ihres Beitrags zum Kinderschutz. Hieraus resultiert der Anspruch, dass medizinischer Kinderschutz multiprofessionell aufgestellt sein sollte (Schwier et al. 2019).

3.3.2 Finanzierung des medizinischen Beitrags im Kinderschutz

Aufgrund seiner derzeitigen Organisation und Ausgestaltung bleibt der medizinische Kinderschutz weitgehend hinter seinen Möglichkeiten zurück. So ist er zwar in seinem Leistungsprofil über die Kinderschutzleitlinie definiert, in seiner Leistungsstruktur aber stark fragmen-

tiert und kann in seinen Leistungsprozessen kaum auf einheitlich implementierte Standards zurückgreifen. Dies hängt maßgeblich mit einer uneinheitlichen, teilweise prekären und größtenteils gar nicht vorhandenen Finanzierung der Leistungen zusammen. Daher sind Gesundheitseinrichtungen mit dem medizinischen Kinderschutz als Kooperationspartner der Jugendhilfe nicht ausreichend aufgestellt. Eine Erfüllung der Anforderungen des *Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)* an einen kooperativen Kinderschutz ist nur punktuell, nicht aber strukturell gewährleistet. Diese Situation geht zulasten einer hohen Zahl betroffener Kinder bzw. Jugendlichen, die zwar an den verschiedensten Stellen mit den Hilfesystemen in Kontakt kommen, denen aber die medizinische Expertise häufig in nicht ausreichendem Maße oder gar nicht zukommt.

Medizinischer Kinderschutz ist nicht Bestandteil der Regelversorgung und weder stationär noch ambulant sind Abrechnungsmodi vorhanden, mittels derer der Aufwand einer medizinischen Abklärung als Teil einer Einschätzung des Gefährdungsrisikos abgebildet werden kann. Vielmehr bezieht sich die derzeitige GKV-Regelfinanzierung ausschließlich auf kurative Maßnahmen. Zwar existiert mit dem *Operationen- und Prozedurenschlüssel zur Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945)* eine eingeschränkte Abrechnungsmöglichkeit. Diese steht jedoch ausschließlich für den stationären Bereich in Krankenhäusern zur Verfügung. Insofern sind ambulant behandelte Kinder und Jugendliche sowie die Versorgung in pädiatrischen Praxen nicht inbegriffen. Zudem muss die Vergütung für diese Leistungen von jeder Einrichtung individuell im Rahmen der Budgetverhandlungen ausgehandelt werden, stehen aber dadurch mit anderen Kostenverhandlungen der Einrichtungen in Konkurrenz (Schwier et al. 2019). Für den ambulanten Bereich in Kinder- und Jugendkliniken ergänzen einige wenige selektivvertragliche Regelungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Kinder- und Jugendkliniken die Finanzierung.

Derzeit adressiert keiner der Finanzierungsansätze die Abdeckung der kontinuierlichen Netzwerkarbeit, die als Voraussetzung gelten muss, um medizinischen Kinderschutz im Versorgungsfall im Sinne der Kinder bzw. Jugendlichen effizient betreiben zu können.

4. DAS INNOVATIONSFONDSPROJEKT MEKIDS.BEST - PILOT IN UMSETZUNG UND IMPLEMENTIERTUNG DER LEITLINIENSTANDARDS

Das über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt *Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet – Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung, MeKidS.best* ist im Jahr 2019 mit dem Ziel angetreten, für den medizinischen Kinderschutz eine standardbasierte und regelhafte, sektorenübergreifende und in lokalen und regionalen Netzwerken flächendeckend realisierbare Versorgungsform zu konzipieren und zu erproben.

MeKidS.best hatte den Anspruch, pädiatrische Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken dafür aufzustellen, als leistungsfähige Partner im Kinderschutz agieren zu können. Hierfür galt es, auf Basis der Kinderschutzleitlinie standardisierte Strukturen zu schaffen und so die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von Leistungen im medizinischen Kinderschutz sowie eine systematische Einbindung dieser Leistungen in sektoren- und SGB-übergreifend agierende lokale Netzwerke zu schaffen. Der Erfolg des Vorhabens wurde neben der Umsetzung der Kinderschutzleitlinie nicht zuletzt an einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen untereinander als auch mit den kommunalen Jugendämtern gemessen.

4.1 Standardisierter Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen

Den Kern der neuen Versorgungsform in MeKidS.best bildeten die Kinder- und Jugendkliniken (= MeKidS.units), die als zentrale Institutionen feste Strukturen vorhalten und somit ein verlässliches Angebot für pädiatrische Praxen sowie für lokale Jugendämter boten. Hierfür galt es, in den Kinder- und Jugendkliniken sowohl die strukturellen Voraussetzungen einer interprofessionell besetzten Kinderschutzgruppe (= MeKidS.team) und einer entsprechenden Ausstattung mit Räumlichkeiten, Materialien und Dokumentationssystematiken sicherzustellen als auch geeignete Netzwerke und Kooperationsbeziehungen zu weiterführenden Akteuren im Kinderschutz zu etablieren. Gleichzeitig wurden pädiatrische Praxen (= MeKidS. Praxen) kinderschutzfachlich geschult. In übergreifenden Netzwerktreffen wurde darüber hinaus der Kontakt zu lokalen Netzwerkstrukturen angebahnt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Etablierung einheitlicher, strukturierter und regional übergreifend gültiger Prozesse in der Abklärung von Verdachtsfällen und der Versorgung.

Der Aufbau von Versorgungsstrukturen in Netzwerken um die Kinder- und Jugendkliniken gewährleist eine optimale Übertragbarkeit über die Pilotregion des Ruhrgebiets hinaus, da auf den bundesweit bestehenden Strukturen der pädiatrischen krankenhäuslichen Versorgung in Kombination mit der kassenärztlichen pädiatrischen Versorgung aufgesetzt wurde. Dies ermöglicht perspektivisch eine Skalierung der Versorgungsform von MeKidS.best über das komplette Bundesgebiet hinweg, die über ein flächendeckend gesichertes Finanzierungssystem in der Regelversorgung nachhaltig gesichert werden kann. Erprobt wurde das Vorhaben zunächst in der Metropolregion Ruhr.

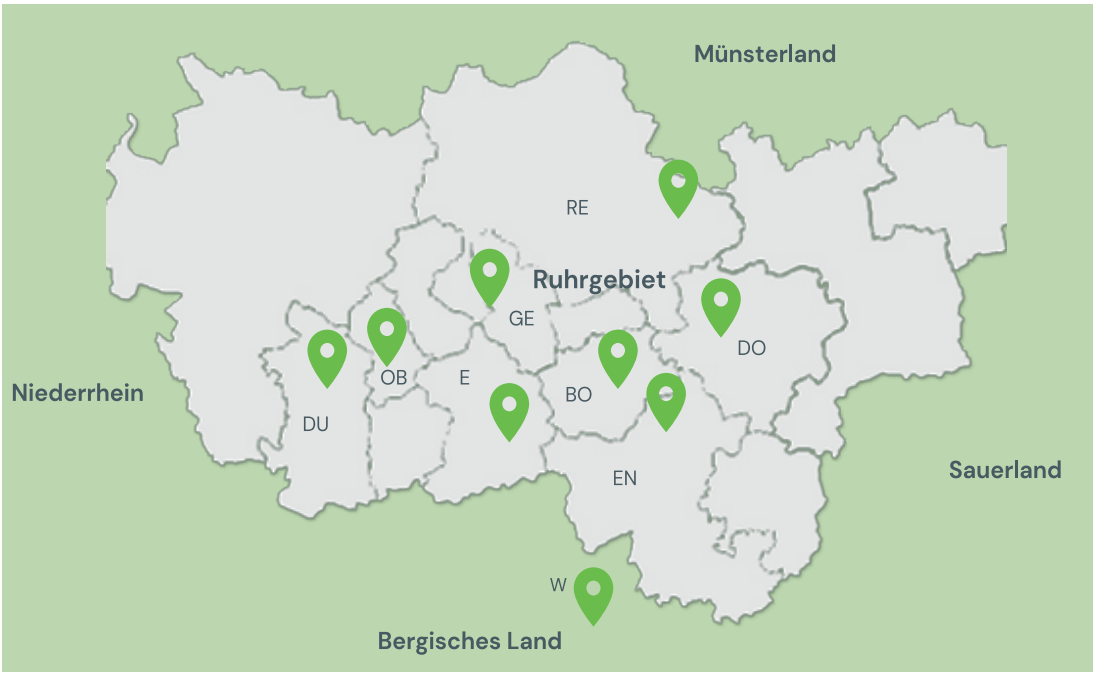


Abbildung 2: Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet (eigene Darstellung)

4.2 Zielgruppe des neuen Versorgungsangebots

Die neue Versorgungsform in MeKidS.best zielte dabei auf diejenigen Kinder und Jugendlichen ab, bei denen Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung bestehen und die in einer irgendwie gearteten Weise in Kontakt mit pädiatrischen Praxen bzw. Kinder- und Jugendkliniken kommen.

Der Ansatz bezog darüber hinaus auch die Familien und insbesondere die Erziehungsberechtigten der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen mit ein. Für diese Zielgruppe spielten je nach individueller Konstellation verschiedene Aspekte eine Rolle, die sich über die Unkenntnis einer Gewaltausübung durch Dritte, Unwissenheit über bestimmte Risiken durch Rahmenbedingungen für das Kindeswohl, Überforderung mit individuellen Situationen (z.B. durch psychische Erkrankungen oder Isolation) bis hin zur eigenen Täterschaft erstrecken konnten und eine eigenständige Inanspruchnahme der Hilfesysteme erschwerten.

4.3 Begleitende Evaluation für Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

MeKidS.best lag die Annahme zugrunde, dass mittels der Implementierung von leitlinienbasierten Standards in den teilnehmenden MeKidS.units und MeKidS.Praxen die Qualität der Detektion, der Diagnostik und die Initiierung von Hilfemaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verbessert werden können. Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass mit der Umsetzung der Standards auch eine Verringerung der Dunkelziffern einhergeht. Diese Hypothesen wurden im Rahmen einer begleitenden klinischen Evaluation überprüft.

Da die neuen Versorgungsformen von Innovationsfondsprojekten zudem immer mit dem Anspruch antreten, im positiven Evaluationsfall Eingang in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finden, wurden parallel im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Evaluation Kosten für Ressourcenverbräuche sowie Vorhaltekosten erhoben, auf deren Basis Szenarien für eine mögliche Vergütungs- sowie Finanzierungsstruktur entwickelt wurden. Auf diese Weise sollte es gelingen, den medizinischen Kinderschutz über selektivvertragliche Regelungen und OPS-Abrechnungsmöglichkeiten hinaus weiterzuentwickeln und so Leistungen regelhaft sicherzustellen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Handbuchs befindet sich die Evaluation in der Auswertungsphase, so dass an dieser Stelle noch keine Informationen über die Ergebnisse der Evaluation dargestellt werden können. Der Evaluationsbericht wird aber nach Beendigung der Projektlaufzeit durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss in der vollständigen Fassung zur Verfügung gestellt. Es kann aber zum jetzigen Zeitpunkt bereits festgehalten werden, dass es durch die Implementierung der MeKidS.best-Standards zu einer Verbesserung in der Versorgungsqualität gekommen ist.

4.4 Das Projektkonsortium von MeKidS.best

- MedEcon Ruhr
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)
- Die Techniker
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- DAK-Gesundheit
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.
- St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH
- Vestische Caritas Kliniken GmbH
- Klinikum Dortmund gGmbH
- Helios Klinikum Duisburg GmbH
- Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH
- Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH
- Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
- St. Elisabeth Gruppe GmbH
- Helios Universitätsklinikum Wuppertal
- Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
- Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH
- Universität Duisburg-Essen
- Fachhochschule Dortmund
- DATATREE AG
- Universitätsklinikum Düsseldorf



Konsortialpartner von MeKidS.best

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ

Wenn es um die Implementierung von medizinischem Kinderschutz geht, gilt es in einem ersten Schritt die Inhalte eines standardisierten Kinderschutzes in pädiatrischen Einrichtungen zu definieren. Diese Inhalte setzen sich aus der Verfahrensebene (Abläufe der Versorgung) sowie der Strukturebene zusammen und bilden zusammengenommen den Implementierungsgegenstand.

5.1 Implementierungsgegenstand auf Verfahrensebene: Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Medizinischer Kinderschutz zielt auf eine optimale Vorgehensweise bei einem aufkommenden Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ab. Ein solcher Verdacht entsteht im Allgemeinen aufgrund entsprechender Hinweise, auf die Mitarbeiter:innen der gesundheitsversorgenden Einrichtungen auf verschiedene Weise aufmerksam werden können. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass Kinder bzw. Jugendliche ganz gezielt mit der Fragestellung einer Kindeswohlgefährdung in der Institution vorstellig werden. Dies kann sowohl durch eine direkte Verdachtsformulierung durch (1) Mitarbeiter:innen des zuständigen Jugendamtes oder andere Berufsgeheimnisträger:innen – auch aus dem Gesundheitswesen –, als auch (2) durch Aussagen der Kinder bzw. Jugendlichen, ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder weiterer Dritter wie z.B. Verwandte oder andere Bezugs- oder Betreuungspersonen geschehen. Weiterhin können entsprechende Hinweise im Kontext einer anderen medizinischen Fragestellung in Form von spezifischen (körperlichen) Befunden, die auf eine erfolgte Kindeswohlverletzung hinweisen, auffallen. In diesen Fällen ist der „Auftrag“ eines medizinischen Abklärungsprozesses in der Regel klar formuliert.

Auch (3) Risikokonstellationen im (familiären) Umfeld, aus denen ein Gefährdungspotenzial abgeleitet werden kann [siehe auch Seite 156 der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie], sowie (4) weitere Auffälligkeiten der Kinder bzw. Jugendlichen oder ihrer begleitenden Personen [siehe auch Kapitel 4.3.3 „Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten“ und 4.3.4 „Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung” der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie] können entsprechende Hinweise darstellen. Da es sich bei (3) und (4) in der Regel eher um Indizien handelt, muss ein indirekter Auftrag zur Initiierung eines Abklärungsprozesses in der gesundheitsversorgenden Einrichtung eigenständig abgeleitet werden.

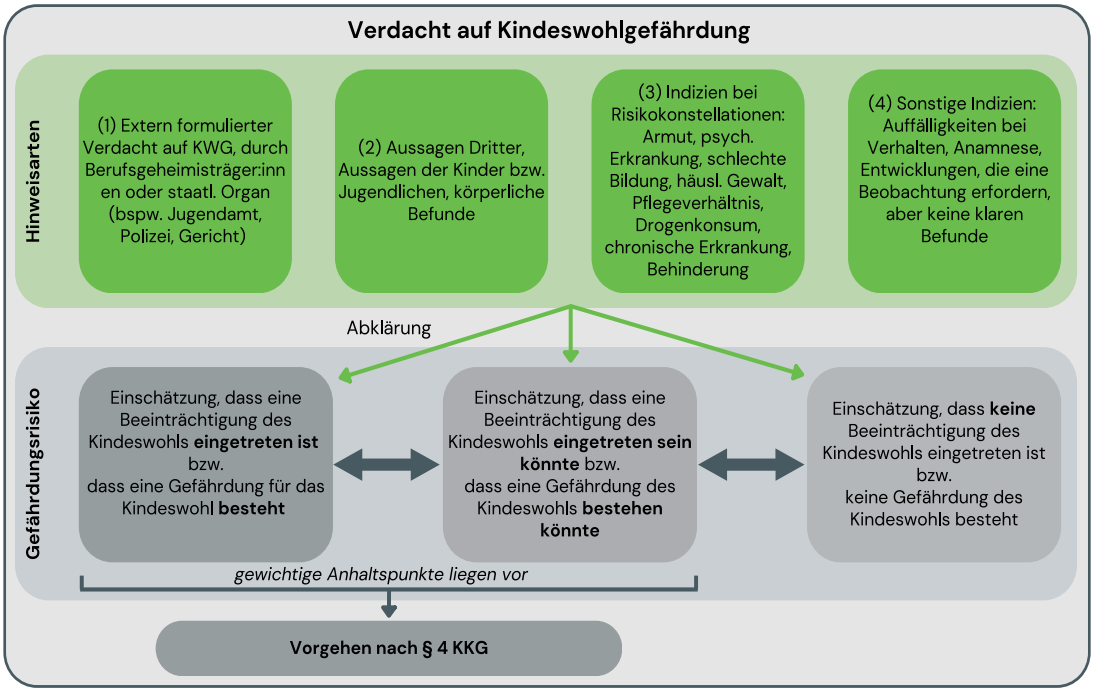


Abbildung 3: Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (eigene Darstellung)

Gewichtige Anhaltspunkte:
Die Begrifflichkeit der gewichtigen Anhaltspunkte ist nicht näher über den Gesetzgeber definiert, so dass eine gewisse Unschärfe und Unbestimmtheit mit dem Begriff einhergehen. Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind konkrete Beobachtungen bzw. beobachtbare Anzeichen, die auf eine Gefahr für die Kinder bzw. Jugendlichen hindeuten. Dies können auch schädliche Auswirkungen von konkreten Handlungen oder Unterlassungen an dem Kind bzw. Jugendlichen sein (Barth 2022).

5.1.1 § 4 KKG als grundlegende Maßgabe für den medizinischen Kinderschutz

Der Bedarf einer Abklärung ergibt sich direkt aus dem § 4 des *Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)*. Hier wird definiert, welche Maßnahmen im Falle des Bekanntwerdens gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu ergreifen sind.

§ 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

1. Werden
1. Ärztinnen oder Ärzten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
[...]
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
[...]
in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

2. Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

3. Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen mit der Maßgabe, dass diese unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.

4. Wird das Jugendamt von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

...

(Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, Stand 06/2021)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

Implizit folgt aus dieser gesetzlichen Vorgabe somit die Anforderung einer Einschätzung durch die gesundheitsversorgenden Einrichtungen, ob es sich bei den zuvor beschriebenen Hinweisen um gewichtigen Anhaltpunkte handelt (= Einschätzung des Gefährdungsrisikos), die einen Schutz- und/oder Hilfebedarf des Kindes bzw. Jugendlichen zur Folge haben. Denn sofern im Ergebnis dieses Abklärungsprozesses stehen sollte, dass eine Gefährdung des Kindeswohls für die Vergangenheit oder zukünftig nicht sicher ausgeschlossen werden kann, sind entsprechende Anschlussprozesse zu initiieren. Diese können im Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen durch die Familien bestehen und/oder auch eine personenbezogene

Information des zuständigen Jugendamts über das Vorliegen der gewichtigen Anhaltspunkte notwendig machen. In jedem Fall bestehen für Berufsgeheimnisträger:innen und somit auch für die Mitarbeiter:innen in gesundheitsversorgenden Einrichtungen die Möglichkeit und das Recht auf eine Beratung nach § 8b SGB VIII durch eine sogenannte insoweit erfahrene Fachkraft (InSoFA) der Jugendhilfe. Eine Anfrage zum Einsatz einer InSoFa erfolgt formal über die Jugendämter (Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg 2019).

Insoweit erfahrene Fachkraft:
Nach § 8b SGB VIII können sich Berufsgeheimnisträger:innen, die mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert sind, durch eine sogenannte insoweit erfahrene Fachkraft (InSoFa) beraten lassen. Die Beratung erfolgt pseudonymisiert und dient dazu, die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den pädiatrischen Einrichtungen zu unterstützen.

Entsprechend dem § 4 KKG ergibt sich in jedem Fall eine logische Abfolge im Vorgang bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdungen, die sich nach dem folgenden Schema darstellt:

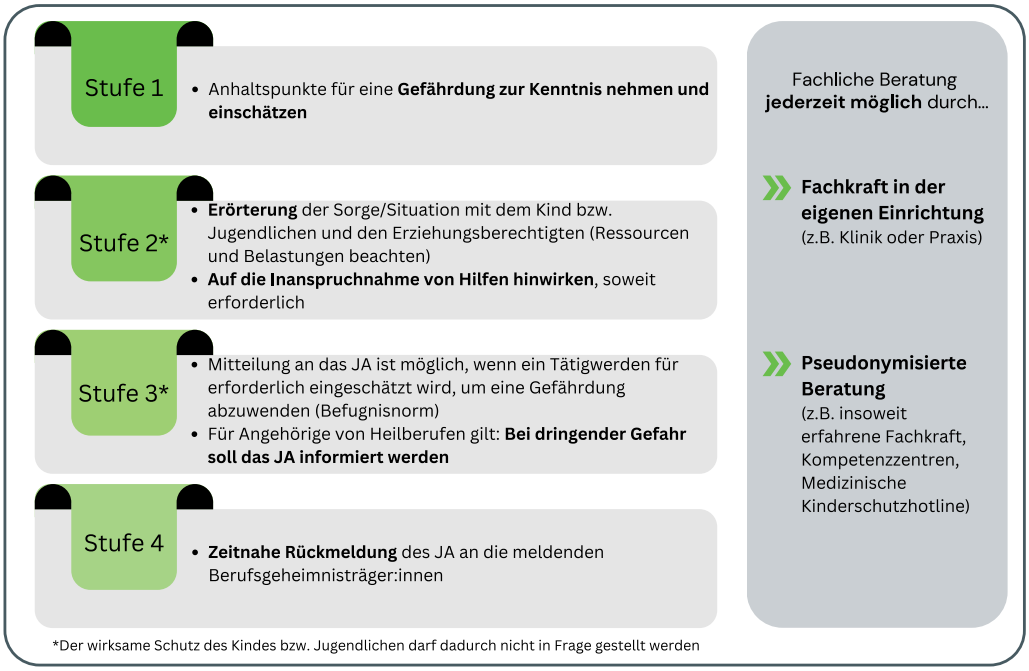


Abbildung 4: Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG, adaptiert nach Kinderschutzleitlinie (Kitteltaschenkarte § 4 KKG) (eigene Darstellung)

5.1.2 Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte

Berufsgeheimnisträger:innen sind nach § 4 KKG dazu verpflichtet, bei gewichtigen Anhaltspunkten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und/oder das Jugendamt über diese Anhaltspunkte zu informieren. Insofern haben auch gesundheitsversorgende Einrichtungen die Aufgabe, zumindest eine vorläufige (ggf. initiale) Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte zum Zwecke der Beratung der Jugendämter bei deren Gefährdungseinschätzung hinsichtlich

- der Gefährdungsform,
- einer Prognose für einen entstehenden Schaden,
- dem Risiko für eine erneute oder fortgeführte Kindeswohlgefährdung sowie
- der Mitwirkungsbereitschaft der Erziehungsberechtigten

vorzunehmen (Gerber und Kindler 2020).

Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt: Dem Jugendamt obliegt nach § 8a SGB VIII der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Somit liegt das Wächteramt beim Jugendamt, das bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte die Gefährdung der Kinder bzw. Jugendlichen einschätzen muss.

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den gesundheitsversorgenden Einrichtungen bezieht sich daher insbesondere auf die Entscheidungsfindung für nachfolgende Handlungsschritte. Hierfür ist zusätzlich eine Einschätzung hinsichtlich der Dringlichkeit vorzunehmen.

Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte

Kindeswohlgefährdung wird im Sinne des § 1666 BGB verstanden, *„wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden“*. Aus dieser Definition wird bereits deutlich, dass es nicht möglich und sozialrechtlich auch nicht intendiert ist, aus der Gesundheitsversorgung heraus eine abschließende Klärung zu der Frage, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, vorzunehmen. Vielmehr obliegt nach § 8a SGB VIII die Gefährdungseinschätzung den zuständigen Jungendämtern. Nichtsdestoweniger kann in der Gesundheitsversorgung das Vorliegen von gewichtigen Anhaltspunkten bewertet werden. Diese können entsprechend den nachfolgenden Kategorien stratifiziert werden:

a) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten ist** bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl **besteht**,

b) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten sein könnte** bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls **bestehen könnte**,

c) Einschätzung, dass **keine Beeinträchtigung** des Kindeswohls eingetreten ist bzw. **keine Gefährdung** des Kindewohls besteht.

Einschätzung der Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit

In Ergänzung zu der Einschätzung über gewichtige Anhaltspunkten bedarf es einer Bewertung der Dringlichkeit, mit der weiterführende Interventionen initiiert werden müssen. Dabei sind entsprechend des Beschlusses des Bundesgerichtshofs von November 2016 *„An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts [...] umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt“* (BGH 23.11.2016 - XII ZB 149/16). Mit Blick auf diese Maßgabe können und müssen aus der Dringlichkeitsabschätzung unterschiedliche Interventionsbedarfe resultieren:

1. Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf
2. Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf
3. Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf
4. Akute Gefährdung mit unmittelbarem Schutzbedarf

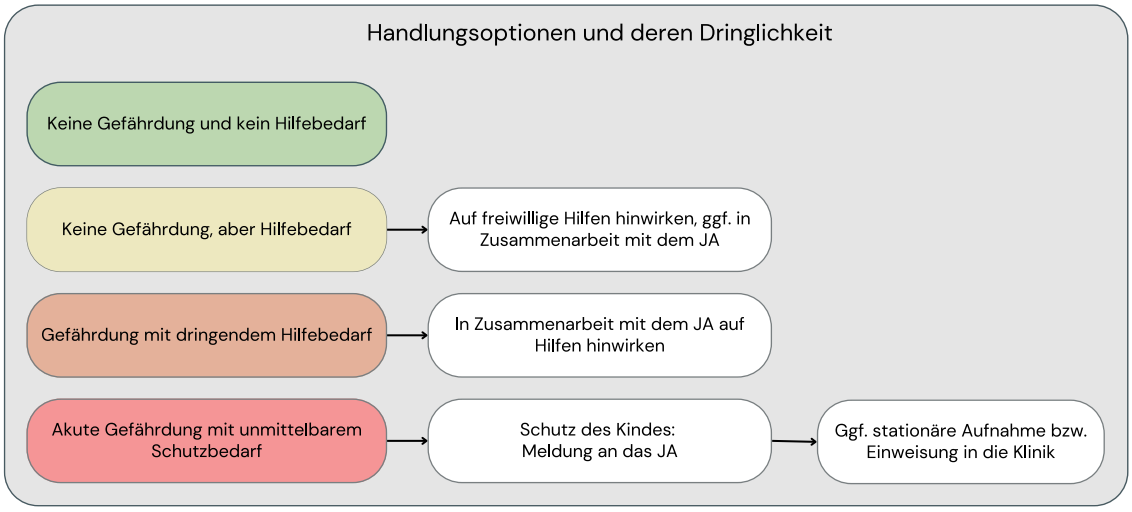


Abbildung 5: Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit nach Einschätzung des Gefährdungsrisikos (eigene Darstellung)

Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf: Sofern im Ergebnis der Einschätzung des Gefährdungsrisikos steht, dass auch nach sorgfältiger Prüfung sowohl keine Beeinträchtigung des Kindeswohls als auch kein Hilfebedarf vorliegt, besteht zum Zeitpunkt der Einschätzung kein Handlungsbedarf. Die Einschätzung bezieht sich ausschließlich darauf, dass derzeit keine Hinweise identifiziert werden können. Das Aufkommen etwaiger späterer Hinweise müsste somit zu einer erneuten eigenständigen Einschätzung des Gefährdungsrisikos führen.

Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf: Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Gewährleistung des Schutzes durch ihr familiäres Umfeld nicht in Frage gestellt werden muss, können trotzdem Unterstützungsbedarfe im Sinne der Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen vorliegen. Hinweise darauf können z.B. durch das Erkennen von Risikofaktoren wie hoher Belastungssituationen bei den Erziehungsberechtigten oder durch eine geringe Ad-

härenz bei verordneten therapeutischen oder präventiven Maßnahmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) gegeben sein. Diese Hinweise können durchaus eine gewisse Chronizität mit sich bringen. In solchen Situationen ist die Überleitung weiterführende Hilfesysteme wie z.B. die Frühen Hilfen oder auch Angebote der sozialen Unterstützung zur Verringerung von Belastungssituationen angezeigt. Der Einbezug des zuständigen Jugendamts ist in diesen Fällen nicht zwingend erforderlich, kann aber mit dem Einverständnis oder auf Wunsch der Erziehungsberechtigten selbstverständlich erfolgen.

Erziehungsberechtigte sollen auf freiwilliger Basis dazu beitragen, ihre Kinder zu fördern und zu unterstützen. Fachkräfte sind angehalten, über geeignete Unterstützungen zu informieren und zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren. Wertschätzung, Transparenz und Vertrauen sind Voraussetzungen für diese Motivation. Aufgrund ihrer langfristigen Versorgungsbeziehungen zu den Familien nehmen pädiatrische Praxen sowie dauerhaft betreuende Ambulanzen in Kliniken eine besondere Rolle ein. Weiterhin ist es Ihnen oft möglich, ein Gefährdungsrisiko immer wieder erneut einzuschätzen.

Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf:
Auch ohne das Vorliegen einer akuten vitalen Bedrohung des Kindes bzw. Jugendlichen können hohe Dringlichkeitsanforderungen für eine Intervention gegeben sein. Beispiele hierfür können sich in der kurzfristigen Betrachtung z.B. auf Vernachlässigungsformen oder die Nichtumsetzung von zwingend notwendigen medizinischen Therapien beziehen. In der mittelfristigen Betrachtung können sie sich auf das Nichtwahrnehmen von Kontrollterminen oder das Erkennen von nicht medizinisch induzierten Entwicklungsverzögerungen beziehen. Die Intervention muss in diesen Fällen nicht zwangsläufig ad hoc erfolgen, wenn der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen als ausreichend gesichert angesehen werden kann. Solche Konstellationen können z.B. gegeben sein, wenn im Ergebnis der Einschätzung des Gefährdungsrisikos steht, dass die Erziehungsberechtigten sowohl Willens als auch in der Lage sind, den Schutz eigenständig zu gewährleisten (Barth 2022). In diesen Fällen sollte primär nach dem § 4 KKG vorgegangen werden, um auf die Inanspruchnahme von Hilfen durch die Erziehungsberechtigten hinzuarbeiten und eine Überleitung in die Hilfesysteme (aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen) zu initiieren. Ein Hinzuziehen des Jugendamtes sollte unter Einbezug der Erziehungsberechtigten erfolgen. Die Befugnisnorm des § 4 KKG erlaubt aber auch das Hinzuziehen des Jugendamtes ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten. Somit kann eine aktuelle und zukünftige Gefährdungssituation des Kindes in Form von gewichtigen Anhaltspunkten an das jeweilige Jugendamt mitgeteilt werden. Auch der explizite Wunsch von Jugendlichen, das Jugendamt einzuschalten, unterstreicht diese Dringlichkeit.

Akute Gefährdung mit unmittelbarem Schutzbedarf: Sofern Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung mit vitaler Bedrohung bestehen, bedarf es – unabhängig von der Frage, ob diese Hinweise als sicher bestätigt angesehen werden können – einer sofortigen Intervention. Unter vitalen Bedrohungen können dabei sowohl akut vorhandene (lebensbedrohliche) Verletzungen gemeint sein, wie auch die

Dabei gilt die Maxime: Je jünger das Kind, umso höhere Anforderungen bestehen an die Schutzbedürftigkeit.

akute Gefahr, dass das Kind bei Rückkehr in die Häuslichkeit (weiterer) Gewalt ausgesetzt sein wird. Der Interventionsbedarf aufgrund einer entsprechend hohen Dringlichkeitseinschätzung bezieht sich in der Regel auf die Herausnahme der Kinder bzw. Jugendlichen aus der häuslichen Situation bzw. Änderung der häuslichen Situation und erfordert zwingend den Einbezug des zuständigen Jugendamts. Mögliche Interventionsmaßnahmen können neben der Mitteilung an das zuständige Jugendamt auf Basis der Befugnisnorm des § 4 KKG u.a. die vorübergehende stationäre Einweisung/Aufnahme sein.

5.1.3 Versorgungsabläufe im medizinischen Kinderschutz

Versorgungsabläufe in Kinder- und Jugendkliniken

Kinderschutzgruppen stellen multiprofessionell besetzte Einheiten in Gesundheitseinrichtungen dar, die über spezielle fachliche Kenntnisse sowie Erfahrungen in der Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verfügen. Diese Gruppen arbeiten in definierten Teams zusammen und stehen einrichtungsintern für die (Mit-)Versorgung aller pädiatrischen Fälle mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie die zugehörige Einschätzung hinsichtlich gewichtiger Anhaltspunkte zur Verfügung. Gleichzeitig beraten und schulen Kinderschutzgruppen die Mitarbeiter:innen in der Einrichtung hinsichtlich der Erkennung von Hinweisen sowie hinsichtlich eines leitliniengerechten Vorgehens im Abklärungsprozess (Herrmann et al. 2016a). Aufgrund des Anspruchs an ihre Multiprofessionalität sind Kinderschutzgruppen meist an Kinder- und Jugendkliniken verortet.

Um im Verdachtsfall zu einer Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu kommen, bedarf es eines standardisierten Vorgehens zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung. Die nachfolgenden Ablaufschemata beziehen sich auf die Vorgehensweise in der Abklärung unter Einbezug einer multiprofessionellen Anamnese und interdisziplinären Diagnostik sowie einer gemeinsamen, multiprofessionellen Beurteilung aller vorliegenden Informationen für eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos innerhalb von Kinder- und Jugendkliniken, die über eine Kinderschutzgruppe verfügen. Dabei muss entsprechend der jeweiligen Kontextfaktoren in der ambulanten sowie in der stationären Versorgung unterschieden werden, so dass sich hieraus zwei modifizierte Ablaufschemata für das Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (KWG) in Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe ergeben (DGKiM Leitfaden 2023).

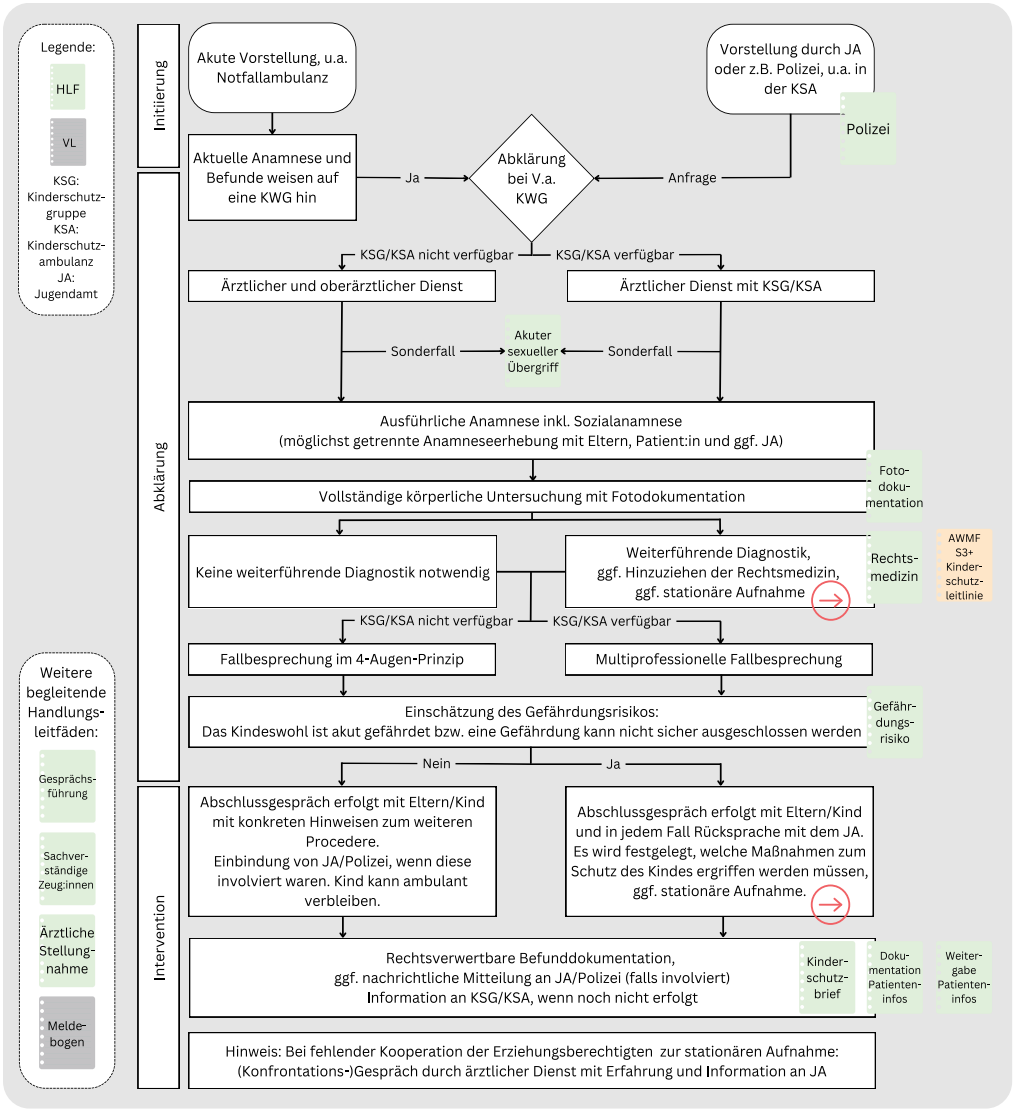


Abbildung 6: Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

Kinder bzw. Jugendliche können über verschiedene Wege in die stationäre Versorgung kommen. Zum einen kann im Rahmen einer ambulanten Abklärung eine stationäre Aufnahme zur Gewährleistung der Sicherheit des Kindes bzw. Jugendlichen mit dem Anliegen einer ausführlicheren multiprofessionellen Einschätzung des Gefährdungsrisikos angezeigt sein (siehe Vorgehensweise in der ambulanten klinischen Versorgung). Der Verdacht auf Kindeswohlge-

Die Einschätzung erfolgt innerhalb der Kinder- und Jugendkliniken und der pädiatrischen Praxen anhand unterschiedlicher Handlungsleitfäden. Das Kernelement des Vier-Augen-Prinzips gilt für beide Einrichtungen gleichermaßen.

fährdung kann aber auch im Rahmen einer stationären Versorgung aus einem initial anderen Grund aufkommen. In diesem Fall ist die Durchführung der Abklärung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zunächst analog zu derjenigen in der ambulanten Versorgung mit Verfügbarkeit der Kinderschutzgruppe durchzuführen und im Bedarfsfall um einrichtungsübergreifende Fallkonferenzen und Hilfeplangespräche zu ergänzen.

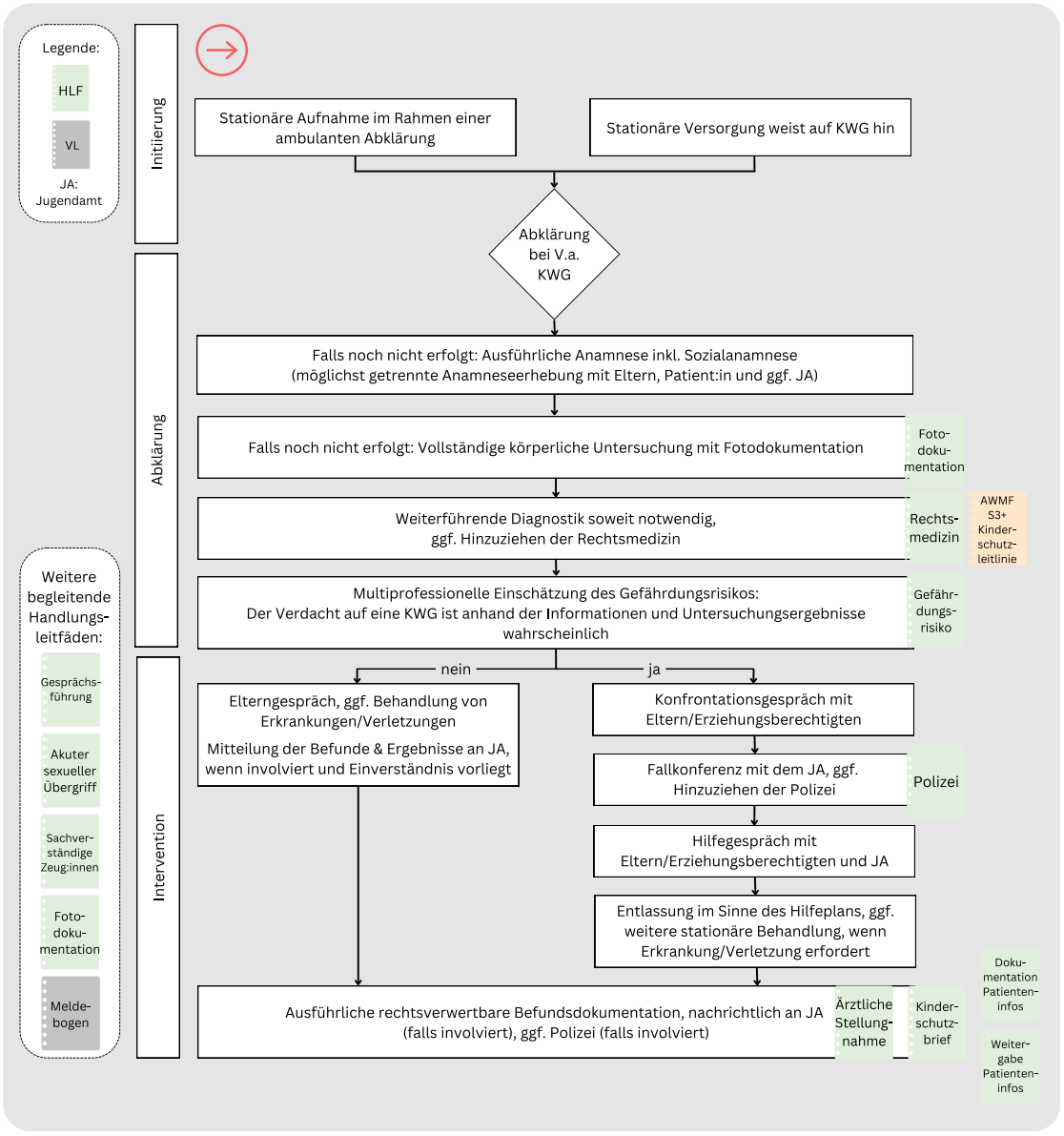


Abbildung 7: Ablaufschema für die stationäre krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

Versorgungsabläufe in pädiatrischen Praxen

Kinder und Jugendliche werden in pädiatrischen Praxen in der Regel in Begleitung ihrer Erziehungsberechtigten oder von anderen Bezugspersonen in Kontexten von präventiven Untersuchungen wie Vorsorgen und Impfungen sowie in Kontexten akutmedizinischer Versorgung vorstellig. Das Vorhandensein vornehmlich augenfälliger Hinweisarten wie z.B. auf körperliche Misshandlung stellen ein relativ seltenes Ereignis in der pädiatrischen Praxis dar, da bereits vereinbarte Termine in diesen Fällen häufig von den Erziehungsberechtigten abgesagt werden. Insofern sollte ein besonderes Augenmerk vor allem auf Verdachtsmomente fallen, die auf Vernachlässigungen oder auf psychosoziale Belastungen in den Familien hinweisen.

Vernachlässigung stellt somit generell die am häufigsten vorkommende Form von Kindeswohlgefährdung dar, mit der pädiatrische Praxen konfrontiert werden, und kann sich sowohl auf körperliche als auch auf seelische Aspekte beziehen. Diese Form der Kindeswohlgefährdung stellt eine Herausforderung für den Praxisalltag dar, da die Vernachlässigung kein einzelnes Ereignis ist und die Befunde am ehesten für die körperliche Vernachlässigung objektiv darstellbar sind. In der Folge sind wiederkehrende Vorstellungen notwendig. Die Frage, welche Bedingungen des Aufwachsens von Kindern bzw. Jugendlichen eine Gefährdung ihres Wohls bedeuten oder gerade noch „hinnehmbar“ sind, ist in diesem Zusammenhang zu stellen.

Mit Blick auf die Ursachen dieser Formen der Kindeswohlgefährdung muss daher insbesondere in pädiatrischen Praxen neben dem Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten der Fokus explizit für das frühzeitige Identifizieren von Hilfebedarfen geweitet werden. Hier liegt also ein sekundärpräventiveres Verständnis von medizinischem Kinderschutz zugrunde. Mit Blick auf psychosoziale Belastungsfaktoren gilt es, Familien frühzeitig in vorhandene Hilfesysteme, wie z.B. das der Frühen Hilfen, überzuleiten, um einer Gefährdung des Kindeswohls präventiv entgegenzutreten (Barth 2022).

Sollte es doch zu Vorstellungen kommen, bei denen nicht plausibel zu erklärende Verletzungen auffallen oder bei denen der Verdacht auf einen akuten sexuellen Überbegriff besteht, ist eine Überleitung an eine dafür zuständige medizinische Einrichtung notwendig (z.B. Gewaltschutzambulanz, Kinderschutzambulanz, Childhood-Haus, Klinik). Zu diesen Einrichtungen gehören bevorzugt Kinder- und Jugendkliniken mit Kinderschutzgruppen, Kinderschutzambulanzen oder Gewaltschutzambulanzen mit pädiatrischer Expertise, die dann die weitere Diagnostik sowie intervenierende Maßnahmen einleiten. In diesen Fällen kann eine anschließende Weiterbetreuung wiederum erneut über die pädiatrischen Praxen erfolgen, die an dieser Stelle eine entsprechende Rückmeldung seitens der Einrichtungen benötigen. Diese Rückmeldung erfolgt mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten und beinhaltet eine Informationsmitteilung zum Fallgeschehen sowie die Besprechung zur weiteren Aufgabenverteilung zwischen den Akteur:innen des Gesundheitswesens als auch der Einbindung des ggf. fallverantwortlichen Jugendamtes.

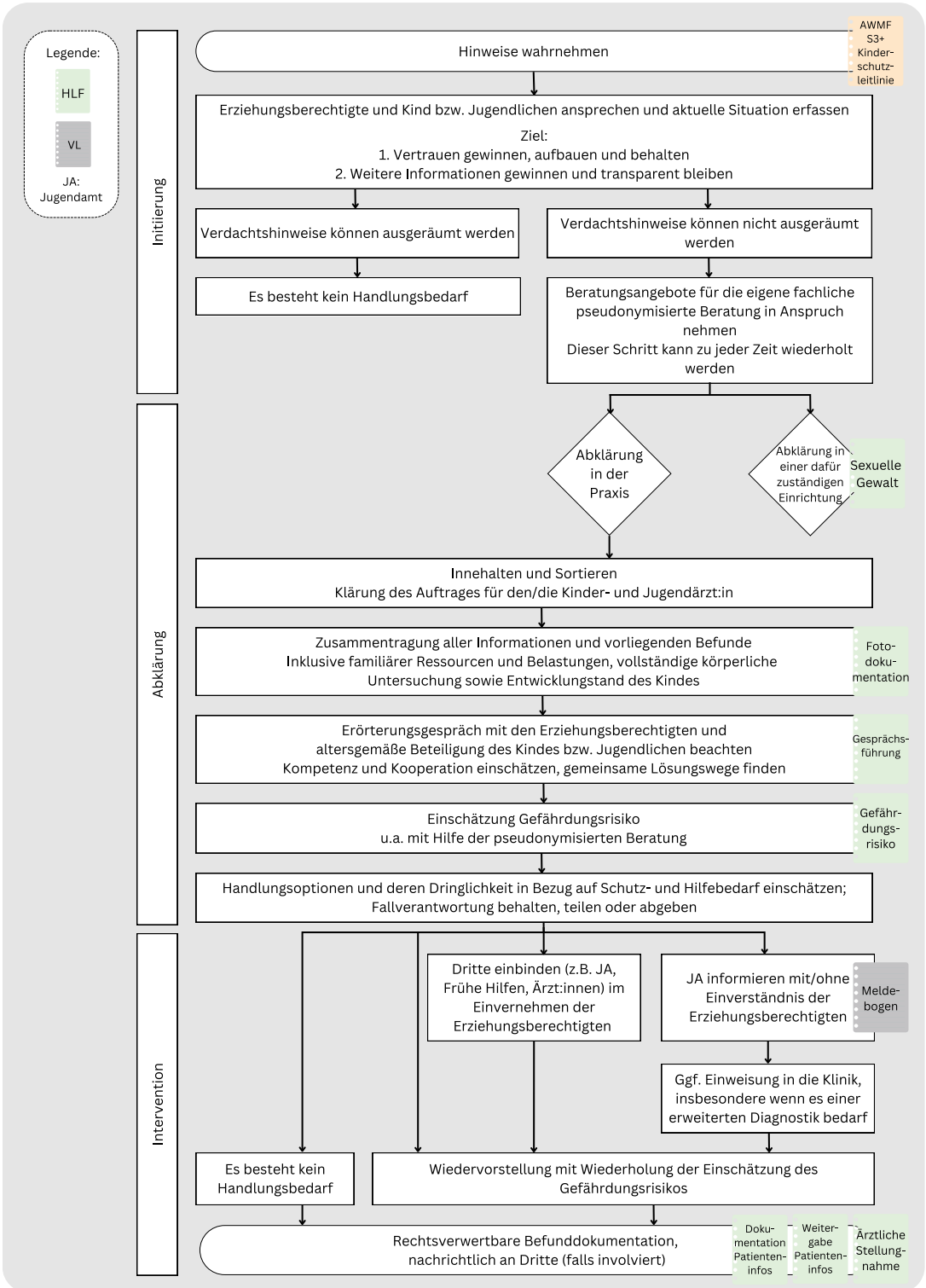


Abbildung 8: Ablaufschema für die ambulante niedergelassene Versorgung (eigene Darstellung)

5.1.4 Instrumente der Verfahrensimplementierung

Auch auf Verfahrensebene wurden aus dem Projekt MeKidS.best heraus verschiedene Handlungsleitfäden (= HLF) als Instrumente entwickelt, die zur Vertiefung der einzelnen Aspekte in den Versorgungsabläufen dienen. Die Abbildungen 6, 7 und 8 der Ablaufschemata geben Hinweise darauf, an welcher Stelle die Handlungsleitfäden sinnvoll zum Einsatz kommen können. Weitere Anwendungsmöglichkeiten sind davon selbstverständlich nicht ausgenommen. Die Handlungsleitfäden sollen dabei keine verbindlichen SOPs (Standard Operation Procedures) darstellen, sondern fungieren eher als Orientierungspunkte, innerhalb derer die komplexe Versorgung von Kindern bzw. Jugendlichen, bei denen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung bestehen, geleistet wird.
Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Handlungsleitfäden. Diese sind im Anhang beigefügt und stehen für die Implementierung interessierter pädiatrischer Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken zur Verfügung. Dabei sollte beachtet werden, dass die Handlungsleitfäden an die realen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Eine solche Adaptierung sollte in jedem Fall durchgeführt werden, damit eine Umsetzung reibungslos gelingen kann.

	Handlungsleitfäden (HLF)	
1	HLF Gefährdungsrisiko (K)	Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
2	HLF Gefährdungsrisiko (P)	Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos- Ein Handlungsleitfaden für Praxen
3	HLF Gesprächsführung (K+P)	Gesprächsführung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
4	HLF Dokumentation Patienteninfos (K)	Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
5	HLF Dokumentation Patienteninfos (P)	Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Praxen
6	HLF Fotodokumentation (K+P)	Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
7	HLF Akuter sexueller Übergriff (K)	Spurensicherung bei Verdacht auf akuten sexuellen Übergriff - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
8	HLF Sexuelle Gewalt (P)	Sexuelle Gewalt- Ein Handlungsleitfaden für Praxen
9	HLF Kinderschutzbrief (K)	Kinderschutzbrief- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
10	HLF Weitergabe Patienteninfos (K+P)	Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

11	HLF Rechtsmedizin (K)	Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
12	HLF Polizei (K)	Unterstützung durch die Polizei – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
13	HLF Ärztliche Stellungnahme (K+P)	Ärztliche Stellungnahme im familiengerichtlichen Verfahren - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
14	HLF Sachverständige Zeug:innen (K)	(Sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
VL	VL Meldebogen (K+P)	Meldebogen zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung- Eine Arbeitsvorlage für Kliniken und Praxen

Tabelle 1: Instrumente auf Verfahrensebene in pädiatrischen Einrichtungen

5.2 Implementierungsgegenstand auf Strukturebene: Personalstrukturen, Infrastrukturen und Netzwerkstrukturen

Um die Potenziale der bereits in der Regelversorgung vorhandenen Strukturen optimal nutzbar zu machen, bedarf es einer flächendeckend einheitlich verinnerlichten Vorgehensweise in der Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg. Innerhalb dieser Vorgehensweise müssen die jeweils eigenen Aufgaben und Grenzen klar formuliert und die Überleitungsprozesse sowie die Kooperationen klar geregelt sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Kinder- und Jugendkliniken sowie pädiatrische Praxen aufgrund ihrer unterschiedlichen Rollen im Gesundheitssystem auf unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen aufsetzen.

Die zeitliche Ressource stellt für pädiatrische Praxen aufgrund der vergleichsweise kurzen Versorgungskontakte in den Sprechzimmern und einer daraus resultierenden hohen Taktung in den organisatorischen Abläufen eine maßgebliche Herausforderung dar. Eine Besonderheit in den Praxen ist zudem, dass das meist langjährige Vertrauensverhältnis zwischen den Familien und dem Praxispersonal, das sich über die Beziehungen in der Regelversorgung entwickelt hat, nicht gefährdet werden sollte. Pädiatrische Praxen sind daher darauf angewiesen, insbesondere in komplizierten und zeitkritischen Fällen, betroffene Familien in hierfür geeignete Strukturen überleiten zu können.

Vor diesem Hintergrund nehmen Kinder- und Jugendkliniken in der einrichtungsübergreifenden Versorgung im medizinischen Kinderschutz eine zweifache Rolle ein. Auch ihnen kommt eine wichtige Funktion bei der Erkennung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung zu. Sie verfügen aber zudem über weitergehende Möglichkeiten im Umgang mit Verdachtsfällen, die maßgeblich auf in den ihnen zur Verfügung stehenden Zeitfenstern für die Anamnese sowie einer umfangreicheren Diagnostik unter Rückgriff auf an der Klinik vorhandener Infrastruktur und fachmedizinischer und interprofessioneller Expertise zurückgeführt werden kann (KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW 2020). Weiterhin steht Kliniken nicht zuletzt im Bedarfsfall das Instrument der stationären Aufnahme zur Ver-

fügung. Eine Herausforderung besteht darin, dass Krankenhäuser rund um die Uhr als Anlaufstellen fungieren und somit auch jederzeit mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert werden können. Daher müssen die zu etablierenden strukturellen Systematiken in der Zusammenarbeit auch gleichzeitig Lösungen für eine Versorgung außerhalb der Arbeitszeiten der Kinderschutzgruppen beinhalten.

5.2.1 Personelle Zielsetzungen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz

Die Anforderungen an die Teamstrukturen sind in Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen aufgrund der genannten unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen differenziert zu betrachten. Während in pädiatrischen Praxen in der Regel auf die Expertise unter begrenzter zeitlicher Verfügbarkeit der Ärzt:innen zurückgegriffen wird, können in Kinder- und Jugendkliniken in der Regel ganze Teams für den Einsatz im medizinischen Kinderschutz gebildet werden.

Beispiele zu Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten sind im Anhang aufgelistet.

Es bestehen dennoch Anforderungen an die Zusammenarbeit innerhalb der gesundheitsversorgenden Einrichtungen, die für pädiatrische Praxen und Kinder- und Jugendkliniken gleichermaßen formuliert werden können. Grundsätzlich gilt dabei das Vier-Augen-Prinzip bei der Einschätzung eines Gefährdungsrisikos. Während in den Kliniken dieses Prinzip in der Regel anhand internen Strukturen wie z.B. Besprechung mit weiteren Kolleg:innen oder im Rahmen von Fallbesprechungen erfüllt wird, erfolgt das 4-Augen-Prinzip in pädiatrischen Praxen sowohl über interne Besprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen und medizinischen Fachangestellten als auch mit Hilfe der externen pseudonymisierten Beratung, die allen Heilberufen zur Verfügung steht.

In den Kinder- und Jugendklinken sollten multiprofessionell ausgerichtete Kinderschutzgruppen (KSG) eingerichtet werden. Auch wenn keine verbindlichen Vorgaben hinsichtlich der Besetzung der Gruppen durch bestimmte Professionen existieren, hat sich im Projekt MeKidS.best die Zusammensetzung aus fach- bzw. oberärztlicher Leitung, Psychologie, Sozialer Arbeit sowie durch die Gesundheits- und Krankenpflege, die über grundlegende Kenntnisse wie z.B. das Vorgehen nach § 4 KKG verfügen, bewährt. Damit wird den Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung der DGKiM und des DAKJ entsprochen. Für Kinderschutzgruppen besteht die Möglichkeit, sich bei der DGKiM als solche akkreditieren zu lassen. Hinzu kommt die Sicherstellung der Verfügbarkeit weiterer medizinischer Expertise in der Einrichtung, wie z.B. aus der Rechtsmedizin, der (Kinder-)Gynäkologie, der Sozialpädiatrie o.a.. Sollte eine Verfügbarkeit innerhalb der eigenen Einrichtung nicht möglich sein, werden entsprechende Kooperationen mit externen Institutionen empfohlen (Herrmann et al. 2016b; DGKiM Leitfaden 2023).

Mit **§ 4 KKG** sind Berufsgeheimnisträger:innen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten im Rahmen der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gesetzlich dazu angehalten, gemeinsam mit den Kinder bzw. Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation zu erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken. Sollte der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen in Frage gestellt werden oder die Abwendung der Gefahr durch diese ersten Schritte nicht möglich sein, so ist das Jugendamt mit einzubeziehen.

5.2.2 Infrastrukturelle Zielsetzungen als Voraussetzung für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz

Um die Kinderschutzarbeit in den pädiatrischen Einrichtungen reibungsfrei durchführen zu können, bedarf es bestimmter infrastruktureller Voraussetzungen, die sich mit Fragen nach geeigneten Räumlichkeiten und deren Ausstattung auf der einen Seite und einrichtungsinternen Organisationsfragen auf der anderen Seite in zwei Bereiche unterteilen lassen. Auch hierbei ist erneut zwischen den Voraussetzungen, die durch Kinder- und Jugendkliniken sowie durch pädiatrische Praxen erfüllt werden sollten, zu unterscheiden.

Hinsichtlich der Ausstattung ist dabei insbesondere auf geeignete Dokumentationsinstrumente zu achten, mittels derer sowohl objektivierbare Hinweise (z.B. über Fotodokumentation) als auch die Dokumentation des Versorgungsablaufs oder der Anamnese aufgenommen werden können, zu achten. Aufgrund der besonderen Sensibilität der Thematik ist im medinischen Kinderschutz nochmals verstärkt auf die Verhinderung einer Zugänglichkeit dieser Informationen durch Unbefugte zu achten. In Kinder- und Jugendkliniken bedarf es zudem der Gewährleistung von entsprechenden Räumlichkeiten, die dem besonderen Schutzbedarf der Kinder bzw. Jugendlichen und ihren Familien in ausreichendem Maße gerecht werden.

Weiterhin bedarf es auf infrastruktureller Ebene der Implementierung und Etablierung von Organisationsstrukturen, die sich auf das Einholen von ergänzender fachmedizinischer Expertise innerhalb bzw. außerhalb der eigenen Institution beziehen können. Hierfür gilt es für Kinder- und Jugendkliniken Vereinbarungen mit den wichtigsten Fachgebieten wie z.B. der Rechtsmedizin, der Sozialpädiatrie, der (Kinder-)Gynäkologie, der (Kinder-)Radiologie oder der Augenheilkunde zu treffen (Herrmann et al. 2016b). Pädiatrische Praxen werden maßgeblich auf Zusammenarbeitsstrukturen mit Kinder- und Jugendkliniken mit Kinderschutzgruppe, die bestenfalls über eine Kinderschutzambulanz verfügen und in deren Einzugsgebiet ihr eigenes Versorgungsgebiet liegt, zurückgreifen und so mittelbar von den Kooperationsstrukturen der Kinder- und Jugendkliniken profitieren (KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW 2020).

5.2.3 Netzwerkwerkstrukturen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz

Aufgrund seiner zwingend kooperativen Verfasstheit muss medizinischer Kinderschutz neben den Kooperationsbeziehungen innerhalb des Gesundheitswesens auch immer in systemübergreifende Netzwerke eingebunden sein, innerhalb derer Gesundheitseinrichtungen gemeinsam mit den kommunalen Jugendämtern und ihren angeschlossenen Jugendhilfeeinrichtungen sowie im Bedarfsfall auch mit Strafverfolgungsbehörden agieren können.

Auf diese Weise entsteht daher ein komplexes Netzwerk rund um die Kinder- und Jugendklinken und pädiatrischen Praxen, das auf regionaler Ebene geknüpft werden

Fachkräfte im Gesundheitssystem können auf die **Beratung im eigenen System** (z.B. der Kinderschutzgruppe der eigenen Klinik) als auch auf die Medizinischen Kinderschutzhotline, insoweit erfahrene Fachkräfte oder Angebote von Kompetenzzentren der Länder zurückgreifen.

muss, um eine unmittelbare Zusammenarbeit im Versorgungsfall zu gewährleisten (= intervenierender Kinderschutz) und frühzeitige Hilfen zu vermitteln (= präventiver Kinderschutz). Für die Umsetzung hat sich das kooperative Arbeiten auf der direkten Fallebene in Kombination mit einem kontinuierlichem fallunabhängigem Austausch bewährt.

Fallbezogene Kooperation: Die Zusammenarbeit in Netzwerken hat den Zweck, im Falle des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos unter Einbezug der relevanten fachlichen Expertisen vornehmen zu können. Im Sinne einer bruchfreien rechtskreisübergreifenden Versorgung müssen auf den konkreten Fall bezogen verlässliche Absprachen getroffen und eine wechselseitige Informationstransparenz gelebt werden. Für Mitarbeiter:innen von gesundheitsversorgenden Einrichtungen kann dies z.B. bedeuten, medizinische Befunde in einer für alle an der Versorgungskette beteiligten Professionen verständlichen Sprache zu kommunizieren.

Fallunabhängige Kooperation: In der fallunabhängigen Kooperation gilt es, mittels eines kontinuierlichen Austausches, das Netzwerk rund um den medizinischen Kinderschutz zu etablieren und fortwährend auszubauen. Im Sinne der Qualitätssicherung werden hierfür grundlegende Fragen von Handlungskompetenzen, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten im Bedarfsfall unter den Netzwerkpartnern geklärt. Als bewährtes Instrument für den kontinuierlichen Austausch können Qualitätszirkel eingerichtet werden; bestenfalls finden auch gemeinsame Fortbildungen statt. Nur innerhalb eines transparenten Netzwerks kann im Falle einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung ein möglichst reibungs- und lückenloser Ablauf gewährleistet werden. Hierzu ist es unabdingbar, dass die einzelnen Akteure die Verantwortlichkeiten, die methodischen Arbeitsweisen, die Handlungsmöglichkeiten und -grenzen sowie die gegenseitigen Erwartungen kennen und anerkennen.

5.2.4 Instrumente der Strukturimplementierung

Auf der Strukturebene wurden aus dem Projekt MeKidS.best heraus Checklisten (= CL) entwickelt, anhand derer pädiatrische Praxen sowie die Kinder- und Jugendkliniken zu Beginn des Implementierungsprozesses darin unterstützt werden, Strukturen innerhalb ihrer Institution aufzubauen und Netzwerke mit weiterversorgenden Institutionen aus Gesundheitssystem und Jugendhilfe zu knüpfen. Auch die Checklisten sind im Anhang beigefügt und stehen für die Implementierung interessierter pädiatrischer Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken zur Verfügung.

	Checklisten (CL)	
I	CL Struktur (K)	Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken
II	CL Struktur (P)	Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in pädiatrischen Praxen

Tabelle 2: Standardinstrumente auf Strukturebene in pädiatrischen Einrichtungen

6. IMPLEMENTIERUNGSPROZESSE IN DEN GESUNDHEITSVERSORGENDEN EINRICHTUNGEN

6.1 Schritte des Implementierungsprozesses

Entsprechend dem *Phasenmodell* oder *Quality Implementation Framework* werden Implementierungsprozesse grundsätzlich in vier verschiedenen Implementierungsschritten umgesetzt (Hochuli Freund et al. 2023).

1. Bedarfsanalyse: Bedarfsidentifikation, Bestimmung des Implementierungsgegenstandes und Vorbereitung des Implementierungsprozesses
2. Installieren von Strukturen: Erstellen von Plänen für die Vorgehensweisen im Implementierungsprozess sowie Benennung von Verantwortlichkeiten
3. Implementierung: Phase der eigentlichen Implementierung des Implementierungsgegenstands
4. Reflexion: Bewertung des Prozesses und Ableitung von Verbesserungspotenzialen für nachfolgende Implementierungsprozesse

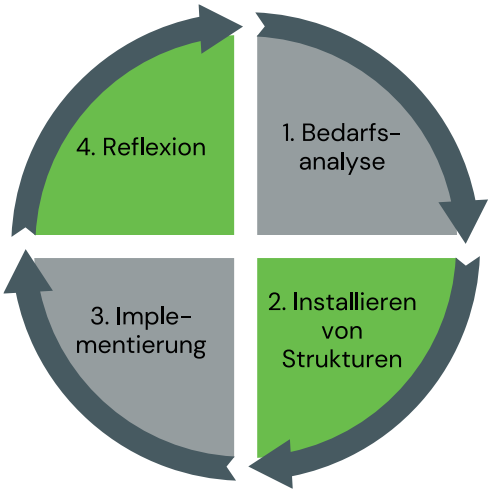


Abbildung 9: Phasenmodell/ Quality Implementation Framework (eigene Darstellung nach Hochuli Freund et al., 2023)

6.2 Ziele des Implementierungsprozesses

Für eine Umsetzung von medizinischem Kinderschutz in pädiatrischen Einrichtungen gilt es, die unter 5.1 - 5.3 beschriebenen Standards in den Kinder- und Jugendkliniken sowie den pädiatrischen Praxen zu implementieren. Medizinischer Kinderschutz kann dann als standardisiert gelten, wenn sowohl die strukturellen Anforderungen entsprechend der Checklisten als auch die verfahrensbezogenen Anforderungen entsprechend der Ablaufschemata und der die Ablaufschemata vertiefenden Handlungsleitfäden erfüllt sind.

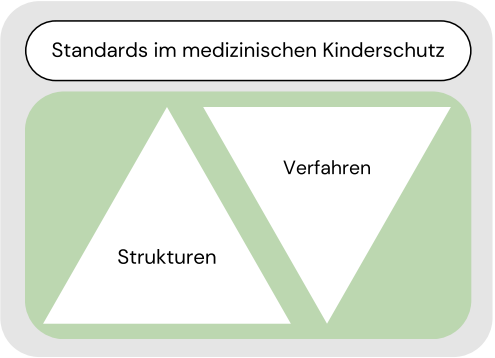


Abbildung 10: Standards im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung)

Die Implementierung der Standards ist dabei keine punktuelle Maßnahme, sondern muss als repetitiver Prozess begriffen werden. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass insbesondere in Institutionen der Gesundheitsversorgung Verfahren immer wieder erneut kommuniziert, verfestigt und eingeübt werden müssen. Zum anderen trägt jeder einzelne Versorgungsfall zur Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe bei, da in der tatsächlichen Umsetzung sowohl deren Stärken als auch deren Schwächen jeweils augenscheinlich werden können.
Insofern folgt der Implementierungsprozess jeweils schrittweise immer den drei folgenden Hauptzielen und muss hinsichtlich dieser auch bewertet werden.

Ziel 1: (Erst-)Implementierung des Standards

Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung des implementierten Standards

Ziel 3: Langfristige Qualitätssicherung des implementierten Standards

(Erst-)Implementierung des Standards: In einem ersten Schritt gilt es, die strukturellen Voraussetzungen entlang der Checklisten sowie die verfahrensbezogenen Voraussetzungen entlang der Ablaufpläne innerhalb der Einrichtungen umzusetzen. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine optimale Qualität nicht schon mit Beginn des Implementierungsprozesses erreicht werden kann und auch nicht zwangsläufig schon zu Beginn erreicht werden muss. Vielmehr geht es darum, auch kurzfristig medizinischen Kinderschutz in einer Einrichtung zu betreiben. Insofern kann es zunächst angezeigt sein, die Anforderungen an die Implementierung – also an die Umsetzung der Standards in die Praxis der Einrichtungen – zunächst abzustufen. So sollten die Checklisten, Ablaufpläne und Handlungsleitfäden auf einzelne Aspekte, die ggf. nicht unbedingt in jeder Detailtiefe schon zu Beginn des Implementierungsprozesses umgesetzt werden müssen, hin untersucht werden. Im Ergebnis steht dann im Umkehrschluss ein Set von Aspekten, die als Voraussetzungen für die Implementierung des medizinischen Kinderschutzes gelten müssen.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung des implementierten Standards: Auf Basis der in der Reflexionsphase herausgearbeiteten Optimierungspotenziale, besteht folglich die Möglichkeit, die Qualität der implementierten Standards insofern zu verbessern, als dass auch die

zuvor noch nicht umgesetzten Aspekte sukzessive ebenfalls in die Umsetzung kommen. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass die einzelnen Instrumente wie Checklisten, Ablaufpläne und Handlungsleitfäden in sich ebenfalls im Fluss sein müssen und einer sukzessiven Weiterentwicklung bedürfen. Die Qualitätsverbesserung sollte sich zudem auch auf die Frage beziehen, ob es ggf. notwendig sein könnte, weitere Instrumente in den Implementierungsprozess der Einrichtung aufzunehmen.

Langfristige Qualitätssicherung des implementierten Standards: Einmal implementierte Standards sind nur dann zielführend, wenn sie dauerhaft in hoher Qualität sichergestellt werden. Hierfür bedarf es z.B. immer wiederkehrender Schulungen, um alle Mitarbeiter:innen auf einem hohen Umsetzungsniveau zu halten, aber auch um neues Personal auf das bestehende standardbezogene Qualitätsniveau anzuheben.

Hierin wird deutlich, dass der Implementierungsprozess konsequenterweise niemals ganz abgeschlossen sein kann, da alle drei Zielprämissen fortlaufend überprüft werden und ggf. entsprechende Maßnahmen wiederkehrend ergriffen werden müssen.

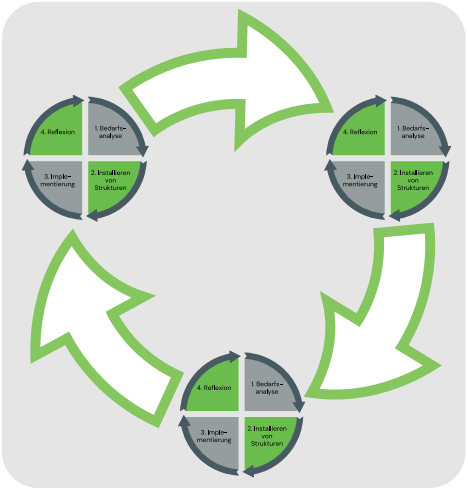


Abbildung 11: Wiederkehrender Implementierungsprozess (eigene Darstellung)

6.3 Implementierungsprozess von medizinischem Kinderschutz entlang der Implementierungsschritte

Bezogen auf den medizinischen Kinderschutz kann der Implementierungsprozess sukzessive entlang der vier Implementierungsschritte durchdekliniert werden.
Im Folgenden wird zunächst der Prozess für das Ziel 1: (Erst-)Implementierung des Standards beschrieben. Gleichzeitig wird der Umgang mit Aspekten, die einer weiterführenden Betrachtung unter den Prämissen der Ziele 2 und 3 bedürfen, veranschaulicht.

Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse geht der eigentlichen Umsetzung der Standards zum medizinischen Kinderschutz voraus. In dieser Phase wird zunächst ein Überblick über den adressierten Im-

plementierungsgegenstand gewonnen. Gleichzeitig erfolgt eine Bestandserhebung bereits in der routinemäßigen Umsetzung befindlicher Teilaspekte, notwendiger Maßnahmen, vorhandener Ressourcen sowie die Beschreibung der Notwendigkeit einer etwaigen Kapazitätserweiterung.

Implementierungsgegenstand	**Vorgehen**
verfahrensbezogene Standards	*Welches Verfahren soll in der Einrichtung zur Erreichung eines Mindeststandards im med. Kinderschutz implementiert werden?* (Auswahl eines Ablaufschemas; Auswahl von bestimmten HLFs, inkl. ihrer Adaptierung)
	Welche Teilaspekte des Verfahrens sind bereits installiert? (Bestandserhebung innerhalb der eigenen Institution)
	Wo sind Lücken? (Beschreibung der Differenz zwischen dem ausgewählten Verfahren und den bereits implementierten Teilaspekten)
	Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)? • *Inhalt des Ablaufschemas/HLFs* (Wie wird der Inhalt verstanden?) • *Einrichtungsart* (päd. Praxis; Kinder- u. Jugendklink, ...) • *Standortfaktoren* (urban/ländlich; weitere Einrichtungen im med. Kinderschutz in der Umgebung, ...) • *Anpassungsbedarf des Ablaufplans/HLFs* (Welche Anpassungen braucht es für die Implementierung in der spezifischen Einrichtung?) • *Durchdringungsgrad und Regelhaftigkeit der bereits implementierten Teilaspekte bewerten* • ....
strukturbezogene Standards	*Welche Strukturen sind für das zu implementierende Verfahren notwendige Voraussetzung?* (Bewertung der Checkliste auf das gewählte Verfahren hin)
	Welche Strukturen sind in der Einrichtung bereits installiert? (Bestandserhebung innerhalb der eigenen Institution)
	Wo sind Lücken? (Beschreibung der Differenz zwischen den als notwendig beschriebenen und den vorhandenen Strukturen)
	Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)? • *Inhalt der Checkliste* (Wie wird der Inhalt verstanden?) • *Einrichtungsart* (päd. Praxis; Kinder- u. Jugendklink, ...) • *Standortfaktoren* (urban/ländlich; weitere Einrichtungen im med. Kinderschutz in der Umgebung, ...) • *Anpassungsbedarf der Checkliste* (Welche Anpassungen braucht es für die Implementierung in der spezifischen Einrichtung?) • *Durchdringungsgrad und Regelhaftigkeit der bereits implementierten Teilaspekte bewerten* • ....

Ergebnis der Phase: Im Ergebnis der Bedarfsanalyse steht die Definition des Implementierungsgegenstands, der sich aus den Zielen der Standardimplementierung abzüglich bereits umgesetzter Aspekte ergibt.

Installieren von Strukturen

Mit dem Installieren der Strukturen sind in diesem Fall nicht die beschriebenen strukturellen Standards im medizinischen Kinderschutz gemeint. Entsprechend dem *Quality Implementation Framework* müssen im Vorfeld der eigentlichen Implementierung zuerst die Rahmenbedingungen für die Implementierungsphase geschaffen werden. Konkret bedeutet dies, dass innerhalb einer Einrichtung Zuständigkeiten für den Implementierungsprozess geklärt, Teams als Organisationseinheiten gebildet und entsprechende Pläne für diesen Prozess erstellt werden müssen.

Vorgehen
Einrichtung eines Implementierungsteams (Festlegen eindeutiger Zuständigkeiten)
Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)? • *Sicherstellung von Kompetenzen* (Ist das Team mit ausreichenden Kompetenzen in der Durchsetzung ausgestattet?) • ...
Klärung der Zuständigkeiten für die Umsetzung der strukturbezogenen Voraussetzungen (Festlegung von Aufgaben, Rollen, Kooperationspartnern)
Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)? • *Personalstruktur* (zuständige Ärzt:innen/MFAs in der päd. Praxis; personelle Besetzung von Kinderschutzgruppen in der Klinik, ...) • *Versorgungsstruktur* (leistbare Versorgung innerhalb der eigenen Einrichtung? Überweisungsabläufe hin zu weiterversorgenden Einrichtungen? Kooperationsbeziehungen, ...) • *Netzwerkstruktur* (Partner vor Ort, die in das Netzwerk einbezogenen werden können; eigene Teilnahme an vorhandenen Netzwerken, ...) • *Infrastruktur* (Räumlichkeiten, Ausstattung, Dokumentationsinstrumente, Organisationsstruktur mit anderen Fachdisziplinen in der eigenen Einrichtung, Organisationsstruktur zur Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen, ...) • ...
Klärung der Zuständigkeiten für die verfahrensbezogenen Voraussetzungen (Festlegung von Aufgaben, Rollen, Kooperationspartnern)
Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)? • *Anwendungsbereiche* (In welchen Bereichen soll der Implementierungsgegenstand umgesetzt werden? Wie kann er dort verbreitet werden? Welche Materialien werden dafür zur Verfügung gestellt?) • ...

Ergebnis der Phase: Es wurden sowohl Zuständigkeiten für die Organisation der Implementierung des medizinischen Kinderschutzes als auch Zuständigkeiten im Versorgungsablauf im Falle eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung festgelegt.

Implementierung

Erst in der dritten Phase des Gesamtprozesses findet die eigentliche Implementierung statt. Für den medizinischen Kinderschutz müssen dafür zunächst die strukturellen Voraussetzungen, die im Anschluss an die Bedarfsanalyse entlang der Checklisten festgelegt wurden, umgesetzt werden. Mit der Implementierung der notwendigen Strukturen kann dann im Versorgungsfall, d.h. im Falle eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung, das festgelegte Verfahren umgesetzt werden. Konkret bedeutet dies, dass die Versorgung von Kinderschutzfällen ab diesem Zeitpunkt entlang der Ablaufschemata verläuft und somit eine möglichst hohe Leitlinienkonformität gewährleistet werden kann.

Vorgehen
Implementierung der strukturbezogenen Standards
Implementierung der verfahrensbezogenen Standards

Ergebnis der Phase: Die Umsetzung der Standards im medizinischen Kinderschutz ist erfolgt.

Reflexion

Die Reflexionsphase sollte sich mit der Bewertung des Ist-Stands nach erfolgter Implementierung, der Bewertung der Qualität der implementierten Abläufe sowie der Frage nach der Sicherung der erreichten Ergebnisse auf drei Aspekte beziehen. Dabei ist bei den daraus abzuleitenden weiterführenden Schritten immer die diesbezügliche Zielpunktprämisse (Ziel 1, Ziel 2 oder Ziel 3) zu beachten.

Vorgehen
Was fehlt noch zur vollständigen Umsetzung der in der Bedarfsanalyse festgelegten Verfahren? (Bewertung des Ist-Stands nach erfolgter Implementierung) *Weiterführende Schritte, falls noch Lücken in der vollständigen Umsetzung identifiziert werden:* → Initiierung eines erneuten Durchgangs des Implementierungsprozesses, diesmal unter der Prämisse von Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung (Schwerpunkt: weitere Instrumente für die Umsetzung nutzbar machen)
Wie ist die Umsetzung der in der Bedarfsanalyse festgelegten Verfahren gelungen? (Bewertung der Qualität der implementierten Abläufe) *Weiterführende Schritte, falls noch qualitative Optimierungsbedarfe in der Umsetzung identifiziert werden:* → Initiierung eines erneuten Durchgangs des Implementierungsprozesses, diesmal unter der Prämisse von Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung (Schwerpunkt: in die Adaptierung der Instrumente die Erfahrungen aus dem ersten Implementierungsprozess einfließen lassen; z.B. unter Überprüfung des Implementierungsgegenstands auf seinen Nutzen, Inhalt oder Umsetzungsfähigkeit)

Im Falle einer gelungen Umsetzung der festgelegten Verfahren: Wie kann diese hohe Qualität dauerhaft gesichert werden? (Frage nach der Sicherstellung der erreichten Ergebnisse)

Weiterführende Schritte, falls die Umsetzung in Vollständigkeit und Qualität als gelungen bewertet wird:

→ Initiierung eines erneuten Durchgangs des Implementierungsprozesses, diesmal unter der Prämisse von Ziel 3: langfristige Qualitätssicherung

Ergebnis der Phase: Der gesamte Implementierungsprozess wird rückblickend bewertet. Die Bestimmung weiterführender Schritte geben den Anstoß zu erneuten Durchgängen von Implementierungsprozessen. Dabei ist immer darauf zu achten, unter welcher Zielpunktprämisse (Ziel 1, Ziel 2 oder Ziel 3) der zu reflektierende Implementierungsprozess durchgeführt wurde.

7. MEDIZINISCHER KINDERSCHUTZ IN DER PERSPEKTIVE

MeKidS.best bot die Chance, die aus der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie abgeleiteten Standards des medizinischen Kinderschutzes nicht nur zu implementieren und umfangreich zu erproben. Es bot durch ein kontinuierliches Qualitätsmanagement in den Arbeitsgruppen, die wie Qualitätszirkel fungierten, auch die Möglichkeit, diese implementierten Standards zu evaluieren und auf ihre Umsetzungsfähigkeit in den verschiedenen Einrichtungen hin zu bewerten. Mögliche Anpassungsbedarfe wurden besprochen, es wurde sich gegenseitig beraten und Verbesserungsansätze wurden in die erneuten Durchgänge der einrichtungsinternen Implementierungsprozesse aufgenommen. Auf diesem Wege war eine sukzessive Weiterentwicklung der Versorgungsqualität über die Laufzeit möglich.

Bereits nach zwei Jahren Erprobungszeit konnte auf diesem Weg eine spürbare Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden. Auf der einen Seite kann somit die Übertragung der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie in die Standards als erfolgreich gewertet werden. Die Entwicklungen bestätigen auf der anderen Seite aber auch, dass die Vorgehensweise entlang der in diesem Handbuch beschriebenen Schritte des Implementierungsprozesses richtig war, und machen Mut, den Weg weiterzugehen und weitere Akteure auf diesem Weg für die Umsetzung von medizinischem Kinderschutz in ihren Einrichtungen zu gewinnen.

Doch für eine langfristige Fortführung der Bemühungen bedarf es unterstützender Rahmenbedingungen. Die eingangs erwähnten Bedingungen, die in MeKidS.best durch die Unterstützung des Innovationsfonds gewährleistet werden konnten (zusätzliches Personal in den Kliniken und organisatorische sowie fachliche Unterstützung), müssten im Sinne eines bundesweiten Roll Outs zur Verfügung stehen.

Für die notwendigen zusätzlichen personellen Ressourcen in der Versorgung besteht auch nach Beendigung der Projektlaufzeit das initiale Anliegen fort, medizinischen Kinderschutz zu einem regelhaften Bestandteil der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung zu machen. Erste Schritte in Richtung einer nachhaltigen Finanzierung sind mit aktiver Unterstützung der Konsortialkrankenkassen bereits gegangen. Aber auch über die kommunale Daseinsvorsorge bestehen Potenziale der Unterstützung des medizinischen Kinderschutzes, die sich neben dem Zusammenwirken mit den Jugendhilfebereichen nicht zuletzt in der Befähigung von pädiatrischen Einrichtungen zu einer proaktiven Beteiligung an der zwingend erforderlichen fallunabhängigen Netzwerkarbeit niederschlagen könnten.

Hinsichtlich der Frage nach einer organisatorischen und fachlichen Unterstützung hoffen die Autor:innen, mit diesem Handbuch ein Instrument an die Hand geben zu können, dass zumindest einen Teil der im Projekt vorhandenen Hilfen substituiert und somit zum Aufbau von Strukturen bzw. zur Verbesserung von medizinischem Kinderschutz in den Einrichtungen beiträgt.

8. WEITERFÜHRENDE LINKS UND LITERATUR

Informationen für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) stellt alle Veröffentlichungen rund um die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie zur Verfügung und informiert über den Stand der Aktualisierung der Kinderschutzleitlinie: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069

Die DGKiM informiert über ihre und aktuelle Veranstaltungen im Kinderschutz, Zertifikate, Akkreditierungen und stellt neben der Kinderschutzleitlinie und dessen Zusatzmaterialien weitere Leitfäden für spezielle Bereich im medizinischen Kinderschutz zur Verfügung: https://www.dgkim.de

Das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW) stellt Leitfäden und weitere Materialien für den Kinderschutz im Gesundheitsdienst zur Verfügung und informiert über ihre Veranstaltungen: https://www.kkg-nrw.de/informationen

The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) stellt aktuelle Systematische Reviews für den medizinischen Kinderschutz zur Verfügung: https://www.rcpch.ac.uk/resources/clinical-guidelines

Die Medizinische Kinderschutzhotline stellt Informationsmaterialien und Hinweise zu ihren Veranstaltungen zur Verfügung. Zudem ist die 24h Telefonerreichbarkeit hier zu finden: https://kinderschutzhotline.de/

Auswahl von Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten:

Fortbildungsangebote der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)

- Basiskurs Kinderschutzmedizin für alle Berufsgruppen
- Aufbaukurs Kinderschutzmedizin für Ärzt:innen
- www.dgkim.de

Fortbildungsangebote der Ärztekammern

- Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ für Ärzt:innen
- Curriculum „Gesundheitsförderung und Prävention“ für Ärzt:innen
- Curriculum „PÄDIATRIE -Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie“ für Medizinische Fachangestellte

E-Learningangebote

- z.B. Angebote der Uniklinik Ulm: https://elearning-kinderschutz.de

Weitere Fortbildungsangebote

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen: https://www.fruehehilfen.de
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierte Gewalt (DGfPI): https://dgfpi.de/index.php/startseite.html
- Die Kinderschutzzentren: Startseite - Kinderschutz-Zentren

Bundesweite Angebote/Informationen für Kinder und Jugendliche

- Kinder und Jugendliche (Hilfe am Telefon; kostenlos und anonym)
- Kinder- und Jugendtelefon (116 111) und Hilfetelefon Sexueller Missbrauch (0800 22 55 530)
- Version für Kinder und Jugendliche von der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie, die in sechs Sprachen verfügbar ist: Kinder- und Jugendversion — DGKiM
- UBSKM: Stelle deine Playlist zusammen (deine-playlist-2022.de)

Bundesweite Angebote/Informationen für Eltern

- Frühe Hilfen für Eltern von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren https://www.elternsein.info/suche-fruehe-hilfen/
- Elterntelefon (0800 111 0 550) und Onlineberatung für Eltern www.bke-elternberatung.de
- NZFH: Materialien für Eltern und Familien | Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (fruehehilfen.de)

9. VERZEICHNISSE

Literaturverzeichnis

Barth, Michael (2022): Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit aus medizinischer und psychosozialer Perspektive. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Expertise. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz, 10). Online verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Expertise-Gewichtige-Anhaltspunkte-fuer-Kindeswohlgefaehrdung-b.pdf, zuletzt geprüft am 30.06.2023.

BGH (2016): BGH - XII ZB 149/16. Beschluss vom 23. November 2016. Begründet von Bundesgerichtshof.

Caffey, J. (1946): Multiple fractures in the longbones of infants suffering fromsubduralhematoma. In: The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine (56), S. 163–173.

Caffey, J. (1972): The parent-infant traumatic stress syndrome; (Caffey-Kempe syndrome), (battered babe syndrome). In: The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine (114(2)), S. 218–229.

DGKiM Leitfaden (2023): Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin. Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (Version 2.0).

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg (2019): Die insoweit erfahrene Fachkraft. Hg. v. Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg. Online verfügbar unter https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Fachartikel/die%20insoweit%20erfahrene%20Fachkraft%20Aug.%202019.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2023.

Gerber, Christine; Kindler, Heinz (2020): Kriterien einer qualifizierten Gefahreneinschätzung. Online verfügbar unter https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/Jugend_Mitglieder/Qualitaetsentwicklung_Kinderschutz/E03_Expertise_DJI_Kriterien_einer_qualifizierten_Gefaehrdungseinschaetzung__002_.pdf, zuletzt geprüft am 30.07.2023.

Gesetz zum Übereinkommen vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes. In: Bundesgesetzesblatt, Jahrgang 1992, Teil II.

Herrmann, B.; Dettmeyer, R.; Banaschak, S.; Thyen, U. (2016a): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/Herrmann-Kindesmisshandlung-3.Aufl._2016-Seite_1-26-Vorwort-Inhalt.pdf

Herrmann, B.; von Bismarck, S.; Franke, I.; Dettmeyer, R.; Blume, F.; Frese, G. et al. (2016b): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken. Version 1.6. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ).

Hochuli Freund, U.; Gebert, J.; Sprenger, R.; Amez-Droz, P.; Hübscher, R.; Grumbinaite, I. (2023): Wie Entwicklungs- und Implementierungsprozesse gelingen können. Skizze eines integrativen Phasenmodells. In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching 30 (1), S. 59–78. DOI: 10.1007/s11613-022-00799-8.

Kempe, C. Henry; Silverman, Frederic N.; Steele, Brandt F.; Droegemueller, William; Silver, Henry K.: The battered-child syndrome. In: Jama (181(1)), S. 17–24. DOI: 10.1001/jama.1962.03050270019004.

Kinderschutzleitlinienbüro (2019): AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Langfassung, 1.0. AWMF-Registrierungsnummer: 027-069.

KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (2020): Leitfaden Kinderschutz in der Pädiatrischen Praxis. Online verfügbar unter https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2206058-D_Leitfaden_A4_Paediatrische_Praxis_WEB.pdf

Landeskinderschutzgesetz NRW (2022): Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen.

Meadow, R. (1977): Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. In: Lancet (London, England) 2 (8033), S. 343–345. DOI: 10.1016/S0140-6736(77)91497-0.

Schwier, F.; Manjgo, P.; Kieslich, M. (2019): Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 167 (10), S. 856–867. DOI: 10.1007/s00112-019-0751-z.

Tardieu, Ambroise (2008): Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. In: Enfances & Psy 39 (2), S. 174–178.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen	21
Abbildung 2:	Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet	24
Abbildung 3:	Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	28
Abbildung 4:	Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG, adaptiert nach Kinderschutzleitlinie (Kitteltaschenkarte § 4 KKG)	30
Abbildung 5:	Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit nach Einschätzung des Gefährdungsrisikos	32
Abbildung 6:	Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe)	35
Abbildung 7:	Ablaufschema für die stationäre krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe)	36
Abbildung 8:	Ablaufschema für die ambulante niedergelassene Versorgung	38
Abbildung 9:	Phasenmodell/ Quality Implementation Framework	44
Abbildung 10:	Standards im medizinischen Kinderschutz	45
Abbildung 11:	Wiederkehrender Implementierungsprozess	26

Tabelle 1:	Instrumente auf Verfahrensebene in pädiatrischen Einrichtungen	40
Tabelle 2:	Standardinstrumente auf Strukturebene in pädiatrischen Einrichtungen	43

Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Der Handlungsleitfaden regelt das multiprofessionelle und interdisziplinäre Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Dieses Vorgehen beinhaltet eine Abklärung, die folgende Ziele verfolgt:

1. Einleitung einer Abklärung mit interdisziplinärer Diagnostik und Beurteilung unter Berücksichtigung hausinterner Absprachen und Zuständigkeiten.
2. Multiprofessionelle Einschätzung des Gefährdungsrisikos: Bewertung aller relevanten Informationen durch die verschiedenen Berufsgruppen. In Ausnahmefällen (z.B. Abklärung in der Notaufnahme ohne Verfügbarkeit einer Kinderschutzgruppe) erfolgt die Einschätzung des Gefährdungsrisikos durch das 4-Augen-Prinzip, also durch eine/n Ärzt:in zusammen mit einer weiteren Fachkraft.
3. Berichterstellung mit Einschätzung des Gefährdungsrisikos und schriftlich fixierten Empfehlungen für die Anbindung.

2. Ablauf

Im Folgenden werden die einzelnen Bestandteile zur Gefährdungsrisikoeinschätzung unter Benennung der verantwortlichen Professionen der Kinderschutzgruppe dargestellt. Für diese gelten folgende Abkürzungen: ärztliches Personal = Med, psychologisches Personal = Psy, Sozialarbeitende = SA, Pflege = Pfl.

2.1 Erweiterte Anamnese

Med/Psy/SA
Ergänzung der Anamnese und des Vorstellungsanlasses:
Hierbei müssen alle relevanten Informationen zur medizinischen Vorgeschichte, Sozialanamnese, Familienanamnese sowie eventueller Vorbefunde gesammelt werden (s. AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie).

2.2 Überprüfung rechtliche Situation und Dokumentation der Ansprechpartner:innen

Med/Psy/SA
Überprüfung der rechtlichen Situation:

- Klärung der Sorgerechtsfrage
- Klärung des Auftrags, welcher evtl. von der Verfügbarkeit eines/einer Erziehungsberechtigten entbindet (z.B. Kind kommt mit einem Jugendamtsmitarbeitenden aus der Schule

und das Kind sagt, dass ihre/seine Eltern auf keinen Fall etwas wissen dürfen; Kind ist 14 Jahre und laut Jugendamtsmitarbeitenden wird der Fall bereits als § 8a-Fall eingeschätzt)

- Ggf. Information an die Erziehungsberechtigten über das Vorgehen und ggf. bereits zu diesem Zeitpunkt Einholung von Schweigepflichtentbindungen (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos)*

Dokumentation relevanter Kontakte (Notiz von Name und Erreichbarkeit):

- Ggf. bereits vorhandenen Kontakt zum Jugendamt
- Behandelnde/r Kinderärzt:in
- Weitere Personen, die für eine erweiterte Anamnese unterstützen könnten (z.B. Kindergarten/Schule/Frühförderstelle)

2.3 Befunderhebung

Zu empfehlen ist ein Abgleich der persönlichen Wahrnehmung mit einer weiteren Fachkraft („4-Augen-Prinzip“)
Med/Psy/SA/Pfl

- Medizinische Befunderhebung und -dokumentation sowie orientierende Erhebung des Entwicklungsstandes/der kognitiven Situation des Kindes bzw. Jugendlichen; Erstellung eines Befundes mit deskriptivem medizinischem Befund inkl. ICD-10-Diagnose **[Med]**
- Psychologische Einschätzung der Entwicklung/des Verhaltens des Kindes bzw. Jugendlichen, Erhebung des psychopathologischen Status, Beurteilung des Interaktionsverhaltens mit Elternteilen;

  Erstellung eines entwicklungspsychologischen/psychopathologischen Befundes nach ICD 10 auf der Basis eines ersten klinischen Eindrucks und/oder Screenings (dafür ist u.U. eine Erweiterung der Anamnese notwendig: Psychologische Anamnese/Exploration mit sekundären Bezugspersonen wie z.B. aus der Kita, Schule, Therapeut:innen oder Ärzt:innen). **[Psy]**
- Pflegerische Dokumentation von Beobachtungen zu Verhalten bzw. Interaktion Eltern und Kind mit Führen eines Besucherverzeichnisses **[Pfl]**
- Ggf. zusätzliche Erhebung der Sozialanamnese **[SA]**

2.4 Fachlicher Austausch und Planung im Team

Med/Psy/SA/Pfl
Ziel ist die Festlegung der weiteren medizinischen, ggf. psychologischen Diagnostik, der Notwendigkeit zur Erweiterung der Anamnese sowie unbedingt auch eine erste Einschätzung hinsichtlich der Dringlichkeit des Austausches mit dem Jugendamt.
Es erfolgt ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten, in welchem die Sorge um das Kindeswohl dargelegt und möglichst der Grund für eine Erweiterung der Diagnostik erläutert wird. Berufsgeheimnisträger:innen wie Ärzt:innen, Psycholog:innen oder andere Angehörige von Heilberufen sollen das Jugendamt informieren, wenn nach deren Einschätzung eine drin-

gende Gefahr für das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen besteht und das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert (Rechtsgrundlage nach § 4 KKG; s.u. 2.6).
Die Dringlichkeit dessen ist besonders gegeben, wenn …:

- es Geschwisterkinder gibt.
- es sich um eine ambulante Vorstellung handelt und das Kindeswohl nach Verlassen der Ambulanz nicht als gesichert zu erachten ist.
- es sich um eine drohende/anzunehmend-eskalierende Situation handelt (z.B. Substanzabusus in der Häuslichkeit, häusliche Gewalt der Familienangehörigen untereinander).
- der weitere Aufenthaltsort des Kindes als nicht sicher zu ermitteln erscheint (z.B. Erziehungsberechtigte geben den Aufenthaltsort des Kindes nicht preis, möchten den stationären Aufenthalt beenden, haben keine Kontaktdaten ausgehändigt). In dieser Situation müssen ggf. auch weitere Maßnahmen ergriffen werden, welche hausintern vorab zu klären sind; i.d.R. Verständigung der Polizei gemeinsam mit Notdienst des Jugendamtes am Standort des Klinikums (*s. HLF Polizei).*

Hinweis: Zu allen Zeitpunkten bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung kann eine externe pseudonymisierte Beratung in Anspruch genommen werden. Für die Beratung kann sowohl eine „Insoweit erfahrene Fachkraft" als auch die Medizinische Kinderschutzhotline hinzugezogen werden.

2.5 Planung und Durchführung der weiteren Diagnostik

Med/Psy/SA/Pfl
Die weitere Diagnostik wird gemäß der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie festgelegt. Das heißt, durch die Erweiterung der klinischen Befunderhebung mittels apparativer/laborchemischer Diagnostik sollen andere, z.B. akzidentelle Ursachen einer möglichen Verletzung oder eines fraglich nicht-akzidentellen Befundes gesucht werden, welche diesen hinreichend erklären, so dass nicht mehr von einer/s Kindesmisshandlung/-vernachlässigung/sexueller Gewalt ausgegangen werden muss.
Diese umfasst ggf. eine ausführliche Gerinnungsdiagnostik, die Beurteilung des Augenhintergrundes, das Röntgen-Skelettscreening, Sonografien, MRT-Untersuchungen, EEGs, entwicklungsneurologische Beurteilung, dermatologische Mitbeurteilung, kindergynäkologische Untersuchung, etc.

2.6 Beurteilung aller Ergebnisse mit Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Med/Psy/SA/Pfl
Hinweis: Auch zu diesem Zeitpunkt kann (ggf. erneut nach Erhalt der Befunde) eine externe pseudonymisierte Beratung hilfreich sein (s.o. 2.4).

- Es erfolgt eine sorgfältige Befundintegration und -interpretation.
- Einschätzung des Gefährdungsrisikos der Kinderschutzgruppe im Rahmen mindestens einer Fallbesprechung, ob eine
  - Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das

Kindeswohl besteht.
- *Beeinträchtigung des Kindeswohls* eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen könnte.
- keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindewohls besteht.

Kommen die Akteure der Fallbesprechung zu dem Entschluss, dass kein Gefährdungsrisiko vorliegt, so erübrigen sich ggf. die folgenden Punkte. In diesem Fall werden die Ergebnisse der Abklärung im Abschlussgespräch berücksichtigt.

- Im Anschluss daran ist ein sog. Eröffnungsgespräch oder Konfrontationsgespräch mit den Erziehungsberechtigten zu führen, in welchem die Sorge um das Kindeswohl aufgrund der erhobenen Diagnostik dargelegt wird.
- Für den Fall, dass zu diesem Zeitpunkt keine anderen Hinweise für eine mögliche Entstehung der Verletzung/ der Befundauffälligkeiten gefunden worden sind, und dass zu diesem Zeitpunkt weiterhin gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen, und zwar im Sinne einer körperlichen Misshandlung, Vernachlässigung, seelisch-emotionalen Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs bzw. einer Mischform ODER einer Befundkonstellation, bei welcher eine Kindeswohlgefährdung bei fortbestehender Situation angenommen werden muss, ist das Jugendamt ggf. auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten zu involvieren.
  - Dabei muss eine Interpretation der erhobenen medizinischen und/oder psychologischen Befunde verständlich formuliert werden, so dass das eingeschätzte Gefährdungsrisiko (für Erziehungsberechtigte und das Jugendamt) nachvollziehbar wird. **[vorrangig Med]**
  - Hier gilt i.d.R. „vielleicht nicht mit Willen, aber nicht ohne Wissen", d.h. die Erziehungsberechtigten werden von der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterrichtet.
- Zuständigkeiten beim Jugendamt sind zu klären, ggf. Fallbesprechungen mit den Teilnehmer:innen aller Fachbereiche und ggf. dem Jugendamt (Fallkonferenz) zu planen **[vorrangig SA]**
- Sollte es hingegen in dem einzuschätzenden Fall vertretbar erscheinen, gemäß des Bundeskinderschutzgesetzes zunächst auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und zum aktuellen Zeitpunkt auf eine „Meldung" nach § 4 KKG (akute Gefährdung) zu verzichten, so ist dies umfassend schriftlich zu dokumentieren. Dabei sollte in der Patientenakte die Art der Hilfsangebote und die Anbindung ins Helfernetz hinreichend schriftlich dargestellt werden, damit für die weiterbetreuenden Instanzen, u.a. den/die Kinderärzt:in etc. ersichtlich wird, welche Hilfen empfohlen wurden. Dies muss aus dem Bericht hervorgehen. (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*) **[Med/Psy/SA/Pfl]**
- Bei Vorlage einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung, d.h. im Wissen der Erziehungsberechtigten, kann es sinnvoll sein, in diesem Fall das Jugendamt über die Anbindung und die Inanspruchnahme von Hilfen zu informieren.

2.7 Empfehlungen und Anbindung ins Helfernetz

Med/Psy/SA/Pfl

- Im Anschluss an den diagnostischen Prozess erfolgt eine gemeinsame Entwicklung von Strategien zur Anbindung an medizinische Einrichtungen. Die Möglichkeiten von Empfehlungen sind vielgestaltig und basieren auf den Ergebnissen der Diagnostik.
- Planung der Überleitung aus dem stationären oder ambulanten Setting ins Helfernetz [**Med/Psy/SA]**
- Beratung der Erziehungsberechtigten zu möglichen Hilfsangeboten (Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und freie Träger) und Vermittlung in Hilfsangebote (Beratungsstellen, Jugendamt, Gesundheitsamt, etc.) **[vorrangig SA]**
- Die Anbindung an das Hilfesystem richtet sich nach den örtlichen Gegebenheiten. Anbindungsstellen können z.B. sein: Kinderschutzzentren, Kinderschutzbund (zur Beratung und kurzfristigen Stabilisierung), Jugendamt, SPZ, Frühförderstelle, Traumatherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie, Frühe Hilfen. Das Kooperationsverhalten und die Kompetenz der Erziehungsberechtigten werden anhand folgender Aspekte berücksichtig **[Med/Psy/SA/Pfl]**:
  - Annahme von Hilfen: Bereitschaft und Fähigkeit, z.B. Empfehlungen/Anweisungen und Maßnahmen der Ärzt:innen bzw. des Pflegepersonals umzusetzen
  - Akzeptanz, Verständnis und Einsicht in Diagnosen und Krankheitsfolgen (z.B. chronische Erkrankung und Umsetzung der dazugehörigen erforderlichen Maßnahmen)
  - Ausprägung von Belastungen/Ressourcen oder Risiko-/Schutzfaktoren
- Eine externe Begutachtung kann durch das Familiengericht beauftragt werden (*s. HLF Ärztliche Stellungnahme).*

2.8 Bericht

Alle, die involviert sind, federführend Med

Alle oben geschilderten Informationen müssen im schriftlichen Bericht (z.B. Befundbericht, Kinderschutzbrief oder Stellungnahme) nachvollziehbar sein, damit dieser als Instrument nutzbar und gerichtsverwertbar ist *(s. HLF Kindschutzbrief)*.

Dies gilt für Berichte an weiterbehandelnde Kinder- und Jugendärzt:innen als auch für zuständige Jugendamtsmitarbeitende. Die Weitergabe des Berichtes unterliegt dem Datenschutz *(s. HLF Weitergabe Patienteninfos)*. Außerdem ermöglicht ein umfassender Bericht eine zügige Vorlage bei den weiteren Instanzen, z.B. Familiengericht, ggf. Strafverfolgung (sofern gefordert).

Auch ein sorgfältig erstellter Bericht ersetzt kein Gutachten, jedoch kann durch verbindlich und rechtsverwertbare dokumentierte Befunde, eine fundierte Befundinterpretation und Darlegung der Gefährdungssituation eine Verbindlichkeit geschaffen werden. Zudem wird durch die schriftliche Übergabe der relevanten Informationen die Verantwortung geteilt/übertragen, wobei zu berücksichtigen ist, dass Mitarbeitende in medizinischen Einrichtungen eine Garantenstellung ausüben.

Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos – Ein Handlungsleitfaden für Praxen

1. Hintergrund

Ziel der Abklärung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ist es, anhand einer Einschätzung zum Gefährdungsrisikos die weiteren Schritte in Bezug auf Hilfe- und Schutzbedarf als auch auf die Dringlichkeit des Handelns festzulegen.

Ein zentraler Baustein bei der Abklärung ist das 4-Augen-Prinzip. Dieses Prinzip bedeutet, dass die eigene Einschätzung des Gefährdungsrisikos sowie das weitere Vorgehen mit Hilfe einer weiteren Fachkraft im fachlichen Austausch präventiv kontrolliert wird. Diese fachliche Beratung kann durch den kollegialen Austausch innerhalb der Praxis und/oder als pseudonymisierte Beratung erfolgen. Die pseudonymisierte Beratung kann über insoweit erfahrene Fachkräfte (InSoFas) vor Ort, in Kompetenzzentren der Länder oder über die Medizinische Kinderschutzhotline in Anspruch genommen werden.

2. Ablauf

Zunächst werden Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung wahrgenommen und aufgrund dessen die Abklärung initiiert. Hier gilt es zunächst, innezuhalten und sich zu sortieren. Dabei soll u.a. der Auftrag für den/die Kinder- und Jugendärzt:in festgelegt werden. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, das Kind bzw. Jugendlichen im Fokus zu behalten. Es sollte dem/der Kinder- und Jugendärzt:in bewusst sein, dass eine Instrumentalisierung durch Erziehungsberichtigte möglich ist.

Die erste Zielsetzung ist die Einschätzung des Gefährdungsrisikos. Hierzu müssen objektive Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung benannt werden. Die zusätzliche eigene fachliche Einschätzung zu diesen Anhaltspunkten muss davon abgegrenzt werden. Des Weiteren sollte eine Prognose unter Berücksichtigung von Alter, Entwicklungsstand und Bedürfnis des Kindes bzw. Jugendlichen und der Kompetenz und Kooperation der Erziehungsberechtigten formuliert werden. Zum Erreichen dieser Zielsetzung zählen folgende Punkte:

- **Zusammentragen aller Informationen und medizinische Befunderhebung**
  - Informationen sammeln, Befunde erheben und objektiv bewerten
  - familiäre Ressourcen und Belastungen erfassen
  - Prognose zur Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen stellen

- **Erörterungsgespräch mit den Erziehungsberechtigten**
  - Kompetenz und Kooperation der Erziehungsberechtigten einschätzen
  - gemeinsame Lösungswege finden

- **Beteiligung der Kinder bzw. Jugendlichen**
  - Gespräch mit Kind bzw. Jugendlichem ermöglichen (ggf. auch ohne Erziehungsberechtigte)
  - alters- und entwicklungsgerechte Sprache verwenden
  - keine Versprechungen machen, die nicht eingehalten werden können

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos erfolgt abschließend im 4-Augen-Prinzip.

Als nächstes erfolgt die Einleitung der weiteren Handlungsschritte unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

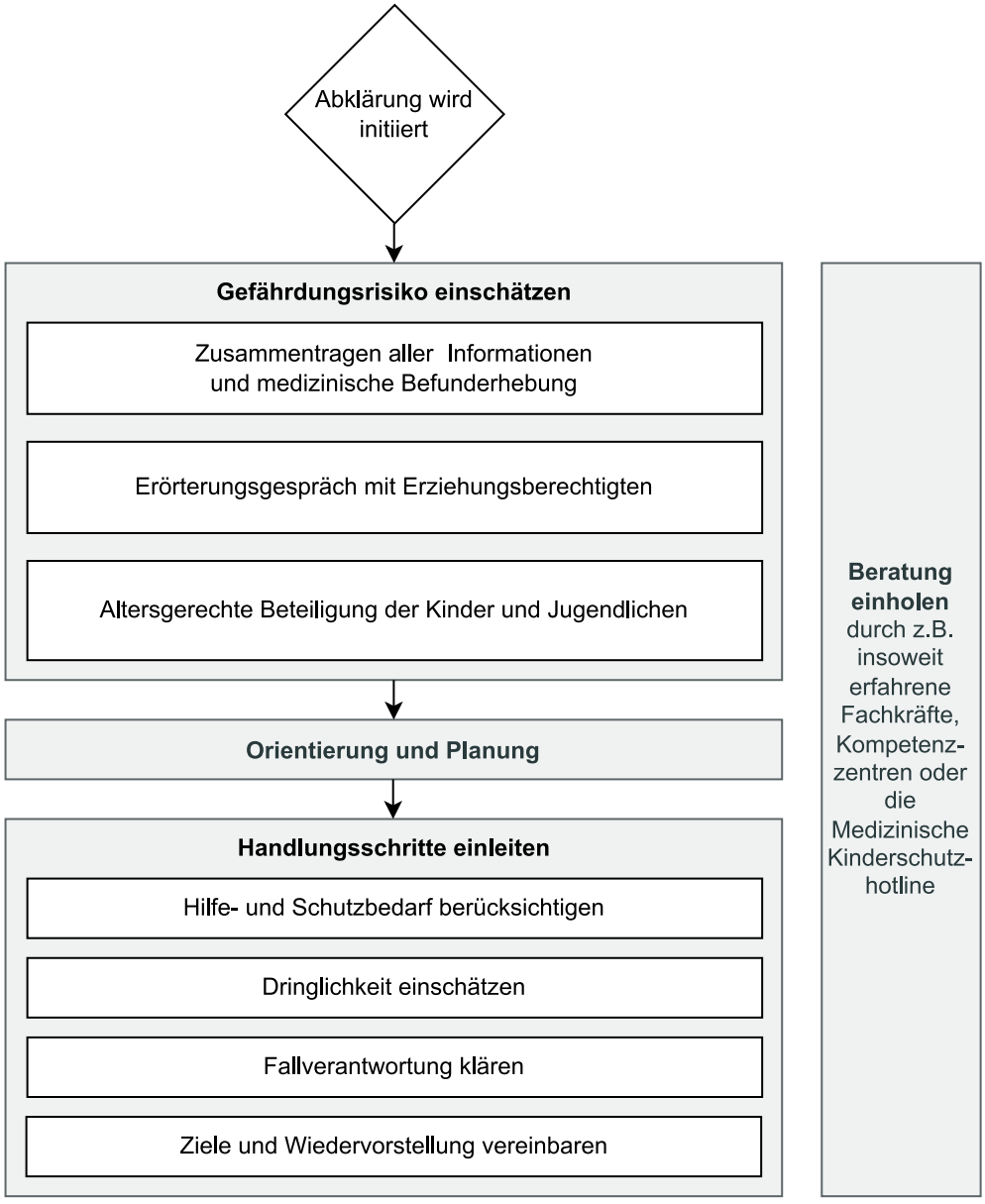
- **Hilfe- und Schutzbedarf**
  - Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf
  - Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf
  - Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf
  - Akute Gefährdung mit unmittelbaren Schutzbedarf

- **Dringlichkeit der weiteren Handlungsschritte**
  Dies betrifft bspw. die Frage nach der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten oder auch die Meldung einer Kindeswohlgefährdung bei akuter Gefahr, auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten. Eine Meldung an das Jugendamt ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten ist bundesweit durch den § 4 KKG (Befugnisnorm) geregelt. Gründe für dieses Vorgehen sollen nachvollziehbar im Arztinformationssystem dokumentiert werden.

- **Klärung Fallverantwortung**
  Die Verantwortung verbleibt entweder bei dem/der Kinder- und Jugendärzt:in oder wird geteilt bzw. übergeben. Diese Verantwortungsübernahme im Sinne der Garantenstellung von Ärzt:innen zum Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen schließt die Verantwortung der Erziehungsberechtigten nicht aus. Der Informationsaustausch sowie die Rückmeldungen werden geregelt, Ziele festgelegt und entsprechende Wiedervorstellungen vereinbart.
  - Keine Einbindung von Dritten
    Die Fallverantwortung bleibt bei dem/der Kinder- und Jugendärzt:in. Die Erziehungsberechtigten/Kindern bzw. Jugendlichen werden in die Verantwortung einbezogen. Diese/r arbeitet mit der Familie zusammen. Es werden Ziele vereinbart, umgesetzt und durch Wiedervorstellung gemeinsam überprüft. Die Fallverantwortung kann im Verlauf mit weiteren Dritten geteilt werden.
  - Einbindung von Dritten
    Die Fallverantwortung wird übertragen/geteilt.
    Die Zusammenarbeit erfolgt zwischen Kinder- und Jugendärzt:in, den Erziehungsberechtigten/Kindern bzw. Jugendlichen und einbezogenen Dritten. Der gegenseitige Informationsaustausch wird geregelt. Bei Bedarf wird eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos wiederholt. Es werden Ziele vereinbart, umgesetzt und durch Wiedervorstellung überprüft.
  - Fallübergabe (z.B. Jugendamt, Klinik)
    Die Fallverantwortung wird auf Dritte übertragen. Die entsprechenden Informationen werden im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten oder aufgrund einer Befugnis zur Weitergabe der Informationen an die fallverantwortliche Person übergeben.

- **Vereinbarung Ziele und Wiedervorstellung (s.o. Klärung Fallverantwortung)**

3. Ablaufschema



Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos innerhalb pädiatrischer Praxen (eigene Darstellung)

Gesprächsführung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Erörterungsgespräche finden i.d.R. zwischen der gesprächsführenden Fachkraft (z.B. Ärzt:in) und den Erziehungsberechtigten gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen statt. Einzelgespräche mit den Kindern bzw. Jugendlichen ergeben sich selten, sollten jedoch von der gesprächsführenden Fachkraft initiiert werden. Ein Einzelgespräch soll in jedem Fall stattfinden, wenn die Kinder bzw. Jugendlichen dies wünschen.

Anhand des Gespräches kann eingeschätzt werden, ob die Erziehungsberechtigten kooperativ („Bereitschaft“) und ausreichend kompetent („Fähigkeit“) sind. Dabei sollte eine Konfrontation vermieden, aber die Sorge um die Kinder bzw. Jugendlichen sowie eine Haltung der Fachkraft dazu klar vermittelt werden.

Wenn Erziehungsberechtigte nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, im Sinne des Schutzes des Kindes bzw. Jugendlichen zu kooperieren, sollte die Initiierung weiterer rechtlicher Schritte stattfinden. Darüber sollten die Erziehungsberechtigten informiert werden, soweit der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Voraussetzung für das Gespräch

Für ein Erörterungsgespräch zwischen der gesprächsführenden Fachkraft, den Erziehungsberechtigten und dem Kind bzw. Jugendlichen bedarf es einer ersten Orientierung/ersten Einschätzung zur (aktuellen) Situation des Kindes bzw. Jugendlichen und des geplanten weiteren Vorgehens. Anhand dieser ersten Einschätzung kann die Fachkraft die Dringlichkeit seiner/ihrer nächsten Schritte bestimmen und klare Ziele für das Gespräch festsetzen. Für Gespräche sollten folgende Punkte Beachtung finden:

- Störungen sind vorzubeugen, indem Türen geschlossen sind oder der MFA eine kurze Information dazu gegeben wird.
- Insbesondere bei schwierigen Gesprächen kann es sinnvoll sein, eine weitere Person (z.B. weitere Profession, MFA) als Zeug:in mit im Zimmer zu haben.
- Einschätzung des Gefährdungsrisikos und die Planung weiterer Schritte sollte immer durch ein 4-Augen-Prinzip sichergestellt werden (*s. HLF Gefährdungsrisiko).*
- Bei unklaren Situationen sollte eine pseudonymisierte Beratung in Anspruch genommen werden. Diese Beratung kann eine erste Orientierung zum weiteren Vorgehen im Umgang mit der Familie als auch eine gezielte fachliche Beratung zu medizinischen Befunden, zu psychosozialen Fragen oder auch Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe sein.

Zudem sollte eine Grundhaltung der gesprächsführenden Fachkraft bestehen, die sich an folgenden Punkten orientiert:

- Balance zwischen Empathie und Distanz: Verstehen aber nicht einverstanden sein; immer auf das Kind bzw. Jugendlichen bezogen bleiben
- Wertfreies Herangehen: Klare, aber sachliche Beschreibung der Beobachtungen, keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe
- Vertrauensvoller Ansatz: Erziehungsberechtigte haben prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind bzw. Jugendlichen
- Offenheit für Perspektivwechsel: Not der Erziehungsberechtigten wahrnehmen und anerkennen
- Transparenz: Informationen sowie eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen; Grenzen aufzeigen

2. Gesprächsablauf

Die Gesprächsphasen in diesem HLF sind angelehnt an Kölfen (2018)[1]. Die Struktur des Gespräches folgt einer „Sandwichstruktur", wobei der Einstieg und der Ausstieg eine emotionale Klammer bilden und in der Mitte die zu vermittelnde Botschaft eingebettet ist.
Zusätzlich werden Formulierungsbeispiele für das Gespräch mit Bezug zu Hilfevermittlung sowie zu Kinderschutzfällen genannt.

Phase 1: Einstieg in das Gespräch	
Sortierung der Fachkraft im Vorfeld des Gesprächs	**Kurzes Innehalten zur Sortierung** • Was ist der Gesprächsanlass und welche Informationen liegen vor? • Wer ist der/die Gesprächspartner:in? Was will ich ihm/ihr mitteilen? • Was ist das Ziel dieses Gespräches? • Wie viel Zeit steht für das Gespräch zur Verfügung? • Über was soll in der vereinbarten Zeit gesprochen werden? • Welches Ergebnis wäre aus Sicht der Beteiligten wünschenswert?
Gesprächsbeginn	**Gesprächsaufnahme** • Begrüßung • Einführung und Schaffung eines Gesprächsklimas • Information zu den Gründen und den Zielen des Gesprächs kommunizieren • Haltung der Erziehungsberechtigten zum Gesprächsthema erfassen

1 Kölfen W (2018), Ärztliche Gespräche, die wirken – Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin, 2. Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin

Beispiel	**Einzelgespräch mit Kind bzw. Jugendlichen initiieren** • *„Möchtest du mit mir als deiner/m Ärzt:in sprechen?“* • *„Ich würde gerne allein mit dir sprechen und bitte deine Eltern uns allein zu lassen.“* oder *„Ich möchte gerne erstmal allein mit Ihrem Kind über* [Befund/Beobachtung] *sprechen.“* oder *„Ich bin dein(e) Ärzt:in. Möchtest du gerne mit mir sprechen? Wir bitten deine Eltern aus dem Zimmer und holen sie dann wieder rein.“* **Gesprächsbeginn** • *„Ich bin in Sorge um Ihr Kind, weil ich beobachtet habe, dass ...“* oder *„Ich mache mir Sorgen und weiß, dass Sie sich auch Sorgen machen. Ich möchte, dass wir gemeinsam hinschauen.“* • *„Ich vermute, dass ...“* oder *„Ich möchte, dass wir gemeinsam hinschauen.“* • *„Wie erklären Sie sich das?“* oder *„Wie schätzen Sie die Situation ein?“*
Phase 2: Botschaft	
Gemeinsamer Austausch	**Informationen austauschen** • Überleitung zum Kern des Gespräches • Eigenen Sachstand vermitteln • Sachstand des Kindes bzw. Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten erfragen **Sorgen aller Beteiligten benennen** • Verständnisfragen klären • Verantwortungsübernahme thematisieren **Gemeinsam Lösungswege finden** • Optionen erläutern

Tipps

- Zeigen Sie Ihrem/r Gesprächspartner:in, dass Sie sich hier nicht als Gegner gegenüberstehen, sondern gleichberechtigte Gesprächspartner:innen sind, die das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen im Blick und das Ziel haben, gute Lösungen zu finden.
- Benennen Sie die Sorgen und die sich daraus ergebenen Folgen für das Kind bzw. Jugendlichen klar.
- Geben Sie den Erziehungsberechtigten die Möglichkeit, ihre Sicht zu schildern, wie sie die Situation einschätzen und was sie sich für ihr Kind wünschen.
- Erfragen Sie familiäre Ressourcen und Belastungen und entwickeln Sie gemeinsam Ideen für die Verbesserung der Situation.
- Arbeiten Sie die Unterschiede in Ihrer Wahrnehmung und der Wahrnehmung der Erziehungsberechtigten heraus.
- Beziehen Sie die Erziehungsberechtigten und wenn möglich auch das Kind bzw. Jugendlichen in die Lösungsansätze und das weitere Vorgehen ein.
- Fassen Sie die Schilderungen der Erziehungsberechtigten in Ihren eigenen Worten zusammen, um Missverständnisse auszuschließen.
- Stellen Sie immer wieder Rückfragen. So vergewissern Sie sich, ob die Erziehungsberechtigten Ihre Ausführungen nachvollziehen können, zustimmen oder eine andere Haltung haben.
- Werben Sie für Beratungs- und Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen, Jugendhilfe). Zeigen Sie Hilfsmöglichkeiten (Beratung, Jugendamt, etc.) auf. Geben Sie Kontaktdaten mit bzw. vermitteln Sie Kontakte telefonisch, oder vereinbaren Sie bereits in der Praxis einen Termin.

Beispiel

Verständnisfragen

- *„Ich verstehe, was Sie meinen, ich sehe dies aber etwas anders/ich vermute eher, dass …“*
- *„Es gibt viele Eltern, die hin und wieder an ihre Grenzen stoßen.“* oder *„Das ist eine schwierige Situation, für die es Lösungen gibt.“*
- *„Können Sie sich vorstellen, was Ihr Kind jetzt brauchen könnte?“*

Positive Bestärkung

- *„Wie sahen schöne gemeinsame Zeiten aus? Steht Ihnen jemand zur Seite?“*
- *„Sie haben erzählt, dass Sie ... bereits versucht oder umgesetzt haben. Darauf sollten Sie stolz sein.“* oder *„Sie haben schon viel geschafft. Machen Sie weiter so.“*
- *„In Ihrem Fall kann ich mir gut vorstellen, dass Ihnen … hilft.“*
- *„Ich würde gerne wissen, was Sie/du denken/denkst, was Ihnen/dir helfen würde?“*
- *„Ich kann Ihnen empfehlen, sich an dieser Stelle ... beraten zu lassen/ sich das Angebot vorstellen zu lassen.“*
- *„Es ist trotzdem wichtig, dass Sie in solchen Momenten die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen.“* oder *„Es ist wichtig, dass Sie verstehen, dass Sie für das Kind die Bezugsperson sind, die die Bedürfnisse ihres Kindes erfüllen sollte. Helfen Sie ihrem Kind, damit Sie seine/ihre Bedürfnisse erfüllen können. Überlegen Sie, was Sie dafür brauchen?“*
- *„Es ist Ihre Aufgabe als Mutter/Vater, für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen. Bitte sagen Sie mir, was Ihnen dabei helfen könnte?“*

Phase 3: Ausstieg aus dem Gespräch

Abschluss

Zusammenfassung und gemeinsame Festlegung

- Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Vereinbarungen am Ende des Gesprächs
- Verabschiedung mit positiven abschließenden Bemerkungen

Herausforderungen

- Gemeinsames Ziel annehmen: Schutz und gute Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen
- Vermeiden von Missverständnissen durch Zusammenfassung der Gesprächsinhalte
- Klare Vereinbarung über das weitere Vorgehen: Zeitliche Festlegung
- Aufzeigen von Konsequenzen, z.B. Jugendamt informieren
- Verpflichtungen der Kinder- und Jugendärzt:in dem Kind bzw. Jugendlichem gegenüber: Zusammenarbeit mit dem Jugendamt
- Notizen, die während des Gesprächs gemacht wurden, helfen, grundlegende Haltungen, Ergebnisse und vereinbarte Maßnahmen am Ende des Gesprächs nochmal zusammenzufassen und ein Gesprächsprotokoll anzufertigen. Dieses kann als Grundlage für einen Anschlusstermin dienen und hält fest, welche Schritte folgen sollen und wer für welche Punkte verantwortlich ist.

Beispiel

Ziele, Verpflichtungen und Vereinbarungen

- *„Sie wollen, dass es Ihrem Kind gut geht, dies ist auch mein Anliegen.“*
- *„Ich habe notiert, dass wir uns am … wiedersehen. Bis dahin würde ich Sie bitten, sich um… zu kümmern.“* oder *„Sie haben schon viel geschafft, darauf können Sie stolz sein.“*
- *„Ich habe folgendes verstanden:...; trotzdem verstehe ich nicht alle Zusammenhänge, deshalb werde ich mir Hilfe beim Jugendamt holen, um die Situation Ihres Kindes und meiner/meines Patient:in zu verstehen. Ich würde es sinnvoll finden, wenn wir diesen Weg gemeinsam gehen.“*
- *„Ich sehe mich verpflichtet zu handeln und werde die Sorge um Ihr Kind mit jemanden teilen, der dafür zuständig ist; dies sind Kolleg:innen des Jugendamtes.“*

3. Impulse

3.1 Ergänzende Hinweise im Umgang mit Kindern bzw. Jugendlichen, Erziehungsberechtigten und der gesprächsführenden Fachkraft

Umgang mit Kindern bzw. Jugendlichen

- Interesse zeigen und Kinder bzw. Jugendliche beteiligen
- Kinder bzw. Jugendliche haben das Recht, über ihre „Geschichte" mitzubestimmen.
- Kinder bzw. Jugendliche dafür gewinnen, was Sie vorhaben: *„Ich würde jetzt gerne … machen. Was denkst Du dazu?"*
- Zur Einschätzung Skalen verwenden: *„Wie gefährlich schätzt Du die Situation ein?"*
- Verurteilen der Eltern vor Kindern bzw. Jugendlichen vermeiden: *„Ich kann mir vorstellen, dass Du das nicht gut findest, wenn Dein Vater mit Dir schimpft."* Bei Wertungen kommt sofort Loyalität und Widerstand

Umgang mit Erziehungsberechtigten

- Einstieg ins Gespräch: *„Wie geht es Ihnen denn?";* damit sich die Eltern als Person gesehen fühlen
- Bei fehlenden Details mit weiteren Fragen konkretisieren: *„Sie haben mir beim letzten Mal erzählt, dass …"*
- Ansprechen: *„Es macht mir Sorge"* – nie Vorwürfe oder Anklagen
- Grundsätzlich wertschätzend bleiben: der gute Kontakt zu Erziehungsberechtigten kann den Kontakt zum Kind bzw. Jugendlichen erleichtern.
- Erziehungsberechtigte mitbestimmen lassen: *„Was hilft Ihnen denn?"*, *„Wenn sich was ändern würde, was könnten Sie davon haben?"*
- Zur Einschätzung Skalen verwenden: *„Wieviel Sorgen machen Sie sich um ihr Kind?"*
- Vereinbarungen gemeinsam aufschreiben

Hinweise für die gesprächsführende Fachkraft selbst

- Ruhe bewahren
- Erfahrung sammeln: Bestimmte Formulierungen zu den „eigenen Sätzen" umbauen und lernen mit der Zeit anzuwenden

3.2 Herausfordernde Faktoren innerhalb der Gesprächsführung

Faktor Bewusstsein

- Fälle von Vernachlässigung haben häufig eine Historie bei den Eltern. Die Eltern haben ggf. selbst Vernachlässigung und damit eine geringe Wertschätzung erfahren und fühlen sich entsprechend schnell angegriffen bzw. reagieren mit Entwertung nach außen.
  - *„Das ist nicht das, was Sie hören wollen, aber ich weiß auch, dass Sie Gutes für Ihr Kind möchten."*
  - *„Ich weiß, Sie machen bereits unheimlich viel, aber Sie können auch nicht alles leisten und da müssen wir jetzt mal schauen, wie wir Sie unterstützen können."*

- *„Was denken Sie, was Ihnen helfen kann?“*, auf Antwort *„gar nichts“*: *„Gar nichts gibt's nicht“* bzw. *„So aussichtslos mag ich das gar nicht sehen bei Ihnen, lassen Sie uns mal überlegen.“*

- An Beratungsstelle vermitteln: *„Wie erfahre ich von Ihnen, dass das läuft?“*
- Termine einhalten: *„Wie kann ich Sie unterstützen? Hilft es Ihnen, wenn wir Sie vorab nochmal erinnern?“*

Faktor Wertschätzung

- Eltern zur Mitbestimmung einladen: *„Wenn sich etwas ändern würde, was könnten Sie davon haben?“, „Ich wünsche Ihnen, Entlastung und Unterstützung zu haben.“*
- Als Gesprächsbasis: *„Ich weiß, dass Sie Gutes für Ihr Kind wollen“*
- Hilfeangebote wertschätzend, niederschwellig formulieren: *„Mich würde das auch ganz schön fordern, …“*

Faktor Vertrauen

- Bisheriges Vertrauen nutzen; auf bereits gemeinsam Erreichtes fokussieren: *„Wissen Sie noch …?/ Wir haben schon so viel gemeinsam geschafft. Das schaffen wir auch!“*

Faktor Zeit

- Zeitmanagement: Wie können Gespräche im engen Zeitplan untergebracht werden? Gespräche über Schwieriges gehen nicht zwischen Tür und Angel. Manchmal reichen 15-20 Minuten, um etwas deutlich zu machen; für Kinder können bereits 10-15 Minuten lang sein.
- Beurteilen, wie akut die Situation ist; die meisten Fälle haben Zeit: Vieles andere kann warten, ohne aber vergessen zu werden!
- Eltern und Kind bzw. Jugendlichen ernst nehmen, wertschätzen und ihnen Zeit geben
- Familie bei Sorgen wieder einbestellen; für schwierige Gespräche einen Rand-Termin wählen

Faktor Situation aushalten

- Aushalten, dass wichtige Informationen von Eltern und Kind bzw. Jugendlichen nicht mitgeteilt werden: Manchmal wollen Kinder bzw. Jugendliche nichts erzählen – und das dürfen sie (z.B. eine Jugendliche, die sich ritzt: oft wissen die Jugendlichen gar nicht, warum sie so handeln. Dies kann mit diffusen Gefühlen oder Spannungen zu tun haben.).
- Aushalten, Dinge nicht direkt anzusprechen
- Sich bewusst machen, das Abwarten manchmal nicht unbedingt negative Folgen haben muss.
- Aushalten, dass Familien die Praxis wechseln: Das sollte nicht verhindern, wertschätzend und klar zu sein.

Faktor Verantwortung teilen

- Die eigenen Grenzen berücksichtigen und ansprechen, gerade wenn Hilfen notwendig sind: *„Dafür brauchen wir jemand anderes … ich kenne da jemanden.“*
- Weiter verweisen an andere Stellen: Jugendberatungsstellen bieten Beratung oft ohne große Wartezeiten niedrigschwellig, vertraulich und ohne Einbezug der Eltern an.

Faktor Interkulturalität

- In anderen Kulturen gibt es nicht nur andere Bilder von Erziehung, sondern auch von Hilfen: Hilfesysteme in Deutschland sind ggf. für andere Kulturen fremd.
  - Mögliche kulturell mitbedingte Problemlagen und Perspektiven beachten: eine Balance zwischen kultursensibler Arbeit und Klarheit bezogen auf das Verständnis von Kindeswohlgefährdung/Kindeswohl finden.
  - Erziehungsberechtigte sensibilisieren und gewinnen, um Hilfestrukturen in Anspruch zu nehmen.
- Sprach- und Kulturbarrieren
  - Sprachbarrieren können einen Hemmfaktor für eine gelungene Kommunikation darstellen.
  - ggf. Sprach- und Kulturmittler:innen in Anspruch nehmen[2]
  - Falls Kinder bzw. Jugendliche dolmetschen sollten, sollte darauf geachtet werden, dass sie nicht in eine Verantwortungsposition gedrängt werden, der sie ggf. nicht gewachsen sein könnten.

2 Weitere Informationen unter: https://www.sprachundintegrationsmittler.org/

Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Die Dokumentation von Patienteninformationen, wie z.B. Befunde, Bilder und Beobachtungen, ist zentraler Bestandteil im medizinischen Kinderschutz und dient der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Vorstellungen von Kindern bzw. Jugendlichen im Kontext von Gefährdungseinschätzungen sowie bei Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung im Rahmen von anderen Vorstellungsanlässen. Es sollte festgelegt werden, ob die Informationen für die interne oder externe Kommunikation benötigt werden.

Die Dokumentation hat folgende Zwecke:

- Reine Informationsübermittlung an weiterbehandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen im Sinne eines Arztbriefes (*s. HLF Kinderschutzbrief*)
- Vermeidung der Notwendigkeit erneuter Schilderung des Tathergangs für die Betroffenen (Belastungsreduktion)
- Festhaltung erster Verdachtsmomente im Hinblick auf eine spätere Relevanz im Sinne der Sachklärung (z.B. bei späteren gerichtlichen Verfahren)
- Dokumentation der eigenen Entscheidungsprozesse, insbesondere in Bezug auf das Einleiten oder Nicht-Einleiten von Handlungsschritten (Güterabwägung)

Bei der Dokumentation muss beachtet werden, dass der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen vor unzulässigen Zugriffen durch Dritte auf die Dokumentation (z.B. Bildmaterial) gewährleistet ist. Jede Institution sollte über ein standardisiertes Vorgehen mit angepassten Datenschutzkonzept und einer passenden Infrastruktur in Bezug auf die Erstellung und Aufbewahrung der Dokumentation verfügen (geschützte Server oder abgeschlossene Aktenschränke).

2. Rechtliche Grundlagen

Das medizinische Personal muss bei der Dokumentation und für die Aufbewahrung der Informationen einige Aspekte beachten:

- Änderungen oder Berichtigungen der Patientenakte müssen sich klar vom ursprünglichen Inhalt laut § 630f BGB abheben und mit Datum versehen sein.
- Die Akte und alle damit zusammenhängenden Dokumentationen müssen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden, sofern nicht andere spezifische Aufbewahrungsfristen bestehen.
- Im Falle zivilrechtlicher Haftungsansprüche (Schadenersatz) oder bestimmter Straftaten (z.B. sexuelle Gewalt an Kindern) beträgt die Verjährung des Falles und somit auch die

ärztliche Aufbewahrungsfrist laut § 199 Abs. 2 BGB bis zu 30 Jahre.

- Insbesondere bei Sexualstraftaten nach §§ 174 – 184 StGB wurde eine schärfere Rechtsprechung festgelegt, die je nach der Schwere der sexuellen Gewalt, dem Datum der Tat und dem Alter des Kindes bzw. Jugendlichen variiert und aufgrund von Ruhzeiten der Verjährungsfrist nach § 78b StGB die Möglichkeit zur langfristigen Strafverfolgung des/der Täter:in bietet.

3. Inhalte der Dokumentation

In Abhängigkeit davon, zu welchem Zwecke die Dokumentation dient und im Anschluss verwendet werden soll, ergeben sich Unterschiede in der Ausgestaltung von Text und Form. Es kann eine Dokumentation für den externen oder internen Gebrauch angefertigt werden. Die externe Dokumentation dient der Informationsweitergabe an Dritte (z.B. Ärzt:innen, Jugendamt), während die interne Dokumentation als Bestandteil der hausinternen Patientenakte verfasst wird.

3.1 Allgemeines zur Dokumentation

- Folgende Aspekte sind bei jeglicher Dokumentation zu beachten:
- Die Informationen dürfen nicht wertend verfasst werden.
- Es muss ersichtlich werden, wann die Dokumentation (Datum und Uhrzeit) durch wen (Name und Funktion) erfolgte.
- Es sollten Abkürzungen vermieden werden bzw. nur gebräuchliche genutzt werden.
- Telefonate müssen als solche kenntlich gemacht werden. Informationen zu Datum/Uhrzeit, Berechtigung einer Auskunft und Informationen zur Person, mit der das Telefonat geführt wurde (Name und Funktion der Person), müssen vermerkt werden.
- Dokumentationen über in Präsenz geführte Gespräche müssen sowohl Aufschluss über alle am Gespräch teilnehmenden Personen geben als auch eine klare Abtrennung der getätigten Aussagen nach Personen beinhalten. In diesem Zusammenhang können auch Informationen von Belang sein, die die Situation vermitteln, unter der die Aussagen getätigt wurden.
- Bei der nachträglichen Hinzufügung von Informationen zur Dokumentation muss dies kenntlich gemacht werden.
- Im Falle einer Datenweitergabe muss die entsprechende Einwilligung zur Datenweitergabe vorliegen oder vermerkt werden, aus welchem Grund eine Datenweitergabe ohne Einwilligung erfolgen kann (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*). Es müssen folgende Informationen dokumentiert werden:
  - An wen erfolgt die Datenweitergabe?
  - Wann?
  - Und aus welchen Gründen?

3.2 Dokumentation externer Gebrauch

Bei der Erstellung einer Dokumentation für den externen Gebrauch müssen Kinder bzw. Jugendliche primär vor unzulässigem Informationszugriff geschützt werden. Des Weiteren muss bei externen Dokumentationen beachtet werden, dass es keine Sicherstellung des Datenschutzes der zu übermittelnden Informationen geben kann. Weiterhin gilt, dass eine Darlegung von nicht zulässigen Informationen (z.B. über Dritte) die Berichte angreifbar machen und in ihrer Gesamtheit (also auch die Aussagen der Kinder bzw. Jugendlichen, die sie hinsichtlich einer möglichen Straftat getätigt haben) in Bezug auf Sorgfalt und Qualität hinterfragt werden können. Der nach extern übermittelte Arztbrief/Befund ist kein Gutachten; dieses ist gesondert zu bestellen und zu erstellen.

Folgende Informationen müssen für die Dokumentation für den externen Gebrauch berücksichtigt werden:

- Allgemeine Informationen zum Ort, Datum und der anwesenden Personen
- Erzählung des Kindes bzw. Jugendlichen nicht ordnen oder „schönreden“; möglichst wörtlich wiedergeben und entsprechend kennzeichnen
- Darlegung der kompletten medizinischen Diagnostik und ihrer Befunde (apparative Diagnostik; Serologien; Drogentests; Abstriche; Hämatome deskriptiv, Exkoriationen deskriptiv; kein automatisches Anfügen der Fotodokumente; Entwicklungsstand, Pflegezustand in gängiger Form; etc.)
- Detaillierte Beschreibungen (von sexueller Gewalt, körperlicher oder seelischer Misshandlung) werden nicht aufgenommen. Diese dienen vorrangig zur hausinternen Absprache und werden zum Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen nur in Fällen beigefügt, wenn es dem Sachverhalt dienlich ist. Es kann der Verweis eingefügt werden, dass weiterführende Informationen in der geschützten Kinderschutz-Akte hinterlegt sind.
- Detaillierte Informationen zu anderen assoziierten Personen einer möglichen Kindeswohlgefährdung werden nur aufgenommen, wenn es der Erläuterung des Sachverhalts dient. Es muss deutlich werden, woher diese Informationen stammen.
- Eigene Beobachtungen über Wahrnehmungen von Emotionen und/oder Verhaltensweisen (aggressives Verhalten, Traurigkeit, Angst, etc.) müssen wertfrei beschrieben und als solche durch den/die Beobachter:in gekennzeichnet werden.

3.3 Dokumentation interner Gebrauch

Die interne Dokumentation wird in einem geschützten Bereich (z.B. digitales Dokumentationssystem) hinterlegt und kann nur von berechtigten Personen eingesehen werden (s.u. 4.). Die Informationen werden im Detail umfangreicher erfasst und enthalten Folgendes:

- Informationen, die sich nicht auf die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen selbst beziehen, sondern auf Dritte (Erziehungsberechtigte, Verwandte, Erzieher:innen etc.) und die nicht zwingend zur Erfassung der medizinischen Situation notwendig sind, wie z.B.:
  - Informationen, die die Vergangenheit der Eltern/ Begleitpersonen etc. betreffen
  - Informationen, die von Begleitpersonen als vertrauliche Information gegeben wurden
  - Informationen die z.B. den Gesundheitszustand Dritter betreffen, wenn es der Erfassung der Fragestellung dienlich ist

- Informationen/Beobachtungen zu Situationen in der medizinischen Einrichtung (z.B. in der Untersuchungssituation: Begleitperson übt Druck auf das Kind aus, droht, macht Anschuldigungen)
- Informationen, die eine detaillierte Beschreibung von z.B. sexuellen Handlungen/Gewalt, körperlichem und/oder seelischem Missbrauch beinhalten; in diesem Kontext sollten die Erzählungen der Kinder bzw. Jugendlichen unbedingt im Wortlaut und interpretationsfrei erfasst werden.
  Anmerkung: Kinder bzw. Jugendliche sind zumeist die einzigen Zeug:innen. Der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens ist oft abhängig von ihren Aussagen und ihrer Glaubwürdigkeit.

Jegliche Dokumentation ist datenschutzrechtlich korrekt durchzuführen (hausintern geregelt über die Nachvollziehbarkeit von Datenbearbeitung, wie z.B. das Einholen von Unterschriften und das Einscannen und Anhängen dieses Dokumentes an die Patientenakte) und festzuhalten.

Für die interne Dokumentation werden von der/des Kinderschutzambulanz/-gruppen die Dokumente separat angelegt und können nur von berechtigten Personen eingesehen und ergänzt werden. Wichtige, als intern zu führende Informationen, sollten im Rahmen von Fallbesprechungen übermittelt werden. Die interne Dokumentation ist nicht der „Besitz des/der Dokumentierenden", sondern ebenfalls Teil der Patientenakte. Zum Schutz der Betroffenen ist dieser Teil der Akte nur unter besonderen Bedingungen zugänglich. Bei Unsicherheiten zur Ablage von Informationen sollten diese im Rahmen von Fallbesprechungen geklärt werden.

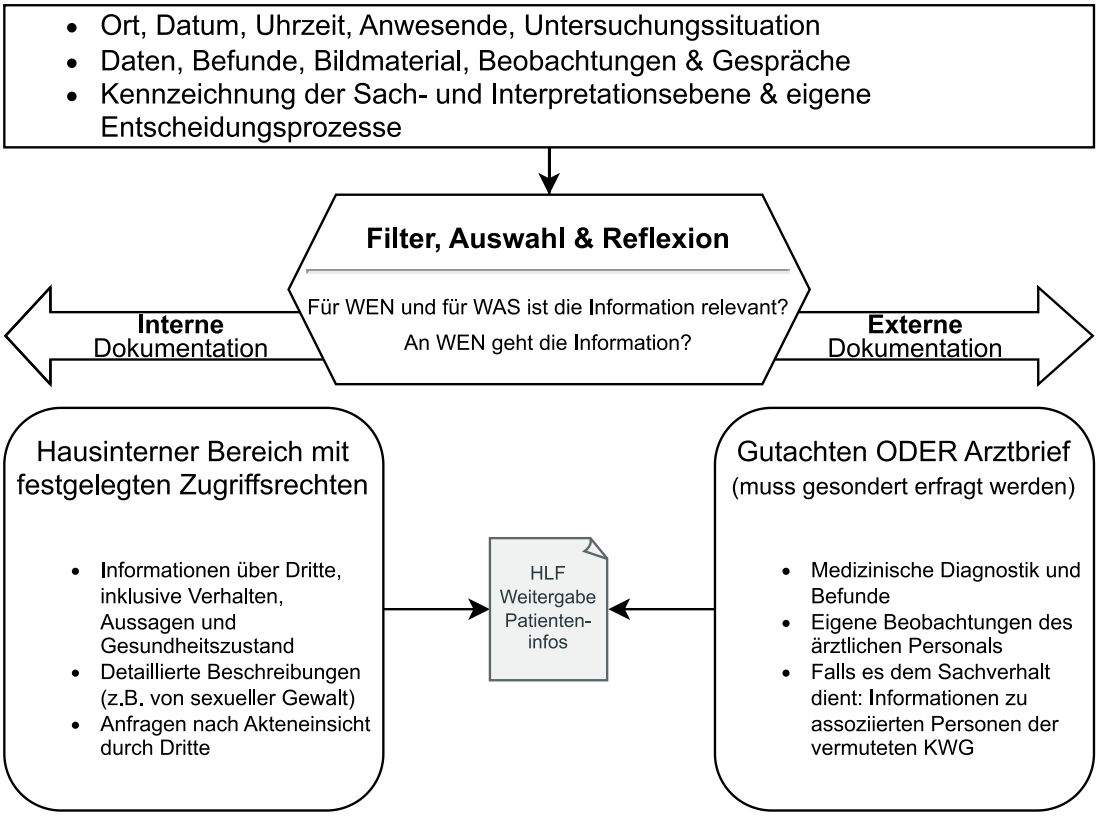
Externe Anfragen nach Akteneinsicht und -ausgabe müssen über die Rechtsvertretung der Klinik und unter Berücksichtigung der Einwilligung der Patienteninformationsweitergabe geprüft werden (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*).

4. Datenschutzkonzept

Jede medizinische Einrichtung sollte über eine Standard Operation Procedure (SOP) und ein auf das System und die Infrastruktur innerhalb der Einrichtung angepasstes Datenschutzkonzept für die folgenden Themenbereiche verfügen:

- Lagerung von Kinderschutzakten im geschützten Bereich (z.B. geschützter Server oder abschließbarer Schrank mit Schlüsselkonzept; Archiv für Papierakten)
- Regelungen zu Speicherung/Sicherung/Aufbewahrung/Verwaltung einzelner (forensischer) Befunde (z.B. geschützter Server oder abschließbarer Schrank mit Schlüsselkonzept)

5. Ablaufschema



Dokumentation von Datenweitergabe (an wen, wann und warum?)

1. **mit** Einwilligung (für was genau hat wer eingewilligt?)
2. **ohne** Einwilligung (bei Gefährdung!)
   - nach § 34 StGB wegen akuter Gefahr und nach reiflicher Güterabwägung, die aus der Dokumentation ersichtlich werden soll oder
   - gemäß § 4 Abs. 3 KKG „Vielleicht ohne Willen aber nicht ohne Wissen" oder
   - nach Entbindung der Schweigepflicht durch eine Gerichtsbarkeit

Ablaufschema der Dokumentation von Patienteninformationen in Kliniken bei V.a. Kindeswohlgefährdung

Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Praxen

1. Hintergrund

Die Dokumentation von Patienteninformationen, wie z.B. Befunde, Bilder und Beobachtungen, ist zentraler Bestandteil im medizinischen Kinderschutz und dient der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Vorstellungen von Kindern bzw. Jugendlichen im Kontext von Gefährdungseinschätzungen sowie bei Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung (KWG) im Rahmen von anderen Vorstellungsanlässen. Es sollte festgelegt werden, ob die Informationen für die interne oder externe Kommunikation benötigt werden. Die Maßnahmen, die mit der kinderschutzbezogenen Versorgung zusammenhängen, sollen in der Patientenakte möglichst detailliert dokumentiert werden. Diese Dokumentation ist die Grundlage für Informationsweitergaben innerhalb der pädiatrischen Praxis sowie nach außen und ist im Zweifelsfall eine rechtsverwertbare Dokumentation, auf die immer wieder zurückgegriffen werden kann.

Die Dokumentation hat folgende Zwecke:

- Informationsübermittlung an weiterbehandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen im Sinne eines Arztbriefes
- Informationsvorhalt für Nachfragen von Dritten (z.B. Jugendamt, Klinik)
- praxisinterne Informationsweitergabe zur Sicherstellung eines Datenverlaufs
- Festhaltung erster Verdachtsmomente im Hinblick auf eine spätere Relevanz im Sinne der Sachklärung (z.B. bei späteren gerichtlichen Verfahren)
- Dokumentation der eigenen Entscheidungsprozesse, insbesondere in Bezug auf das Einleiten oder Nicht-Einleiten von Handlungsschritten (Güterabwägung)

Bei der Dokumentation muss beachtet werden, dass der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen vor unzulässigen Zugriffen durch Dritte auf die Dokumentation (z.B. Bildmaterial) gewährleistet ist. Jede Praxis sollte über ein standardisiertes Vorgehen mit angepassten Datenschutzkonzept und einer passenden Infrastruktur in Bezug auf die Erstellung und Aufbewahrung der Dokumentation verfügen (geschützte Server oder abgeschlossene Aktenschränke).

2. Rechtliche Grundlagen

Das medizinische Personal muss bei der Dokumentation und für die Aufbewahrung der Informationen einige Aspekte beachten:

- Änderungen oder Berichtigungen der Patientenakte müssen sich laut § 630f BGB klar vom ursprünglichen Inhalt abheben und mit Datum versehen sein.
- Die Akte und alle damit zusammenhängenden Dokumentationen müssen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden, sofern nicht andere spezifische Aufbewahrungsfristen bestehen.

- Im Falle zivilrechtlicher Haftungsansprüche (Schadenersatz) oder bestimmter Straftaten (z.B. sexueller Gewalt an Kindern) beträgt die Verjährung des Falles und somit auch die ärztliche Aufbewahrungsfrist laut § 199 Abs. 2 BGB bis zu 30 Jahre.
- Insbesondere bei Sexualstraftaten nach §§ 174 – 184 StGB wurde eine schärfere Rechtsprechung festgelegt, die je nach der Schwere des sexuellen Missbrauchs, dem Datum der Tat und dem Alter des Kindes variiert und aufgrund von Ruhzeiten der Verjährungsfrist nach § 78b StGB die Möglichkeit zur langfristigen Strafverfolgung des/der Täter:in bietet.

3. Inhalte der Dokumentation

In Abhängigkeit davon, zu welchem Zwecke die Dokumentation dient und im Anschluss verwendet werden soll, ergeben sich Unterschiede in der Ausgestaltung von Text und Form. Es kann eine Dokumentation für den externen oder internen Gebrauch angefertigt werden. Die externe Dokumentation dient der Informationsweitergabe an Dritte (z.B. Ärzt:innen, Jugendamt), während die interne Dokumentation als Bestandteil der Dokumentation innerhalb der Praxis verfasst wird.

3.1. Allgemeines zur Dokumentation

Folgende Aspekte sind bei jeglicher Dokumentation zu beachten:

- Die Informationen dürfen nicht wertend verfasst werden.
- Es muss ersichtlich werden, wann die Dokumentation (Datum und Uhrzeit) durch wen (Name und Funktion) erfolgte.
- Es sollten Abkürzungen vermieden bzw. nur gebräuchliche genutzt werden.
- Telefonate müssen als solche kenntlich gemacht werden. Informationen zu Datum/Uhrzeit, Berechtigung einer Auskunft und Informationen zur Person, mit der das Telefonat geführt wurde (Name und Funktion der Person), gilt es zu vermerken.
- Dokumentationen über in Präsenz geführte Gespräche müssen sowohl Aufschluss über alle am Gespräch teilnehmenden Personen geben als auch eine klare Abtrennung der getätigten Aussagen nach Personen beinhalten. In diesem Zusammenhang können auch Informationen von Belang sein, die die Situation vermitteln, unter der die Aussagen getätigt wurden.
- Bei der nachträglichen Hinzufügung von Informationen zur Dokumentation muss dies kenntlich gemacht werden.
- Im Falle einer Datenweitergabe muss die entsprechende Einwilligung zur Datenweitergabe vorliegen oder vermerkt werden, aus welchem Grund diese ohne Einwilligung erfolgen kann (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*). Es müssen folgende Informationen dokumentiert werden:
  - An wen erfolgt die Datenweitergabe?
  - Wann?
  - Und aus welchen Gründen?

3.2. Dokumentation externer Gebrauch

Bei der Erstellung einer Dokumentation für den externen Gebrauch müssen Kinder bzw. Jugendliche primär vor unzulässigem Informationszugriff geschützt werden. Des Weiteren muss bei externen Dokumentationen beachtet werden, dass es keine Sicherstellung des Datenschutzes der zu übermittelnden Informationen geben kann. Weiterhin gilt, dass eine Darlegung von nicht zulässigen Informationen (z.B. über Dritte), die Berichte angreifbar machen und in ihrer Gesamtheit (also auch die Aussagen der Kinder bzw. Jugendlichen, die sie hinsichtlich einer möglichen Straftat getätigt haben) in Bezug auf Sorgfalt und Qualität hinterfragt werden können. Die nach extern übermittelten Informationen, wie z.B. Meldung gewichtiger Anhaltspunkte für eine KWG an das Jugendamt nach § 4 KKG oder Texte auf Überweisungen sind kein Gutachten; dieses ist gesondert zu bestellen und zu erstellen.

Folgende Hinweise sollten für die Dokumentation für den externen Gebrauch berücksichtigt werden:

- Allgemeine Informationen zum Ort, Datum und der anwesenden Personen
- Erzählung des Kindes bzw. Jugendlichen sowie der Erziehungsberechtigten (oder begleitenden Personen) nicht ordnen oder „schönreden“; möglichst wörtlich wiedergeben und entsprechend kennzeichnen
- Sachliche Beschreibung der Situation in der Praxis, einschließlich der Dokumentation der Befunde (bzw. warum keine Befunde erhoben worden sind), des Verhaltens der Kinder bzw. Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten (bzw. anwesenden Personen) und ggf. Fotodokumentation
- Detaillierte Informationen zu anderen assoziierten Personen einer möglichen KWG werden nur aufgenommen, wenn es der Erläuterung des Sachverhalts dient. Es muss deutlich werden, woher diese Informationen stammen.
- Eigene Beobachtungen über Wahrnehmungen von Emotionen und/oder Verhaltensweisen (z.B. aggressives Verhalten, Traurigkeit, Angst) müssen wertfrei beschrieben und als solche durch den/die Beobachter:in gekennzeichnet werden.

Wichtig: Entscheidungen inkl. der Gründe grundsätzlich immer in der Patientenakte dokumentieren, wenn möglich mit Namenszeichen.

3.3. Dokumentation interner Gebrauch

Aussagen, die nicht für Dritte bestimmt sind, werden in der Patientenakte mit sogenannten unterdrückten Zeilensystemen erfasst. Dabei sollte gewährleistet werden, dass bei Kopie oder Herausgabe der Patientenakte diese Zeilen nicht übermittelt werden. Die interne Dokumentation wird in einem geschützten Bereich (z.B. des Arztinformationssystems) hinterlegt und kann nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Jede Praxis sollte ein auf das System und die Infrastruktur innerhalb der Einrichtung angepasstes Datenschutzkonzept verfügen.

Die Informationen werden im Detail umfangreicher im Gegensatz zur externen Dokumentation erfasst und enthalten Folgendes:

- Informationen, die sich nicht auf die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen selbst beziehen, sondern auf Dritte (Erziehungsberechtigte, Verwandte, Erzieher:innen etc.) und die nicht zwingend zur Erfassung der medizinischen Situation notwendig sind, wie z.B.:
  - Informationen, die die Vergangenheit der Eltern oder Begleitpersonen etc. betreffen
  - Informationen, die von Begleitpersonen als vertrauliche Information gegeben wurden
  - Informationen die z.B. den Gesundheitszustand Dritter betreffen, wenn es der Erfas-sung der Fragestellung dienlich ist
- Informationen oder Beobachtungen zu Situationen in der medizinischen Einrichtung (z.B. in der Untersuchungssituation: Begleitperson übt Druck auf das Kind aus, droht, macht Anschuldigungen)
- Informationen, die eine detaillierte Beschreibung von z.B. sexuellen Handlungen/Gewalt, körperlichem und/oder seelischem Missbrauch beinhalten. In diesem Kontext sollten die Erzählungen der Kinder bzw. Jugendlichen unbedingt im Wortlaut und interpretationsfrei erfasst werden.
  Anmerkung: Kinder bzw. Jugendliche sind zumeist die einzigen Zeug:innen. Der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens ist oft abhängig von ihren Aussagen und ihrer Glaubwürdigkeit.

Jegliche Dokumentation ist datenschutzrechtlich korrekt durchzuführen und festzuhalten. Externe Anfragen nach Akteneinsicht und -ausgabe müssen über den/die Praxisinhaber:in und unter Berücksichtigung der Einwilligung zur Weitergabe von Patienteninformationen geprüft werden (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*).

Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Dieser Handlungsleitfaden regelt die fotografische Dokumentation von äußerlich erkennbaren Verletzungen und Hautauffälligkeiten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (KWG). Wenn im Rahmen einer Vorstellung Hinweise auf eine (akute) KWG auffallen oder Kinder bzw. Jugendliche oder im Rahmen einer Überprüfung der Gefährdung gemäß § 8a SGB VIII vorgestellt werden, so müssen alle äußerlichen Befunde fotografisch dokumentiert werden.

Eine Fotodokumentation kann aus diversen Gründen notwendig sein:

1. Dokumentation einer Verletzung
2. Dokumentation des Heilungsverlaufs
3. Beurteilung der Verletzungsgenese durch den Heilungsverlauf
4. Dokumentation von Verletzungsresiduen
5. Dokumentation von Hautauffälligkeiten
6. Dokumentation bei Hinweis auf Vernachlässigung
7. Möglichkeit der Zweitbegutachtung

Insbesondere bei einer vermuteten KWG können äußerlich erkennbare Auffälligkeiten und Verletzungen vielfach relevant sein.

Einige Verletzungen sind beweisend oder hoch verdächtig für eine KWG und werden im Verlauf durch weitere Institutionen begutachtet, um einen Verdacht zu bestätigen oder auch zu entkräften. Da diese Begutachtungen zeitlich gesehen meist weit nach der Akutsituation stattfinden, ist eine gute Dokumentation der Erstverletzung zur Klärung des Sachverhaltes entscheidend. Insbesondere eine forensisch sachverständige Begutachtung benötigt eine gut auswertbare und nachvollziehbare Erstdokumentation.

Da in der Erstvorstellung die Relevanz von einzelnen Befunden sowie des Heilungsverlaufes in den meisten Fällen unklar ist, sollte immer von allen Auffälligkeiten eine ausführliche Fotodokumentation durchgeführt werden.

Die Fotodokumentation ersetzt weder die schriftliche Dokumentation noch die Beschreibung der Befunde. Diese müssen ergänzend in der Patientendokumentation und dort in einem Körperschema festgehalten werden. Stimmen die Erziehungsberechtigten einer Fotodokumentation nicht zu, so wird der Befund ausschließlich anhand einer Körperschema-Skizze festgehalten und dokumentiert.

2. Relevante Auffälligkeiten

Bei der Erstvorstellung werden alle äußerlichen Auffälligkeiten ungeachtet der Fremd- oder Eigenverursachung oder der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit dokumentiert. Dies betrifft sämtliche Verletzungen, Hämatome, Narben, Rötungen, Schwellungen und Nävi.

Weiterhin sollten Hinweise auf eine Vernachlässigung fotodokumentiert werden. Dies meint neben Verschmutzungen der Kinder bzw. Jugendlichen auch inadäquat gepflegte Körperareale, wie z.B. Hautfalten, Finger- und Fußnägel, oder Karies. Unangemessene Kleidung (bspw. zu klein, kaputt, über die Maße verschmutzt o.ä.) sollte ebenfalls fotodokumentiert werden.

Bei einem stationären Aufenthalt werden sämtliche akute Verletzungen in ihren Heilungsstadien im Verlauf fotografisch dokumentiert. Je nach klinischem Zustand der Kinder bzw. Jugendlichen und der Dynamik des Verlaufs, wird die Dokumentation in unterschiedlich engen Zeitfenstern durchgeführt. Bei einem intensivpflichtigen Kind bzw. Jugendlichen sollte dies mindestens einmal pro Schicht stattfinden. Bei stabilem Allgemeinzustand und Aufenthalt auf der Normalstation sollte einmal täglich zur Visite eine fotografische Dokumentation erfolgen.

Sollten Kinder bzw. Jugendliche verbal in der Lage sein, sich zu den einzelnen Auffälligkeiten zu äußern, so wird dies schriftlich dokumentiert. Hierbei ist auf eine nicht-suggestive Befragungsweise mit ausschließlich offenen Fragen zu achten. Erklärungen von Dritten zu den Auffälligkeiten werden ebenfalls dokumentiert. Es muss nachvollziehbar sein, wer die Äußerung getätigt hat.

3. Rechtliche Situation

Das Anfertigen von Fotografien bedarf, wie alle diagnostischen Maßnahmen, der Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten. Dies setzt die Aufklärung voraus, dass eine Fotodokumentation erfolgen wird. Ein schriftliches Einwilligen ist nicht zwangsläufig erforderlich. Bei einwilligungsfähigen Patient:innen wird deren Einverständnis ebenfalls eingeholt; dies ist mündlich möglich. Bei Ablehnung der Fotodokumentation durch das Kind bzw. Jugendlichen oder die Erziehungsberechtigten wird diese nicht durchgeführt. Die Ablehnung ist jedoch auf jeden Fall durch den/die Ärzt:in zu dokumentieren.

Die Bilddateien unterliegen, wie alle anderen dokumentierten Befunde, der ärztlichen Schweigepflicht. Eine etwaige Herausgabe an Ermittlungsbehörden oder sonstige Weitergabe an Dritte unterliegt den üblichen gesetzlichen Bestimmungen für Patientendaten (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*).

4. Ablauf

Die Fotodokumentation sollte mit einer Digitalkamera erfolgen, die die Fotos in guter Auflösung und Qualität abbilden kann. Eine Dokumentation durch Privathandys ist aus Gründen des Datenschutzes dringend zu vermeiden.

Initial muss ein Patientenetikett mit Namen und Geburtsdatum fotografiert werden. Das Etikett ist bei initialer Zuordnung und nachvollziehbarer Bildserie nicht auf jedem Bild notwendig.

Es gibt keine strenge Reihenfolge für die Dokumentation der Körperteile. Diese kann dem Patientenwillen angepasst werden. Um jede Verletzung sicher zuordnen zu können, ist darauf zu achten, dass bei jeder Verletzung initial eine Übersichtsaufnahme mit anatomischen Orientierungspunkten erfolgt, an die sich Detailaufnahmen anschließen. Zu jeder Verletzung gehört jeweils mindestens ein qualitativ hochwertiges Foto, mit danebenliegendem Lineal; idealerweise auf einem Farbabgleich.

Unscharfe Fotografien sollten zur Nachvollziehbarkeit der Fotoserie nicht gelöscht, sondern verwahrt werden.

Die Verletzung sollte auf mindestens einer Aufnahme streng frontal (Senkrechtaufnahme) abgebildet werden. Bei konkaven oder konvexen Körperstellen (z.B. Wange oder Extremität) ist darauf zu achten, neben der Frontalaufnahme, die Verletzung aus mehreren Blickwinkeln abzubilden, um das ganze Ausmaß sicher zu erfassen. Die Fotodokumentation auf der Kamera ist bis zur Sicherung auf geeigneten Servern geschützt vor unbefugtem Zugriff aufzubewahren. Die Verantwortung dafür liegt bei der Person, die die Fotografien angefertigt hat.

5. Ablaufschema

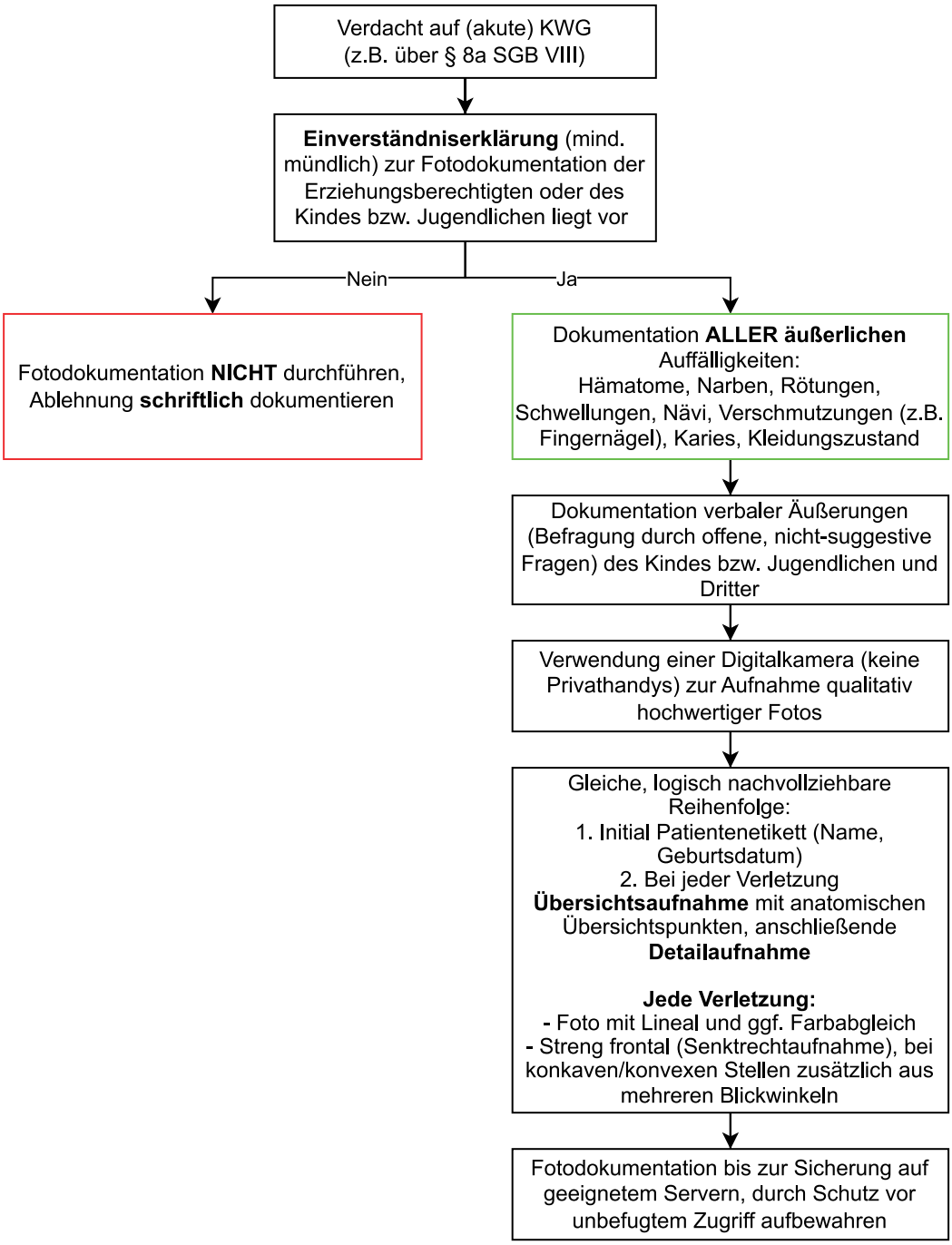
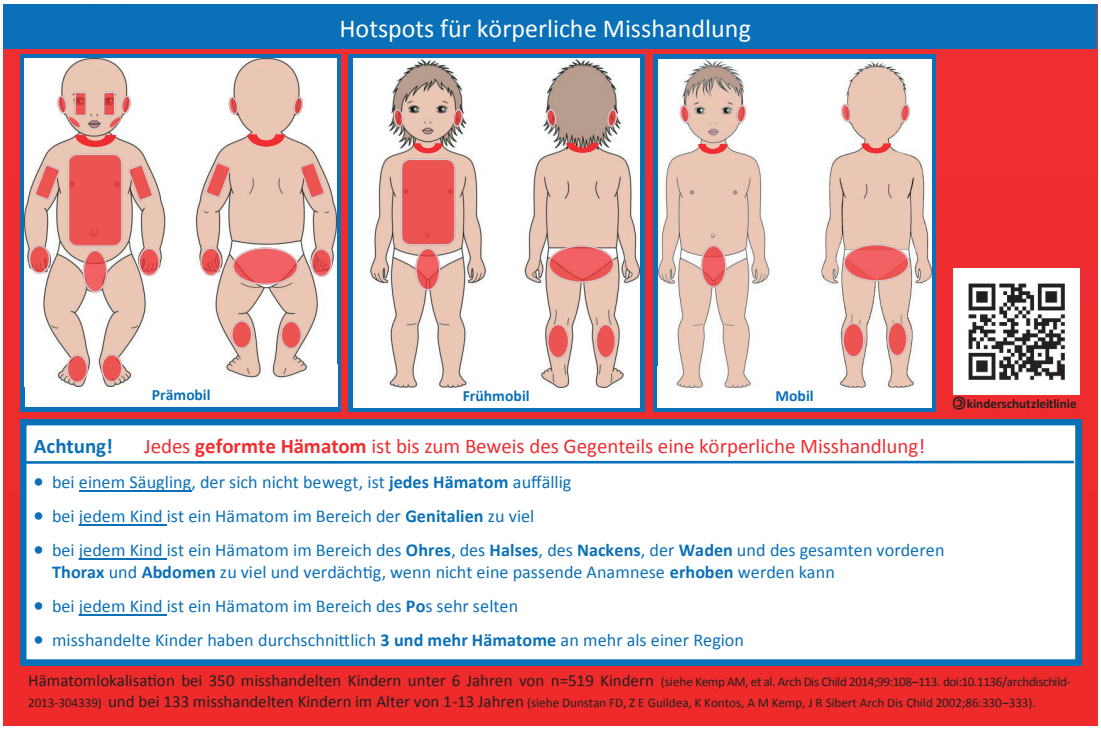


Abbildung zur Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung (eigene Darstellung)

6. Anhang



Beispielhafte Darstellung von Hotspots für körperliche Misshandlung aus der Kinderschutzleitlinie (AWMF S3+, 2019)

Spurensicherung bei Verdacht auf akuten sexuellen Übergriff - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Dieser Handlungsleitfaden (HLF) regelt die Vorgehensweise bei Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff mit notwendiger Spurensicherung bei Patient:innen von 0 bis einschließlich 17 Jahren für nicht kinderschutzerfahrene Untersuchende. Akut meint hierbei alle Vorfälle, die in den letzten 72 Stunden stattgefunden haben oder für diesen Zeitrahmen vermutet werden.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche umfasst ein breites Spektrum an sexuell motivierten Handlungen und hat massive Auswirkungen auf die emotionale, psychische und kognitive Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Die meist unmittelbar hervorgerufene Assoziation zu dem Begriff sexuelle Gewalt ist die Vorstellung eines Ereignisses mit Penetration. Per Definition stellt jede sexuell motivierte Handlung von Täter:innen an oder vor einem Kind bzw. Jugendlichen sexuelle Gewalt dar. Dies beinhaltet also auch Berühren, orale Handlungen, das Herstellen von kinderpornografischem Material oder auch das Demonstrieren sexueller Handlungen inkl. dem Zeigen von pornografischem Material dem Kind bzw. Jugendlichen gegenüber. Diese Handlungen haben schwerwiegende Auswirkungen auf das Kind bzw. Jugendlichen, hinterlassen jedoch selten körperlich nachvollziehbare Spuren. Auch nach einem penetrierenden Ereignis ist je nach Altersgruppe und Handlung nicht zwangsläufig ein äußerlich nachvollziehbares Korrelat sichtbar. Dies liegt einerseits an der Dehnbarkeit des Gewebes und andererseits an der ausgesprochen schnellen Heilungstendenz von Schleimhautgewebe. Ungeachtet des zu erwartenden Befundes ist eine körperliche Untersuchung bei einem vermuteten akuten Vorfall notwendig und dient nicht nur der möglichen Beweissicherung, sondern auch der Verarbeitung des Ereignisses. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Ereignis besteht die höchste Wahrscheinlichkeit, Spuren zu sichern. Allerdings finden sich auch diverse Kasuistiken in der Literatur, die bei speziellen DNA-Techniken auf eine zeitlich länger verwertbare Spurensicherung hinweisen. In diesem HLF ist die Grenze auf 72 Stunden festgelegt worden, um in der Notfallsituation eine Entscheidung für oder gegen eine Spurensicherung treffen zu können, ohne zu detaillierte Informationen über genaue Hintergründe des Ereignisses erheben zu müssen.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche betrifft alle Altersgruppen. Täter:innen kommen in der Regel – wenn auch nicht zwangsläufig – aus dem sozialen Nahfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Das Kind bzw. Jugendlicher ist den Übergriffen meist chronisch über längere Zeiträume ausgesetzt und befindet sich in einem für Außenstehende unklaren Loyalitäts- und Abhängigkeitsverhältnis zum/zur Täter:in. Daher ist es zwingend notwendig mit einer neutralen und professionell ruhigen Haltung in die Untersuchung zu gehen, da wertende oder beurteilende Äußerungen zu einer möglichen emotionalen oder auch abwehrenden Reaktion bei dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen führen können.

Kinder bzw. Jugendliche, die chronisch sexueller Gewalt ausgesetzt sind, werden nur selten unmittelbar nach einem Ereignis ärztlich vorgestellt. Handelt es sich um eine/n Fremdtäter:in, ist ein zeitnahes Bekanntwerden des Übergriffs weitaus häufiger.
Ungeachtet des Bezugsverhältnisses von Kind bzw. Jugendlichen zu Täter:in ist das Vorgehen der Untersuchung bei einem akuten Ereignis gleich. Das Bezugsverhältnis spielt jedoch bei der Abwägung notwendiger Schutzmaßnahmen eine Rolle, um eine Wiederholung zu verhindern. Dies muss im Einzelfall entschieden werden.

Der Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff kann aus verschiedenen Gründen entstehen:

1. Äußerung des Kindes bzw. Jugendlichen
2. Durch unabhängige Zeug:innen beobachteter Vorfall
3. Gewichtige Anhaltspunkte auf mögliche sexuelle Gewalt, z.B. sichergestelltes kinderpornografisches Material durch die Strafverfolgungsbehörden mit fortlaufendem Kontakt zwischen beschuldigter Person und dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen
4. Akute genitale Verletzung ohne suffiziente Erklärung eines akzidentellen Geschehens

2. Rechtliche Situation

Strafrechtlich relevant sind generell alle sexuell motivierten Taten, die gegen den Willen des/der Geschädigten durchgeführt worden sind oder an einer Person durchgeführt wurden, die trotz ihres chronologisch reifen Alters keine Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt (z.B. Kinder mit Behinderung). Ein/e Täter:in kann generell erst strafrechtlich belangt werden, wenn er oder sie mindestens 14 Jahre alt ist (§ 19 StGB Schuldunfähigkeit des Kindes). Sexuelle Handlungen mit Kindern (d.h. juristisch Menschen unter 14 Jahren) sind gemäß § 176 StGB verboten.

Sind die Betroffenen 14 oder 15 Jahre alt und benennen, den sexuellen Kontakt gewollt zu haben, können volljährige Täter:innen dennoch belangt werden, wenn die Erziehungsberechtigten eine Strafanzeige stellen. In dem Fall muss nachgewiesen werden, dass der/die Betroffene eine noch fehlende Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt und der/die Täter:in dies ausgenutzt hat.

Sollte ein Straftatbestand vermutet oder kann dieser noch nicht sicher ausgeschlossen werden, sollte immer eine Spurensicherung durchgeführt werden (s.u.). Bei einem naheliegenden Straftatbestand sollten die Asservate zeitnah den Strafverfolgungsbehörden übergeben werden. Für unklare Fälle oder Konstellation sollte bis zur weiteren Klärung die Indikation zur Spurensicherung großzügig gestellt werden.

3. Untersuchungssetting

Gerade bei dem sensiblen Thema der sexuellen Gewalt ist eine Untersuchung mit Kolposkop und eine sicher durchgeführte forensische Anamneseerhebung in einer Kinderschutzambulanz immer einer nicht spezialisierten Notfallambulanz vorzuziehen und anzustreben.

Insbesondere bei der Vorstellung nicht akuter Vorfälle in der Notfallambulanz sollte auf eine Untersuchung und ein Gespräch mit dem Kind vor Ort verzichtet und ein zeitnaher Termin in vorheriger Absprache mit der Kinderschutzambulanz vereinbart werden.
Bei dem Verdacht auf einen Akutvorfall innerhalb der letzten 72 Stunden muss allerdings in jedem Notfallsetting eine Basisuntersuchung und Spurensicherung erfolgen können. Im Unterschied zu einem dafür vorbereitenden Setting mit erfahrenem Personal in der Kinderschutzambulanz liegt der Fokus in der Notfallambulanz darauf, die unmittelbar notwendigen Maßnahmen auch ohne Erfahrung des Personals durchführen zu können (so viel wie nötig) und von Teilbereichen, die mehr Erfahrung und Fachexpertise bedürfen, abzusehen (so wenig wie möglich).

4. Ablauf

4.1 Anamneseerhebung mit Gesprächsführung und Dokumentation

Ein Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen über die Ereignisse sollte idealerweise nur von in Kinderschutz-Abläufen versierten Untersuchenden erfolgen, die bereits Erfahrung im Führen von forensisch relevanten Gesprächen besitzten.

Sollte bei einem Fall mit Verdacht auf sexuelle Gewalt keine versierte Person verfügbar sein, so sind die Angaben über die Ereignisse in Abwesenheit des Kindes bzw. Jugendlichen durch die begleitenden Erwachsenen zu erheben.

Die Dokumentation der geschilderten Ereignisse muss detailliert und leserlich erfolgen, um für ein etwaig folgendes Strafverfahren jederzeit nachvollziehbar verständlich zu sein. Wörtliche Rede ist dabei zu markieren und es ist zwingend notwendig, dass klar erkennbar ist, wer die Aussage getroffen hat. Es muss dringend zwischen objektiv nachvollziehbaren (Indikativ) und anamnestisch geschilderten Sachverhalten (Konjunktiv) unterschieden werden.

Beispiel

Falsch: Marie ist heute im Park von einem Mann sexuell belästigt worden.

Richtig: Die Anamnese wurde von Maries Mutter ohne Anwesenheit von Marie erhoben. Sie berichtet, dass ihre Tochter ihr heute Nachmittag berichtet habe, dass sie auf dem Weg von der Schule nach Hause in einem Park von einem ihr unbekannten Mann angesprochen worden sei. Er habe ihr unter das T-Shirt gegriffen und ihre „*Titis*“ angefasst. Die Mutter schätzt, dass dies gegen 15.30 h stattgefunden haben muss. Marie sei gegen 16.00 h nach Hause gekommen und habe der Mutter sofort von dem Vorfall berichtet.

Dieses entspricht keiner Wertung der Glaubhaftigkeit, sondern dient der Abgrenzung, da die medizinische Aufgabe lediglich die Wiedergabe der Informationen ist und nicht deren Bewertung. Dies obliegt den Strafverfolgungsbehörden und der Staatsanwaltschaft.

Die Erfragung der Anamnese kann sich in der Notfallsituation auf folgende Punkte beschränken:

1. **Wo** war das Ereignis?
2. **Wann** hat das Ereignis stattgefunden?
3. **Wer** war dabei anwesend? (Namen notieren)
4. **Wo** ist die **Kleidung** des Vorfalls? (Kleidung asservieren, s.u. 4.3.2.)
5. Hat das Kind bzw. Jugendlicher seit dem Vorfall **geduscht** oder sich **gewaschen**? Falls ja, wann?

Notwendig ist auch eine klare Zuordnung, wer die Anamnese erhoben hat und wer bei der Schilderung anwesend war, z.B. Anwesende bei Anamnese mit der Mutter, Dr. A.B. (diensthabender Assistent), Schwester B.C. (Aufnahmeschwester Notfallambulanz), Schülerin C.D. (Oberkursschülerin).

In der Kommunikation mit dem Kind bzw. Jugendlichen während der Untersuchung sollte bei unerfahrenen Untersuchenden der Fokus eher auf der Information zur Untersuchung gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen als auf der Befragung zu dem Ereignis liegen. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte darüber informiert werden, dass die Untersuchung dazu dient, die körperliche Unversehrtheit wiederherzustellen. Außerdem kann dem Kind bzw. Jugendlichen auf diesem Weg Kontrolle gewährt werden.

Beispiel

Falsch: *„Ich möchte dich untersuchen, damit wir deine Verletzungen dokumentieren können. Ich mache auch Abstriche auf Sperma."*

Richtig: *„Ich habe von deiner Mutter verstanden, dass heute etwas passiert ist. Es war gut, dass du das erzählt hast. Ich würde dich gerne untersuchen, damit wir schauen können, was du brauchst, dass wieder alles in Ordnung kommt. Du musst keine Angst habe, ich erkläre dir alles, was ich mache und du kannst mir gerne mithelfen."*

Spontane Äußerungen des Kindes bzw. Jugendlichen sind dabei dringend detailliert zu dokumentieren und wörtliche Rede erneut zu markieren:

Beispiel

Falsch: *„Aber nichts mehr in die Mumu stecken."*

Richtig: Zu dokumentieren ist dann z.B.: Ich erklärte Marie, dass ich sie gerne untersuchen möchte, um zu schauen, was sie braucht, dass wieder alles in Ordnung kommt. Marie äußerte daraufhin spontan: *„Aber nichts mehr in die Mumu stecken."*

Es ist in Ordnung, in einer offenen Frage nachzufragen, z.B. *„Was meinst du damit?"* oder *„Ist das denn schon einmal passiert?"* Die darauffolgende Antwort muss dringend wortwörtlich dokumentiert werden. Sollte das Kind bzw. Jugendlicher keine weiteren Äußerungen machen wollen, ist dies auf jeden Fall zu akzeptieren. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte bestärkt werden, dass es nichts sagen muss, z.B.: *„Ok, du musst nichts sagen, wenn du nicht möchtest. Lass uns doch zusammen die Untersuchung machen."*

Auf keinen Fall dürfen suggestive Fragen gestellt werden, z.B.: *„Hat der Mann das bei dir gemacht?“*.

Fragen sollten generell als offene Fragen formuliert und jede Suggestion vermieden werden.

Beispiel

Falsch: *„Tat dir nach dem Sex was weh? Oder hat er dich auch an der Scheide angefasst?“*

Richtig: *„Tut dir irgendetwas weh?“*

Dialoge können auch wortwörtlich dokumentiert werden.

Beispiel

Untersucher fragt: *„Tut dir irgendetwas weh?“*
Marie: *„Ja, da unten.“*
Untersucher: *„Kannst du mir sagen wo genau?“*
Marie: *„Hier in der Mumu.“*
Untersucher: *„Seit wann tut es dir da weh?“*
Marie: *„Seit der Willi den Pipi da reingemacht hat.“*

Dringend muss darauf geachtet werden, wie Aussagen des Kindes bzw. Jugendlichen dokumentiert werden.
Zu vermeiden sind kurze Zusammenfassungen und Wertungen, da klar nachvollziehbar sein muss, wie die Aussage entstanden ist.

Beispiel

Falsch: Patientin berichtet von Schmerzen im Genitalbereich nach Penetration.

Richtig: Auf die Frage nach aktuell bestehenden Schmerzen berichtet Marie über Schmerzen an der *„Mumu“*. Auf die Frage, seit wann sie da Schmerzen habe, antwortet Marie *„Seit der Willi den Pipi reingemacht hat.“*

4.2 Untersuchung

Die Untersuchung im dafür vorbereiteten Setting mit erfahrenem Personal beinhaltet eine Ganzkörperuntersuchung, wobei die Genitaluntersuchung idealerweise mittels Kolposkop durchgeführt werden sollte.

Auch ohne explizite Kinderschutzerfahrung sollte in der Akutsituation eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt werden. Sämtliche Verletzungshinweise sollten fotografisch dokumentiert werden (*s. HLF Fotodokumentation*).

4.2.1 Ganzkörperuntersuchung

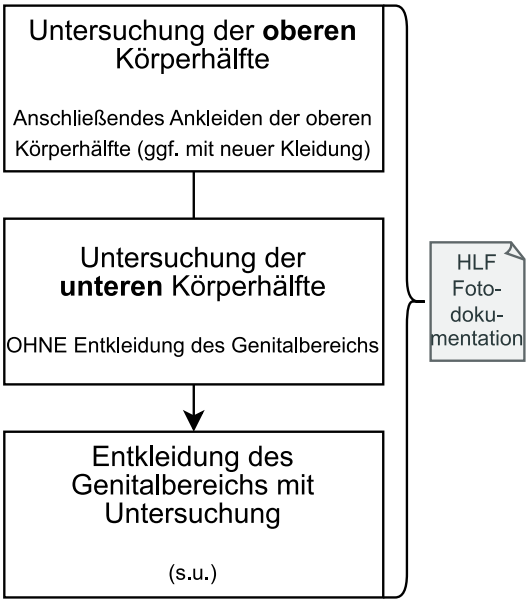
Die Untersuchung erfolgt in Teilbereichen (obere Körperhälfte, untere Körperhälfte), wobei das Kind bzw. Jugendlicher nie ganz nackt ausgezogen wird, sondern die bereits untersuchte oder noch nicht untersuchte Körperhälfte bekleidet bleibt.

Dem Kind bzw. Jugendlichen wird dies erklärt und ebenfalls besprochen, dass Verletzungszeichen dabei fotografisch dokumentiert und Abstriche entnommen werden. Zur Erklärung der Abstrichtechnik (s.u. 4.3.1.) sollte dringend erwähnt werden, dass das Kind bzw. Jugendlicher dies zwar spüren, aber der Abstrich nicht wehtun wird.

Bei der körperlichen Inspektion sollte insbesondere auf Verletzungsmerkmale, die Kratzspuren, Saug-, Biss- oder Griffmarken entsprechen könnten, geachtet werden. An diesen Stellen sollten Abstriche entnommen werden.

Im Folgenden wird ein möglicher Untersuchungsablauf geschildert. Sollte das Kind bzw. Jugendlicher explizit eine andere Reihenfolge wünschen, ist dies selbstverständlich möglich.

1. Untersuchung der oberen Körperhälfte; Fotodokumentation, ggf. direkte Asservierung der Kleidung (s.u. 4.3.2.); obere Körperhälfte wird wieder angezogen, ggf. mit neuer Kleidung
2. Untersuchung der unteren Körperhälfte ohne Entkleiden des Genitalbereichs; Fotodokumentation; ggf. Kleidung asservieren
3. Entkleiden des Genitalbereichs mit Untersuchung (s.u. 4.2.2.):
   Der Genitalbereich muss ohne vorhandenes Kolposkop oder Untersuchungsexpertise mindestens inspektorisch untersucht werden. Gerade zur Untersuchung des Genitalbereichs ist es wichtig, dass dem Kind bzw. Jugendlichen erklärt wird, dass man schauen wird, ob alles in Ordnung ist, aber dem Kind bzw. Jugendlichen nicht wehtun wird.



Ganzkörperuntersuchung bei akutem sexuellem Übergriff (eigene Darstellung)

4.2.5 Untersuchung des Genitalbereichs

Zunächst wird ohne jede Berührung des Genitals nach rein äußerlich erkennbaren Verletzungszeichen oder Veränderungen (Rötung, Schwellung, etc.) geschaut und fotografisch dokumentiert. Auch das Tanner-Stadium muss dokumentiert werden.
Bevor das Genitale weiter mit den Händen berührt wird, wird ein Abstrich des äußeren Genitale entnommen (s.u.). Dann wird die Untersuchung mit weiterer Abstrichentnahme schrittweise durchgeführt. Zu achten ist weiterhin auf Hämatome oder Erosionen, aktive Blutungen oder suspektes Sekret. Alle Auffälligkeiten sollten fotografisch dokumentiert werden.

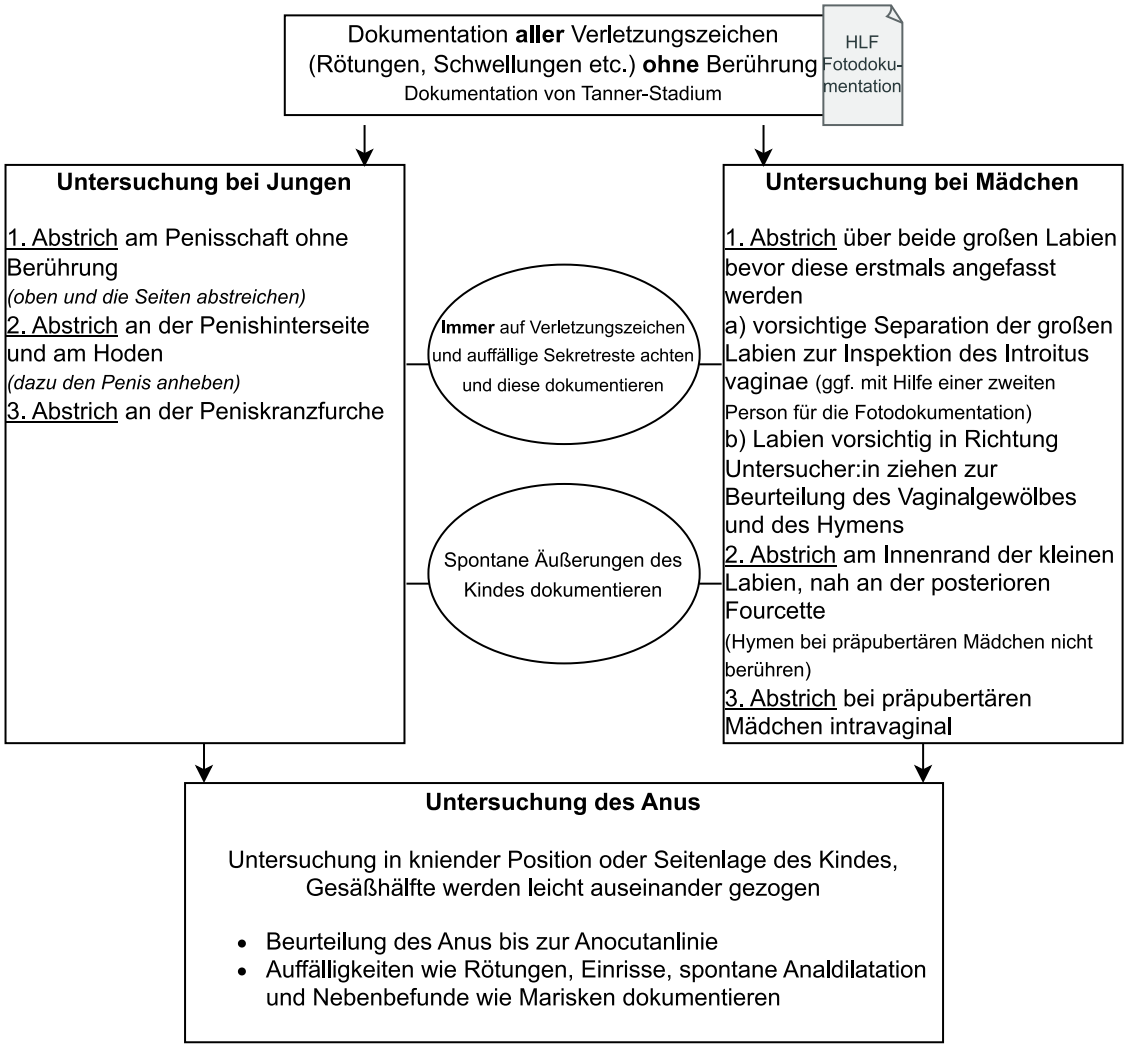
Untersuchung bei Jungen: Um Kontaminationen vorzubeugen, muss der erste Abstrich am Penisschaft erfolgen, bevor das Kind bzw. Jugendlicher dort zur Untersuchung berührt wird. Hierfür wird der Penisschaft oben und an den Seiten abgestrichen. Im Anschluss kann der Penis zur weiteren Untersuchung angehoben werden. Weitere Abstriche sollten von der Penishinterseite und über den Hoden erfolgen. Ein weiterer Abstrich sollte an der Peniskranzfurche durchgeführt werden. An allen Stellen sollte nach Verletzungszeichen oder auffälligen Sekretresten geschaut werden (Abstrichentnahme). Auffälligkeiten werden fotografisch dokumentiert.

Der Anus wird am einfachsten in kniender Position oder in Seitenlage mit angezogenen Knien untersucht. Zu achten ist dabei auf Rötungen, Einrisse und spontane Analdilatation ohne Obstipation. Die Gesäßhälften werden zur besseren Inspektion leicht auseinandergezogen. Wichtig ist, den Anus mindestens bis zur Anocutanlinie gut beurteilen zu können. Auch Nebenbefunde wie Marisken oder ähnliches, müssen mit dokumentiert werden.
Der anale Abstrich sollte an der analen Zirkumferenz durchgeführt werden.

Untersuchung bei Mädchen: Bei Mädchen erfolgt der erste Abstrich über beide großen Labien, ohne dass das Kind bzw. Jugendlicher zuvor berührt wurde. Dann wird eine vorsichtige Separation der großen Labien vorgenommen, um den Introitus vaginae weiter zu inspizieren. Hierzu werden beide Labien im mittleren Drittel vorsichtig zwischen Daumen und Zeigefinger genommen und leicht nach außen gedrückt. Bei Auffälligkeiten sollte durch eine zweite Person eine fotografische Dokumentation erfolgen, ohne dass der Untersuchende die Labien los lässt. Abschließend werden die Labien leicht in die Richtung des Untersuchenden gezogen, was den vaginalen Eingangsbereich etwas spannt und einen etwas weiteren Einblick in das Vaginalgewölbe und eine bessere Beurteilung des Hymens erlaubt. Der zweite Abstrich wird (ggf. ebenfalls durch eine zweite Person) am Innenrand der kleinen Labien und nah an der posterioren Fourchette (mittiger Unterrand zwischen den kleinen Labien) durchgeführt, wobei bei präpubertären Mädchen streng darauf geachtet werden muss, dass das Hymen nicht berührt wird.

Bei pubertären Mädchen wird ein weiterer Abstrich intravaginal durchgeführt. Das Mädchen sollte darüber dringend informiert werden, z.B.: *„Ich nehme jetzt noch einen Abstrich aus der Vagina. Das wird nicht lange dauern. Du merkst gleich noch einmal, dass ich deine Vulvalippen anfasse und du wirst ein kurzes Anstoßen in der Scheide fühlen. Sag mir bitte sofort Bescheid, wenn dir etwas weh tut.“*

Die Vorgehensweise der analen Inspektion sowie des analen Abstrichs entspricht der Vorgehensweise bei Jungen.



Diagnostisches Vorgehen bei akutem sexuellem Übergriff Teil 1 (eigene Darstellung)

4.3 Spurensicherung

Alle asservierten Substanzen und Kleidungsstücke müssen sofort mit Name, Datum, Körperstelle und ggf. Körperseite beschriftet werden. Alle Asservate werden in einer Liste festgehalten, die von der für die Asservierung verantwortlichen Person unterschrieben wird (s.u. 5. Anhang Asservatenliste).

4.3.1 Abstriche

Wichtig bei der forensischen Abstrichentnahme ist, sich bewusst zu machen, dass diese durchgeführt wird, um Fremd-DNA zu sichern. Bei der forensischen Abstrichentnahme ist es besonders wichtig, dass akzidentelle Verunreinigungen und unsauberes Arbeiten unbedingt vermieden werden müssen. Für jede Stelle muss ein neuer Abstrichtupfer verwendet werden.

Das Tragen steriler Handschuhe sowie steriler Bekleidung ist nicht notwendig. Es ist eher darauf zu achten, ausschließlich das Griffstück des Abstrichtupfers anzufassen und das Abstrichröhrchen unmittelbar zu verschließen, um Kontaminationen zu vermeiden. Auch ein „Pusten“ auf Abstriche, Anlecken von Umschlägen zum Verschließen oder ähnliches muss unterlassen werden.

Der Abstrich muss mit DNA-freien und idealerweise selbsttrocknenden Abstrichtupfer durchgeführt werden. Es muss dabei auf das Verfallsdatum und die Unversehrtheit der Verpackung geachtet werden.

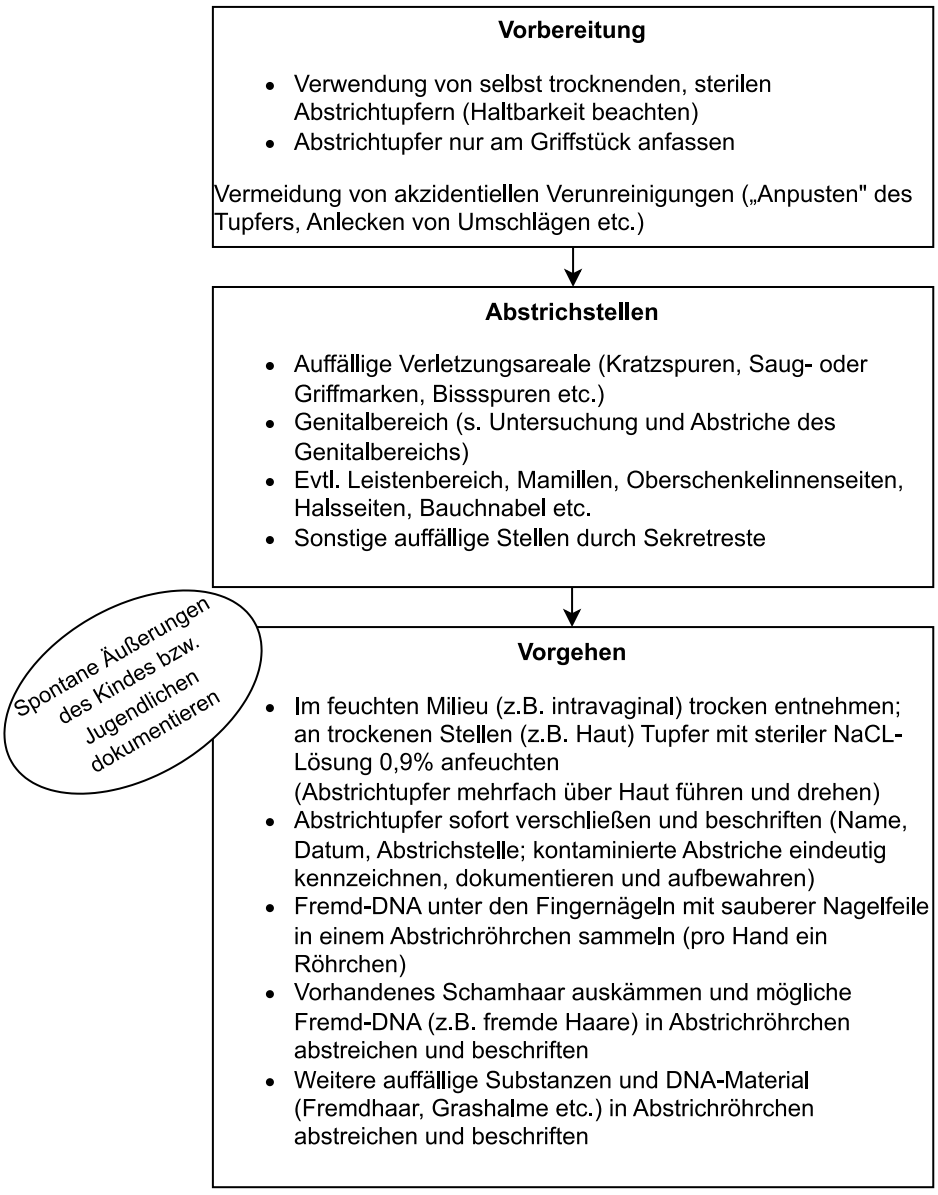
Abstrichstellen:
Abstriche sollten von auffälligen Verletzungsmerkmalen, wie z.B. Kratzspuren, Saug-, Biss- oder Griffmarken, entnommen werden sowie vom Genitalbereich. Weitere mögliche Abstrichstellen, bei denen Fremd-DNA gut gesichert werden kann, sind zudem die Leisten, die Mamillen, die Oberschenkelinnenseiten, die Halsseiten und der Bauchnabel.

Vorgehen:
Der Abstrich im feuchten Milieu (z.B. intravaginal) wird trocken entnommen und bei trockenen Stellen (z.B. Haut) leicht mit sterilem NaCl 0,9% angefeuchtet. Der Abstrichtupfer wird dabei mehrfach über die Hautstelle geführt und leicht gedreht, um DNA mit der gesamten Wattefläche aufnehmen zu können. Das Abstrichröhrchen wird sofort verschlossen und beschriftet (Name, Datum, Abstrichstelle). Sollte es doch einmal zu einer akzidentellen Kontamination kommen (z.B. der Abstrich wird akzidentell doch an der Spitze berührt), so wird dies am Abstrichröhrchen eindeutig markiert und dokumentiert. Den Abstrichtupfer nicht wegschmeißen.

Sollte die Möglichkeit bestehen, dass das Kind bzw. Jugendlicher Fremd-DNA unter den Fingernägeln hat, da es sich gewehrt hat, so sollte unter den Fingernägeln mit einer gesäuberten Nagelfeile das Zellmaterial gesammelt und in einem sterilen Abstrichröhrchen abgestrichen werden. Hierbei können alle Abstriche der Finger der linken Hand und das Material der rechten Hand in jeweils einem Röhrchen gesammelt werden.

Schamhaar (wenn vorhanden) sollte vorsichtig ausgekämmt werden, um mögliches Fremdhaar zu asservieren. Die dabei am Kamm asservierten Partikel werden in ein steriles Röhrchen abgestrichen.

Auch an anderen Körperstellen asservierte auffällige Substanzen, wie z.B. mögliches Fremdhaar, Grashalme oder ähnliches, sollten ebenfalls in einem sterilen Abstrichröhrchen aufbewahrt und beschriftet werden.

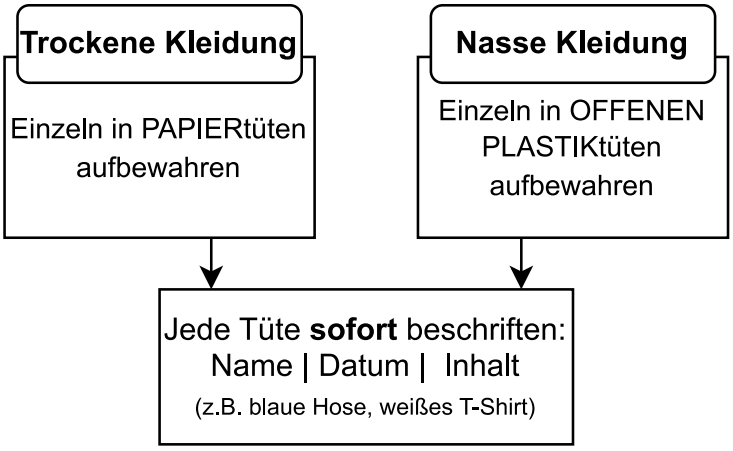


Diagnostisches Vorgehen bei akutem sexuellem Übergriff Teil 2 (eigene Darstellung)

4.3.2 Asservierung von Kleidung

Entscheidend ist die Asservierung der Kleidung des Tattages.
Jedes Kleidungsstück muss einzeln in einer Papiertüte aufbewahrt werden. Jede Tüte muss mit Namen und Datum sowie dem Inhalt (z.B. blaues T-Shirt, rosa Unterhose) beschriftet werden.

Nasse Kleidung wird einzeln in jeweils eine offene Plastiktüte gelegt und muss zeitnah an die Strafverfolgungsbehörden oder an die anonyme Spurensicherung ausgehändigt werden. Hier erfolgt die angemessene Trocknung und Lagerung der Asservate.



Asservierung der Kleidung des Tattages (eigene Darstellung)

4.3.3 Dokumentation der Asservate

Alle Asservate müssen nummeriert und in die Asservatenliste (s.u. 5. Anhang) eingetragen werden. Elementar ist hierbei die Dokumentation der Abstrichstellen, z.B. Halsseite links, Oberschenkelinnenseite rechts, Abstrich große Labien. Dazu können Besonderheiten dokumentiert werden, wie z.B. Verdacht auf Sekretspur, V.a. Grashalm, V.a. Fremdhaar.

Alle Abstriche müssen bis zur Übergabe an die Strafverfolgungsbehörden oder die anonyme Spurensicherung an einem nicht offen zugänglichen, trockenen Ort sicher eingeschlossen werden.

4.4 Dokumentation des Befundes und des Verhaltens

Dokumentation des Befundes:
Eine Beurteilung des Befundes (Normalbefund/pathologischer Befund) sollte nur in Rücksprache mit einem/einer erfahrenen Untersucher:in erfolgen. Zur sicheren Beurteilung, gerade eines sexuellen Übergriffs, bedarf es fundierter Kenntnisse von Normalbefunden und Differentialdiagnosen. Die Befunde sollten lediglich neutral beschrieben werden. Dringend zu vermeiden sind Floskeln wie „kein Hinweis auf Penetration“, „Jungfernhäutchen intakt“. Sollte in einer Akutsituation durch die Strafverfolgungsbehörden eine unmittelbare Einschätzung notwendig sein, so haben diese die Möglichkeit eine/n Rechtsmediziner:in zu beauftragen.

Dokumentation des Verhaltens:
Dringend zu vermeiden sind auch Wertungen des Verhaltens. Auch dieses sollte nur neutral beschrieben werden.

Beispiel

Falsch: Marie ist traumatisiert. Ihre Mutter ist hoch besorgt.

Richtig: Neutrale Beobachtungen wie z.B. Marie weint während der Untersuchung und möchte nicht sprechen. Die Mutter stottert, während sie die Anamnese berichtet und beginnt zu weinen.

4.5 Diagnostik

Bei einem ungeschützten sexuellen Kontakt besteht prinzipiell das Risiko einer sexuell übertragbaren Erkrankung oder bei pubertären Mädchen auch einer Schwangerschaft.

In der Akutsituation kann maximal eine Statusaufnahme erfolgen: es kann in der Akutsituation nicht sicher ausgeschlossen werden, dass sich eine Infektion im Verlauf noch bestätigt. Je nach psychischer Verfassung des Kindes bzw. Jugendlichen sollte sich in erster Linie auf prophylaktisch notwendige Maßnahmen beschränkt und weitere Untersuchungen für einen späteren Zeitpunkt geplant werden. Wird aus medizinisch notwendigen Gründen ohnehin eine Blutentnahme durchgeführt, sollten entsprechende Infektionsmarker direkt mitbestimmt werden.

Folgende Aspekte sind in der Akutsituation dennoch zu berücksichtigen:

- Bei pubertären Mädchen sollte die Indikation eines Notfallkontrazeptivums erwogen werden.
- Sollten Hinweise auf eine Intoxikation des Kindes bzw. Jugendlichen bestehen, muss die Diagnostik zur Sicherung der Substanz durchgeführt werden.

4.6 Weiteres Prozedere

Es sollte direkt ein Folgetermin in der Kinderschutzambulanz vereinbart werden. Erforderlich hierfür ist die Dokumentation aller Kontaktdaten und die Erreichbarkeiten. Dazu gehören die Erziehungsberechtigten als auch weitere Kontaktpersonen, wie anwesende Polizist:innen, Jugendamtsmitarbeitenden, etc.

Auch eine Schweigepflichtentbindung (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*), z.B. für eine etwaige Kommunikation mit Jugendamt oder Polizei, sollte immer eingeholt werden.

5. Anhang

Arbeitsvorlage „Asservatenliste“

Datum: _____

Uhrzeit: von _____ bis _____

Verantwortliche Person für die Asservaten-Sammlung: _____

Unterschrift: _____

Name des/der Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Nummer	Abstrichstelle	Besonderheit
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Alle Abstriche müssen bis zur Übergabe an die Strafverfolgungsbehörden oder die anonyme Spurensicherung an einem nicht offen zugänglichen, trockenen Ort sicher eingeschlossen werden.

Sexuelle Gewalt – Ein Handlungsleitfaden für Praxen

1. Hintergrund

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche umfasst ein breites Spektrum an sexuell motivierten Handlungen und hat massive Auswirkungen auf die emotionale, psychische und kognitive Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Die meist unmittelbar hervorgerufene Assoziation zu dem Begriff sexuelle Gewalt ist die Vorstellung eines Ereignisses mit Penetration. Doch per Definition stellt jede sexuell motivierte Handlung von Täter:innen an oder vor einem Kind bzw. Jugendlichen eine sexuelle Gewalt dar. Dies beinhaltet also auch Berühren, orale Handlungen, das Herstellen von kinderpornografischem Material oder auch das Demonstrieren sexueller Handlungen dem Kind bzw. Jugendlichen gegenüber. Diese Handlungen haben schwerwiegende Auswirkungen, hinterlassen jedoch selten körperlich nachvollziehbare Spuren. Auch nach einem penetrierenden Ereignis ist je nach Altersgruppe und Handlung nicht zwangsläufig ein äußerlich nachvollziehbares Korrelat sichtbar. Dies liegt einerseits an der Dehnbarkeit des Gewebes und andererseits an der ausgesprochen schnellen Heilungstendenz von Schleimhautgewebe. Ungeachtet des zu erwartenden Befundes ist eine körperliche Untersuchung bei einem vermuteten akuten Vorfall notwendig und dient nicht nur der möglichen Beweissicherung, sondern auch der Verarbeitung des Ereignisses. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Ereignis besteht die höchste Wahrscheinlichkeit, Spuren zu sichern. Allerdings finden sich auch diverse Kasuistiken in der Literatur, die bei speziellen DNA-Techniken auf eine zeitlich länger verwertbare Spurensicherung hinweisen. In diesem HLF ist die Grenze auf 72 Stunden festgelegt worden, um in der Notfallsituation eine Entscheidung für oder gegen eine Spurensicherung treffen zu können, ohne zu detaillierte Informationen über genaue Hintergründe des Ereignisses erheben zu müssen. (*s. HLF Akuter sexueller Übergriff*)

Besteht der Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff innerhalb der letzten 72 Stunden, sollen die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen umgehend in eine dafür zuständige medizinische Einrichtung (z.B. Gewaltschutzambulanz, Kinderschutzambulanz, Childhood-Haus, Klinik) überwiesen werden. Das weitere Vorgehen, wie die Diagnostik und die forensische Spurensicherung, obliegt der Verantwortung der zuständigen Einrichtung (s.o.). In der pädiatrischen Praxis sollte in diesem Fall keine anogenitale Untersuchung durchgeführt werden, um durch doppelte Untersuchungen eine Retraumatisierung zu vermeiden. Die Initiative zur Befragung des Kindes bzw. Jugendlichen sollte nicht in der Praxis ergriffen werden. Fragen des Kindes bzw. Jugendlichen sollen beantwortet und spontane Äußerungen dokumentiert werden.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendlichen betrifft alle Altersgruppen. Der/die Täter:in kommt in der Regel – wenn auch nicht zwangsläufig - aus dem sozialen Nahfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Das Kind bzw. Jugendlicher ist den Übergriffen meist chronisch über längere Zeiträume ausgesetzt und befindet sich in einem für Außenstehende unklaren Loyalitäts- und Abhängigkeitsverhältnis zum/zur Täter:in. Daher ist es zwingend notwendig mit einer neutralen und professionell ruhigen Haltung in die Untersuchung zu gehen, da wertende oder beurteilende Äußerungen zu einer möglichen emotionalen oder auch abwehrenden Reaktion bei dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen führen können.

Kinder bzw. Jugendliche, die chronisch sexueller Gewalt ausgesetzt sind, werden nur selten unmittelbar nach einem Ereignis ärztlich vorgestellt. Handelt es sich um eine/n Fremdtäter:in, ist ein zeitnahes Bekanntwerden des Übergriffs weitaus häufiger.

Ungeachtet des Bezugsverhältnisses von Kind bzw. Jugendlichen zur/zum Täter:in ist das Vorgehen der Untersuchung bei einem akuten Ereignis gleich. Das Bezugsverhältnis spielt jedoch bei der Abwägung notwendiger Schutzmaßnahmen eine Rolle, um eine Wiederholung zu verhindern. Dies muss im Einzelfall entschieden werden.

Der Verdacht auf sexuelle Gewalt kann aus verschiedenen Gründen entstehen:

1. Äußerungen und Verhalten des Kindes bzw. Jugendlichen und/oder Erziehungsberechtigten (bzw. begleitender Person)
2. durch unabhängige Zeug:innen berichteter Vorfall
3. Gewichtige Anhaltspunkte auf mögliche sexuelle Gewalt, z.B. sichergestelltes kinderpornografisches Material durch die Strafverfolgungsbehörden mit fortlaufendem Kontakt zwischen beschuldigter Person und dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen
4. akute genitale Verletzung ohne suffiziente Erklärung eines akzidentellen Geschehens

Sexuelle Gewalt in der Praxis zu diagnostizieren ist unwahrscheinlich. Wichtig ist vor allem aufmerksam zu sein, und Kinder bzw. Jugendliche, bei denen Kinder- und Jugendärzt:innen Signale bekommen oder die „ein schlechtes Bauchgefühl" hervorrufen (z.B. massive Ängste bei einer Untersuchung, insbesondere auch einer genitalen Untersuchung), einzuordnen, wahrzunehmen und rechtsverwertbar zu dokumentieren. Eine direkte Interpretation ist nicht möglich. Im Gespräch mit den Betroffenen sollten möglichst offene Fragen gestellt und diese neben den Antworten auch möglichst wörtlich dokumentiert werden.

2. Rechtliche Situation

Strafrechtlich relevant sind generell alle sexuell motivierten Taten, die gegen den Willen des/der Geschädigten durchgeführt worden sind oder an einer Person durchgeführt worden sind, die trotz ihres chronologisch reifen Alters keine Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt (z.B. Kinder mit Behinderung). Sexuelle Handlungen mit Kindern (d.h. juristisch Menschen unter 14 Jahren) sind gemäß § 176 StGB verboten.

Sind die Betroffenen 14 oder 15 Jahre alt (Jugendliche) und benennen, den sexuellen Kontakt gewollt zu haben, können Täter:innen, die volljährig sind, dennoch belangt werden, wenn die Erziehungsberechtigten der Betroffenen eine Strafanzeige stellen und nachgewiesen werden kann, dass der/die Jugendliche eine noch fehlende Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt und der/die Täter:in dies ausgenutzt hat.

Sollte ein Straftatbestand vermutet werden oder kann dieser noch nicht sicher ausgeschlossen werden, sollte immer eine Spurensicherung in einer dafür vorbereiteten medizinischen Einrichtung durchgeführt (s.o.) und die Verantwortung abgegeben werden, um bei einem naheliegenden Straftatbestand die Asservate zeitnah den Strafverfolgungsbehörden übergeben zu können. Auch bei unklaren Konstellationen sollte die Indikation zur Spurensicherung großzügig gestellt werden.

3. Hinweise zum Vorgehen

3.1 Inanspruchnahme fachlicher Beratung

Bei Vermutung oder Verdacht auf sexuelle Gewalt besteht die Möglichkeit, sich pseudonymisiert durch z.B. insoweit erfahrene Fachkräfte, Kompetenzzentren oder die Medizinische Kinderschutzhotline beraten zu lassen.

Beratungsstellen und Kinderschutzambulanzen, die sich auf sexuelle Gewalt spezialisiert haben, sind in diesem Fall sinnvolle Ansprechpartner:innen. Sie können helfen, weitere Schritte einzuleiten, die das Kind bzw. Jugendlichen schützen und die dazu beitragen, den Sachverhalt aufzuklären. Dies können zum einen Beratungsstellen (s.o.) oder aber spezialisierte Beratungszentren[1] zu sexueller Gewalt sein.

3.2 Anamneseerhebung

3.2.1 Dokumentation

Die Dokumentation der geschilderten Ereignisse muss detailliert und leserlich erfolgen, um für ein etwaig folgendes Strafverfahren jederzeit nachvollziehbar verständlich zu sein. Wörtliche Rede ist dabei zu markieren und es ist zwingend notwendig, dass klar erkennbar ist, wer die Aussage getroffen hat. Es muss dringend zwischen objektiv nachvollziehbaren (Indikativ) und anamnestisch geschilderten Sachverhalten (Konjunktiv) unterschieden werden.

Beispiel

Falsch: Marie ist heute im Park von einem Mann sexuell belästigt worden.

Richtig: Die Anamnese wurde von Maries Mutter ohne Anwesenheit von Marie erhoben. Sie berichtet, dass ihre Tochter ihr heute Nachmittag berichtet habe, dass sie auf dem Weg von der Schule nach Hause in einem Park von einem ihr unbekannten Mann angesprochen worden sei. Er habe ihr unter das T-Shirt gegriffen und ihre „Titis“ angefasst. Die Mutter schätzt, dass dies gegen 15.30 h stattgefunden haben muss. Marie sei gegen 16.00 h nach Hause gekommen und habe der Mutter sofort von dem Vorfall berichtet.

Dieses entspricht keiner Wertung der Glaubhaftigkeit, sondern dient der Abgrenzung, da die medizinische Aufgabe lediglich die Wiedergabe der Informationen ist und nicht deren Bewertung. Dies obliegt den Strafverfolgungsbehörden und der Staatsanwaltschaft.
Notwendig ist auch eine klare Zuordnung, wer die Anamnese erhoben hat und wer bei der Schilderung anwesend war, z.B. Anwesende bei Anamnese mit der Mutter, Dr. A.B. (Kinder- und Jugendärzt:in), Frau B.C. (Medizinische Fachangestellte)

1 Adressen von spezialisierte n Beratungsstellen in der Nähe können über die Datenbank des Hilfeportals Sexueller Missbrauch erhalten werden: Hilfe finden - Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch (hilfe-portal-missbrauch.de).

Spontane Äußerungen des Kindes bzw. Jugendlichen sind dringend detailliert zu dokumentieren und wörtliche Rede erneut zu markieren:

Beispiel

„Aber nichts mehr in die Mumu stecken“.

Zu dokumentieren ist dann z.B.: Ich erklärte Marie, dass ich sie gerne untersuchen möchte, um zu schauen, was sie braucht, dass wieder alles in Ordnung kommt. Marie äußerte daraufhin spontan: *„Aber nichts mehr in die Mumu stecken“.*

Dialoge können auch wortwörtlich dokumentiert werden.

Beispiel

Untersucher fragt: *„Tut dir irgendetwas weh?“*
Marie: *„Ja, da unten.“*
Untersucher: *„Kannst du mir sagen wo genau?“*
Marie: *„Hier in der Mumu.“*
Untersucher: *„Seit wann tut es dir da weh?“*
Marie: *„Seit der Willi den Pipi da reingemacht hat.“*

Dringend muss darauf geachtet werden, wie Aussagen des Kindes dokumentiert werden. Zu vermeiden sind kurze Zusammenfassungen und Wertungen, da klar nachvollziehbar sein muss, wie die Aussage entstanden ist.

Beispiel

Falsch: Patientin berichtet von Schmerzen im Genitalbereich nach Penetration.

Richtig: Auf die Frage nach aktuell bestehenden Schmerzen berichtet Marie über Schmerzen an der **„***Mumu***“**. Auf die Frage, seit wann sie da Schmerzen habe, antwortet Marie *„Seit der Willi den Pipi reingemacht hat“.*

Dringend zu vermeiden sind auch Wertungen des Verhaltens. Auch dieses sollte nur neutral beschrieben werden.

Beispiel

Falsch: Marie ist traumatisiert. Ihre Mutter ist hoch besorgt.

Richtig: Marie weint während der Untersuchung und möchte nicht sprechen. Die Mutter stottert, während sie die Anamnese berichtet und beginnt zu weinen.

3.2.2 Gesprächsführung

Es ist in Ordnung, in einer offenen Frage nachzufragen, z.B. *„Was meinst du damit?“* oder *„Ist das denn schon einmal passiert?“* Die darauffolgende Antwort muss dringend wortwörtlich dokumentiert werden. Sollte das Kind bzw. Jugendlicher keine weiteren Äußerungen machen wollen, ist dies auf jeden Fall zu akzeptieren. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte bestärkt werden, dass es nichts sagen muss, z.B.: *„Ok, du musst nichts sagen, wenn du nicht möchtest. Lass uns doch zusammen die Untersuchung machen.“*
Auf keinen Fall dürfen suggestive Fragen gestellt werden, z.B.: *„Hat der Mann das bei dir gemacht?“*
Fragen sollten generell als offene Fragen formuliert und jede Suggestion vermieden werden. Beispiele für offene Fragen sind: *„Was ist geschehen?“, „Und was ist dann passiert?“*

Beispiel

Falsch: *„Tat dir nach dem Sex was weh? Oder hat er dich auch an der Scheide angefasst?“*

Richtig: *„Tut dir irgendetwas weh?“*

3.3 Untersuchung mit Gesprächsführung

Für die Praxis gilt bei Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff eine umgehende Weiterleitung an eine zuständige medizinische Einrichtung.

Handelt es sich um keinen akuten sexuellen Übergriff, aber es besteht ein Verdacht auf sexuelle Gewalt aufgrund anderer Verdachtsmomente (z.B. auch eine Verletzung), kann eine Inspektion der Anogenitalregion erwogen werden.

Bei unerfahrenen Untersuchenden sollte der Fokus in der Kommunikation mit dem Kind bzw. Jugendlichen während der Untersuchung eher auf der Information zur Untersuchung gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen als auf der Befragung zu dem Ereignis liegen. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte darüber informiert werden, dass die Untersuchung dazu dient, die körperliche Unversehrtheit wiederherzustellen. Außerdem kann dem Kind bzw. Jugendlichen auf diesem Weg Kontrolle gewährt werden.

Beispiel

Falsch: *„Ich möchte dich untersuchen, damit wir deine Verletzungen dokumentieren können. Ich mache auch Abstriche auf Sperma.“*

Richtig: *„Ich habe von deiner Mutter verstanden, dass heute etwas passiert ist. Es war gut, dass du das erzählt hast. Ich würde dich gerne untersuchen, damit wir schauen können, was du brauchst, damit wieder alles in Ordnung kommt. Du musst keine Angst habe, ich erkläre dir alles, was ich mache, und du kannst mir gerne mithelfen.“*

Zu beachten ist, dass eine Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes bzw. Jugendlichen durchgeführt werden soll. Außerdem hat die Untersuchung auch psychologische Aspekte und dient dazu, dem Kind bzw. Jugendlichen mitzuteilen, dass sie/er unversehrt ist. Ein auffälliger Untersuchungsbefund im Genitalbereich sollte nicht direkt als solcher benannt werden. Dies

kann zu Ängsten führen, beschädigt zu sein. So sollte bei z.B. Pfählungsverletzungen niemals von einem beschädigten Hymen gesprochen werden. Bei bestimmten Kulturgruppen kann dies für Mädchen zu Stigmatisierungen führen. Es gilt darauf hinzuweisen, dass Verletzungen im Genitalbereich wieder verheilen. Es gilt, dem Kind bzw. Jugendlichen ein gutes Gefühl bei und mit der Untersuchung zu vermitteln.

Differentialdiagnosen (z.B. Lichen sclerosus; genitale Streptokokkeninfektionen; Vulvitis des Kleinkindes) müssen bekannt sein und in Erwägung gezogen werden. Hier sollte eher eine Zweitmeinung eingeholt werden, bevor eine Fehlbeurteilung entsteht.

Selbstverletzendes Verhalten ist ein Ausdruck starker Gefühle, die anders schwer aushaltbar sind. Dies muss aber nicht durch sexuelle Gewalt ausgelöst werden. Wichtig sind ehrliches Nachfragen (respektvolle Neugier) ohne zu werten und aktives Zuhören.
In Betracht zu ziehen, ist ebenfalls, dass die Äußerung von Verdachtsmomenten bei Sorgerechtsstreitigkeiten auftreten und Kinder bzw. Jugendliche so von ihren Eltern instrumentalisiert werden können.

Im Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen soll nicht gesagt werden, dass nichts davon weitererzählt wird. Dies kann z.B. anhand guter und schlechter Geheimnisse erklärt werden.

Beispiel

Falsch: *„Keine Sorge, du kannst mir alles sagen und ich werde es nicht weitererzählen.“*

Richtig: Gute Geheimnisse machen gute Gefühle, die dürfen und können für sich behalten werden, um z.B. jemanden zu überraschen mit einem Geschenk; schlechte Geheimnisse machen schlechte Gefühle, die dürfen und sollten erzählt werden, denn dann wird das schlechte Gefühl oft besser.

Wichtig ist zu signalisieren, dass der/die Kinder- und Jugendärzt:in auf der Seite des Kindes bzw. Jugendlichen und für ein weiteres Gespräch zur Verfügung steht. Es kann angeboten werden, dass ein Rückruf aufs Handy des Kindes bzw. Jugendlichen möglich ist, wenn dieses in der Praxis seine/ihre Nummer hinterlässt mit dem Wunsch nach Rückruf.
Weiterhin kann auf Beratungsstellen gegen sexuellen Missbrauch vor Ort oder Hilfetelefone (z.B. Hilfetelefon Sexueller Missbrauch: 0800-22 55 530) verwiesen werden. Angebote richten sich an Betroffene, aber auch an Angehörige und Bezugspersonen wie Freund:innen, Erziehungsberechtigte, Geschwister, Verwandte sowie an Fachkräfte.

Folgende Themen können als Beratung angeboten werden:

- Umgang mit dem Kind bzw. Jugendlichen
- Mitteilung von Unterstützungsangeboten
- Informationen zur Anzeigenerstattung, anonymen Spurensicherung, Prozessbegleitung oder Opferentschädigung

Den Erziehungsberechtigten können folgende Hinweise für den Umgang mit ihrem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen mitgeteilt werden, wenn sich das Kind bzw. Jugendlicher den Erziehungsberechtigten anvertraut:

- „Ruhig und besonnen reagieren! Allzu gefühlsmäßige Reaktionen belasten betroffene Kinder und lassen sie meist erneut verstummen.
- Das Kind sollte getröstet und umsorgt werden.
- Keine bohrenden Fragen stellen.
- Wenn ein Kind Einzelheiten über die belastenden Erlebnisse erzählt, sollten Erwachsene nicht überreagieren."

(Entnommen aus den Informationen für Erziehungsberechtigte „Mutig nachfragen"[2])

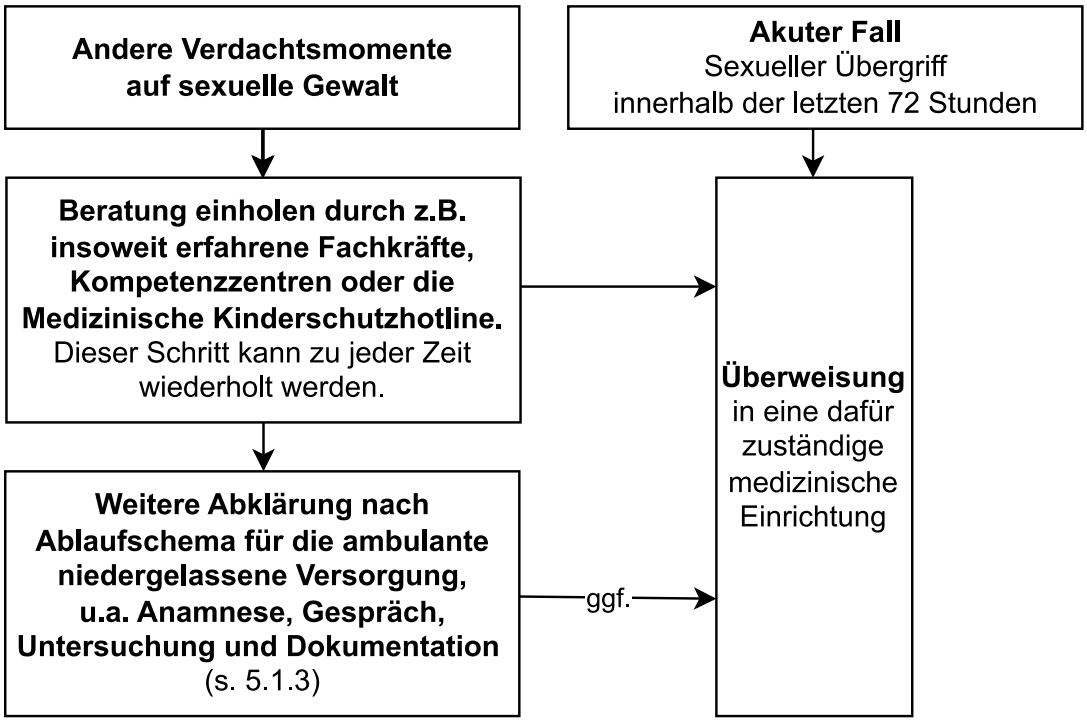
3.4 Hinweis zur Spurensicherung von mitgebrachter Kleidung

Entscheidend ist die Asservierung der Kleidung des Tattages. Sollten Kleidungsstücke vom Tattag in die Praxis mitgebracht werden, sind diese zu asservieren:

- Jedes Kleidungsstück muss einzeln in einer Papiertüte aufbewahrt werden.
- Nasse Kleidung wird einzeln in jeweils eine offene Plastiktüte gelegt und muss zeitnah an die Strafverfolgungsbehörden oder an die anonyme Spurensicherung ausgehändigt werden. Hier erfolgen eine angemessene Trocknung und Lagerung der Asservate.
- Jede Tüte muss mit Namen, Datum, Körperstelle, ggf. Körperseite sowie dem Inhalt (z.B. blaues T-Shirt, rosa Unterhose) beschriftet werden.
- Jede Tüte ist ein Asservat, dass im Arztinformationssystem/Patientenakte dokumentiert werden muss (z.B. eine rosa Unterhose und ein blaues T-Shirt). Die Dokumentation schließt ein, an wen das Asservat ausgehändigt wird. Das Vorhandensein von Asservaten sollte auch im Überweisungsschein aufgeführt werden.

2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). Mutig fragen – besonnen handeln. Im Internet unter: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94394/d8f1d74060cebbedffa12fa39890d268/mutig-fragen-besonnen-handeln-data.pdf, Zugriff am 18.07.2023.

4. Ablaufschema



Vorgehen in der Kinder- und Jugendarztpraxis bei V.a. sexuelle Gewalt (eigene Darstellung)

Kinderschutzbrief – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Ein Kinderschutzbrief ist eine zusätzliche Dokumentation und dient der Weitergabe von Informationen an weitere Akteure, z.B. weiterbehandelnde/r Kinder- und Jugendärzt:in, Jugendamt, Polizei (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*) und greift kinderschutzbezogene Aspekte auf. Für fachfremde Adressat:innen sollten medizinische Fachbegriffe erläutert werden und allgemeinverständlich formuliert sein!

Alles, was berichtet wird, muss im Konjunktiv stehen oder mittels wörtlicher Rede dargestellt werden. Nur eigene Beobachtungen/Feststellungen dürfen im Indikativ formuliert und als solche gekennzeichnet werden.

2. Aufbau

Der Brief enthält Angaben zur/zum Kinderschutzambulanz/-gruppe als Absender und Angaben zum Empfängerkreis des Briefes. Die Informationen zum/zur Patient:in sind mit Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort, Adresse vollständig anzugeben.
Der Inhalt des Briefes besteht aus den vorhandenen Informationen (Anamnese, Untersuchung und Diagnostik), der Auswertung der Befunde und einer entsprechenden Empfehlung.

Im Folgenden sind die zu beachtenden Aspekte für einen Kinderschutzbrief (*kursiv*) aufgeführt:

Adressat:in und weitere Empfänger:innen
(Informationsweitergabe klären)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

am _____*(Datum, Uhrzeit)* wurde der/die Patient:in in unserer Kinderschutzambulanz vorgestellt
oder
vom_____bis_____wurde der/die Patient:in stationär *(ggf. Angabe von Aufenthalten auf der Intensivstation)* behandelt.

Diagnosen: *(T74.-, wenn zutreffend als spezielle Diagnose für z.B. Kindesmisshandlung und/oder zuzüglich z.B. Z64.- Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände, Z63 Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis)*

Allgemeine Anamnese: *(Dokumentation, wer welche Angaben zur Anamnese gemacht hat, zu Familienanamnese sowie frühere Erkrankungen)*

Spezielle Anamnese: *(Dokumentation, wer welche Angaben gemacht hat, Benennung des Vorstellungsgrundes als auch des möglichen Tat-/Unfallhergangs mit Dokumentation von Ort, Datum, Uhrzeit, falls bekannt Täter:in)*

Anamnese des Kindes bzw. Jugendlichen: *(Dokumentation wortgetreu mit entsprechender Kennzeichnung)*

Sozialanamnese: *(Dokumentation, wer welche Angaben zur Sozialanamnese gemacht hat, zu Familie und sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen; ggf. bereits bestehende Kontakte ins Hilfesystem; In Bezug auf die Weitergabe von Informationen ist zu beachten, inwieweit es sich um sensible Informationen über z.B. Erziehungsberechtigte handelt.)*

Allgemeiner körperlicher Untersuchungsbefund: *(zum Zeitpunkt der Vorstellung bzw. der Aufnahme)*
Allgemeinzustand:

Pflegezustand und Zahnstatus:

Entwicklungsstatus: (Motorik, Sprache, Emotionen, Soziales)

Ernährungszustand: (Größe, Gewicht, ggf. Kopfumfang; Perzentilen angeben, ggf. als Verlaufsdarstellung)

Allgemein pädiatrischer Untersuchungsbefund:

Diagnostik:
Laborbefunde:

Bildgebende Diagnostik: (z.B .Röntgen-Skelettscreening)

Ärztliche Konsile: (z.B. augenärztlich, gynäkologisch)

Psychologisches Konsil:
1. Befund, ggf. psychopathologischer Befund:
2. Beurteilung:
3. Empfehlung:

Besondere Untersuchungsbefunde: *(Jede Verletzung einzeln: Art der Verletzung, inkl. exakter Lokalisation, Maße, Form, Beschaffenheit, Färbung und ggf. Schmerzhaftigkeit. Verletzung beschreiben, nicht bewerten. Alle Verletzungen und Auffälligkeiten dokumentieren, nicht nur die klinisch relevanten.)*

1. Verletzungen	***2. Narben***	***3. Nävi***	***4. Pigmentstörungen***	***5. Keloide***
a)	*a)*	*a)*	*a)*	*a)*
b)	*b)*	*b)*	*b)*	*b)*
c)	*c)*	*c)*	*c)*	*c)*
6. Auffälligkeiten (Labor/Bildgebung/Konsile)			***7. Weitere Auffälligkeiten***	
a)			*a)*	
b)			*b)*	
c)			*c)*	

Beurteilung der besonderen Untersuchungsbefunde: *(Wertung der Auffälligkeiten und jeder einzelnen (!) Verletzung anhand der Anamnese auf Plausibilität, da eine rein deskriptive Beschreibung der Befunde nicht bei der Einschätzung hilft, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt; Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von Folgeschäden und dauerhaft anhaltenden Einschränkungen.)*
Zu 1 …
Zu 2 ...
…

Empfehlungen: *(Dokumentation der Absprachen mit dem Jugendamt, Hilfekonzepte erläutern, Kontrolltermine in Kinderschutzambulanz angeben, ggf. „Arbeitsauftrag" für den/die weiterbehandelnde/n Kinder- und Jugendärzt:in formulieren und möglichst telefonisch abstimmen)*

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Unterschriften

Leitung der Klinik	Leitung Kinderschutzambulanz/ Oberarzt/-ärztin	Assistenzarzt/-ärztin

Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Die Weitergabe von Patientendaten bedarf einer schriftlichen Erlaubnis (Schweigepflichtentbindung) der Patient:innen bzw. deren gesetzlichen Vertretung. Die Schweigepflicht gilt über den Tod hinaus. Die Entbindung von der Schweigepflicht kann mündlich oder schriftlich erteilt werden. Bei mündlicher Erteilung hat eine entsprechende Dokumentation durch den/die Ärzt:in zu erfolgen.
Unter die Schweigepflicht fallen alle Informationen, die im Rahmen der Berufsausübung erhoben und dokumentiert wurden. Schon die Namen der Patient:innen im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung oder die Frage, ob ein Kind oder Jugendlicher behandelt wurde, darf nicht ohne Zustimmung der Patient:innen bzw. deren gesetzlichen Vertretung beantwortet werden.
In diesem Handlungsleitfaden werden die Regelungen zur Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung unter Beachtung der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB beschrieben. Der § 4 KKG regelt den Umgang bei V.a. Kindeswohlgefährdung für Berufsgeheimnisträger:innen und gilt bundesweit. Diese Regelung beinhaltet auch eine Befugnisnorm, die die Weitergabe von Informationen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung möglich macht.

2. Weitergabe von Patienteninformationen

Die Anfragenden zur Weitergabe von Patienteninformationen können in zwei Gruppen unterschieden werden: Zum einen der/die Patient:in bzw. deren gesetzliche Vertretung (Erziehungsberechtigte) selbst oder Anfragen durch Dritte, z.B. Jugendamt, andere Ärzt:innen, Staatsanwaltschaft, Polizei.

2.1 Anfrage von Patient:in bzw. deren gesetzliche Vertretung

Generell gilt: Die Patient:innen haben einen Anspruch auf Einsicht in die gesamte Patientendokumentation. Der Anspruch auf Herausgabe der Informationen besteht gemäß § 630g Abs.1 BGB, sofern der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

Der Einsichtnahme entgegenstehende Gründe sind:
(Folgende Auflistungen sind dem Merkblatt der Ärztekammer Berlin „Auskunftsrecht und Einsichtnahme in Patientenunterlagen“ entnommen und entsprechend kursiv hervorgehoben)[1]

1 Ärztekammer Berlin (2020). Auskunftsrecht und Einsichtnahme in Patientenunterlagen. Im Internet unter: https://www.aekb.de/fileadmin/migration/pdf/25_Merkblatt_Einsichtsrechte_in_Patientenunterlagen.pdf, Zugriff am 17.07.2023.

„Therapeutische Gründe: Eine Ablehnung der Einsichtnahme aus therapeutischen Gründen setzt voraus, dass dies zum Schutz der Patientin/des Patienten erforderlich ist. Das kommt v. a. vor allem bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen in Betracht, wenn zu erwarten ist, dass eine Kenntnis der Patientin/dem Patienten erheblich schaden könnte (etwa Selbstverletzungs- oder Suizidgefahr, Negativauswirkungen auf die Erkrankung). Ist die Patientin/der Patient dagegen psychisch stabil und ist keine Gefährdung aufgrund der Einsichtnahme zu befürchten, so ist ihr oder ihm die eigene Entscheidung darüber zuzubilligen, wieviel er oder sie wissen möchte und wo die Grenze des eigenen Informationsinteresses erreicht ist. In Zweifelsfällen sollte geprüft werden, ob bestehenden medizinischen Bedenken dadurch Rechnung getragen werden kann, dass die Einsichtnahme in Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes stattfindet. Von dieser Möglichkeit ist vorrangig Gebrauch zu machen.

Entgegenstehende Rechte Dritter: Soweit die Behandlungsunterlagen sensible Informationen über eine dritte Person (etwa: Eltern, andere Sorgeberechtigte) beinhalten, ist eine Abwägung zwischen dem Persönlichkeitsrecht (bzw. Geheimhaltungsinteresse) des Dritten und dem Informationsinteresse der Patientin/des Patienten vorzunehmen. Ein überwiegendes Schutzinteresse des Dritten kann insbesondere dann vorliegen, wenn dessen Intimsphäre betroffen ist. Aber auch bei sonstigen personenbezogenen Daten über eine dritte Person ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob dem Geheimhaltungsinteresse des Dritten der Vorzug gebührt. Das Informationsinteresse einsichtswilliger Patient:innen kann etwa dann zurückzustehen haben, wenn die Information nicht zugleich deren Persönlichkeitsrecht (sondern ausschließlich das der dritten Person) betrifft. Die Abwägung der widerstreitenden Interessen kann hier besonders schwierig sein.

Entgegenstehende Rechte der Ärztin/des Arztes: Subjektive Wertungen der Ärztin/des Arztes stehen der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen nicht entgegen (s. o.). Insbesondere können psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsunterlagen nicht schon mit der Begründung zurückgehalten werden, die Ärztin/der Arzt habe eigene, persönliche Reaktionen auf die Patientin/den Patienten festgehalten. In Ausnahmefällen kann das ärztliche Persönlichkeitsrecht aber in qualifizierter Weise betroffen sein und einer Einsichtnahme in die (entsprechende Passage der) Behandlungsdokumentation entgegenstehen. Dies ist möglich bei Eintragungen, die eine Reflexion eigener, intimer Gefühle und Gedanken der Ärztin/des Arztes (z. B. im Rahmen einer Psychotherapie) betreffen und die von vorneherein für eigene Zwecke (z. B. für eine Supervision) aufgezeichnet wurden. Soweit Inhalte der Behandlungsdokumentation hingegen für die Kenntnisnahme anderer bestimmt sind, wird ein überwiegendes Geheimhaltungsinteresse der Ärztin/des Arztes in der Regel ausscheiden.“

2.2 Anfrage von Dritten

Bei Anfragen von Dritten ist die Weitergabe von Patientendaten über zwei Wege möglich:

Schweigepflichtentbindung durch den/die Patient:in bzw. die gesetzliche Vertretung

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber **Dritten** wie z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gerichten (Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO bzw. § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO). Liegt hingegen eine Entbindung von der Schweigepflicht vor, so sind die behandelnden Ärzt:innen zur Herausgabe der Krankenunterlagen (§ 385 Abs. 2 ZPO) verpflichtet. Dies ist entsprechend zu dokumentieren.
Für das Auskunftsbegehren von Krankenkassen ist maßgebend, ob die versicherte Person im Rahmen des Versicherungsvertrages einer Übermittlung von Daten an die Krankenkassen zugestimmt hat oder eine gesetzliche Befugnis zur Offenbarung besteht. Die Pflicht zur Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden in Fällen von Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt besteht seit August 2013 nicht mehr (§ 294 a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Es besteht eine Befugnis, die von der Schweigepflicht entbindet

Die Weitergabe von Patienteninformationen an Dritte ist ohne Schweigepflichtentbindung durch den/die Patient:in nur aufgrund einer entsprechenden Befugnis unzulässig und verstößt gegen die Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Folgende Befugnisse berechtigen zur Weitergabe von Informationen:

- **§ 4 KKG** – Zur Abwendung einer möglichen Kindeswohlgefährdung dürfen personenbezogene Daten auch ohne Schweigepflichtentbindung an das zuständige Jugendamt weitergegeben werden.
- **§ 8a SGB VIII** – bei Anfrage des zuständigen Jugendamtes im Rahmen eines § 8a-Verfahrens
- **§ 34 StGB** – Wenn bei einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leib oder Leben, der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen das Interesse an der Geheimhaltung der Informationen wesentlich überwiegt, dürfen Informationen gegenüber den Strafverfolgungsbehörden übermittelt werden.
- Mit Vorlage eines **behördlichen Beschlusses**, z.B. durch Staatsanwaltschaft oder Gerichte (z.B. nach § 81 StPO), ist die Weitergabe von Informationen an die auftraggebende Behörde auch ohne Schweigepflichtentbindung zulässig.

Die Weitergabe von Patienteninformationen an Dritte müssen begründet dokumentiert werden. Dies bedeutet, dass bei Inanspruchnahme der Befugnis zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte an das Jugendamt nach § 4 KKG die Gründe, im Sinne der Güterabwägung, Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen und Wahren der Schweigepflicht, dokumentiert werden sollen.

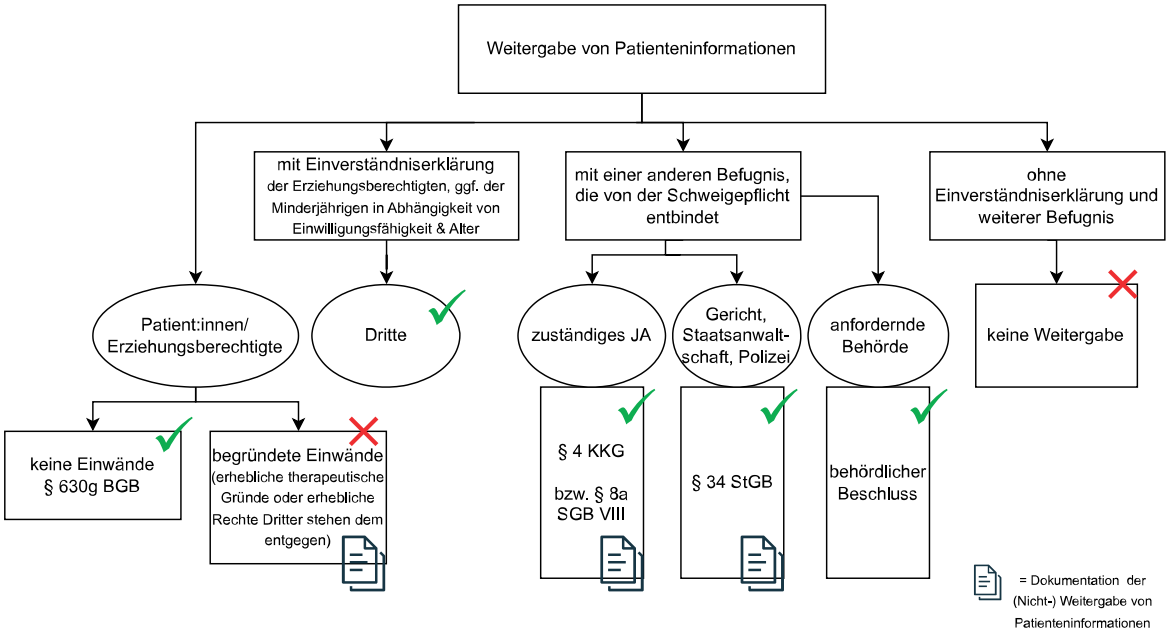
3. Dokumentationspflichten

Bei jeder Informationsweitergabe von Patientendaten ist Folgendes zu dokumentieren:

- Welche Gründe bestehen für eine Weitergabe von Informationen?
  - Patientenanfrage
  - Einverständniserklärung mit Schweigepflichtentbindung (Die Einverständniserklärung ist von allen gesetzlichen Vertretungen, z.B. beide Eltern einzuholen.)
  - Behördlicher Beschluss zur Weitergabe von Informationen mit Entbindung der Schweigepflicht (Behördliche Beschlüsse sind in der Akte abzulegen.)
  - bei V.a. Kindeswohlgefährdung aufgrund der Befugnis:
    - gemäß § 4 KKG bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, wenn der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen in Frage gestellt wird, so dass von einem Einbezug der Erziehungsberechtigten abzusehen ist
    - nach § 34 StGB wegen akuter Gefahr und nach reiflicher Güterabwägung, die aus der Dokumentation ersichtlich werden muss

    Die Gründe bzw. die Güterabwägung in Bezug auf das Brechen der Schweigepflicht müssen in diesen Fällen dokumentiert werden.
- An wen werden Informationen weitergegeben?
- Welche Informationen werden weitergegeben?
- Von wem werden die Informationen weitergegeben?

4. Ablaufschema



Ablaufschema für die Weitergabe von Patienteninformationen in Kliniken und Praxen (eigene Darstellung)

Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Rechtsmedizinische Expertise ist ein wichtiger Bestandteil bei der Abklärung von Fällen möglicher Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexueller Gewalt. Rechtsmedizinische Institute bzw. rechtsmedizinische Ambulanzen halten für diese Fälle Angebote vor, wie beispielsweise:

- Beratung in der Einschätzung von suspekten Befundkonstellationen
- Forensische Untersuchung und Begutachtung von Gewaltopfern
- Asservierung und Lagerung von Beweismaterial

Um auf eine rechtsmedizinische Expertise für die eigene medizinische Einrichtung zurückgreifen zu können, sollte eine Kooperation mit einem rechtsmedizinischen Institut geschlossen werden. Je nach Vereinbarung kann niederschwellig und ohne weiteren bürokratischen Aufwand eine konsiliarische Leistung in Anspruch genommen werden. Konsiliarische Leistungen kommen z.B. dann zum Tragen, wenn ein rechtsmedizinisches Gutachten (in der Regel separat in Rechnung gestellt) erforderlich und die Transportfähigkeit der Patient:innen nicht gewährleistet ist.

In einigen Bundesländern stehen rechtsmedizinische Angebote zur pseudonymisierten Beratung mittels elektronischer Konsile zur Verfügung. In entsprechenden Kompetenzzentren kann z.B. eine Beratung in der Einschätzung suspekter Befundkonstellationen angefragt werden. Diese pseudonymisierte Beratung ersetzt kein rechtsmedizinisches Gutachten. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit Schulungen für medizinisches Personal in Anspruch zu nehmen.

2. Ablauf/Vorgehen

2.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Expertise

Für die Inanspruchnahme einer rechtsmedizinischen Expertise ist eine Absprache bzw. Kooperation mit einem rechtsmedizinischen Institut erforderlich. Es empfiehlt sich, mit dem jeweiligen rechtsmedizinischen Institut z.B. über eine Kooperationsvereinbarung abzustimmen, wie der Ablauf der Kommunikation bei Anfragen erfolgen kann. Dazu sollten sowohl Übermittlungswege mit entsprechenden Zuständigkeiten, Erreichbarkeiten und Kontakten abgestimmt als auch die Frage der Kosten für eine forensische Untersuchung bzw. einer Begutachtung eines Gewaltopfers vereinbart werden.

Empfehlung zur Einholung einer rechtsmedizinischen Expertise
In Vorbereitung auf die Einholung der rechtsmedizinischen Expertise sollten vorab Informationen zusammengetragen werden, die die folgenden Aspekte berücksichtigen:

- In Absprache mit der Rechtsmedizin wird entschieden, ob eine pseudonymisierte Beratung oder eine körperliche Untersuchung durch die Rechtsmedizin erfolgen kann. Mit der Entscheidung zur körperlichen Untersuchung muss das Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt werden.
- Erfassung und Beschreibung der aktuellen Situation des/der Patient:in, u.a. mit Anamnese-Erhebung, Vorerkrankungen, Medikamente, Größe, Gewicht, Ernährungs-/Allgemein-/Pflegezustand, Befunde (Kopf/Hals, Rumpf, Extremitäten, Genitale)
- Ggf. Formulierung einer eigenen Einschätzung zum Gefährdungsrisiko, u.a. unter Berücksichtigung der Kooperation der Erziehungsberechtigten
- Ggf. Hinzufügen von Dokumenten/Fotos (*CAVE: keine Personenangabe bei pseudonymisierter Beratung*)
- Formulierung einer Fragestellung für die Rechtsmedizin, z.B. Einschätzung einer suspekten Befundkonstellation (ist die Schilderung der Erziehungsberechtigten kongruent zum Verletzungsmuster?) oder Hinweis zur weiteren Diagnostik/forensische Untersuchung

2.2 Asservierung und Lagerung von Beweismaterial

In der medizinischen Einrichtung sollte es einen definierten Ort geben, an dem die Spurensicherungssets sowie die Asservate sicher und trocken aufbewahrt werden können (z.B. verschlossener Schrank bzw. Kühlschrank auf Intensivstation) (*s. HLF Akuter sexueller Übergriff*). Die folgenden Punkte (u.a.) gilt es in Bezug auf die Asservierung und Lagerung von Beweismaterial zu berücksichtigen:

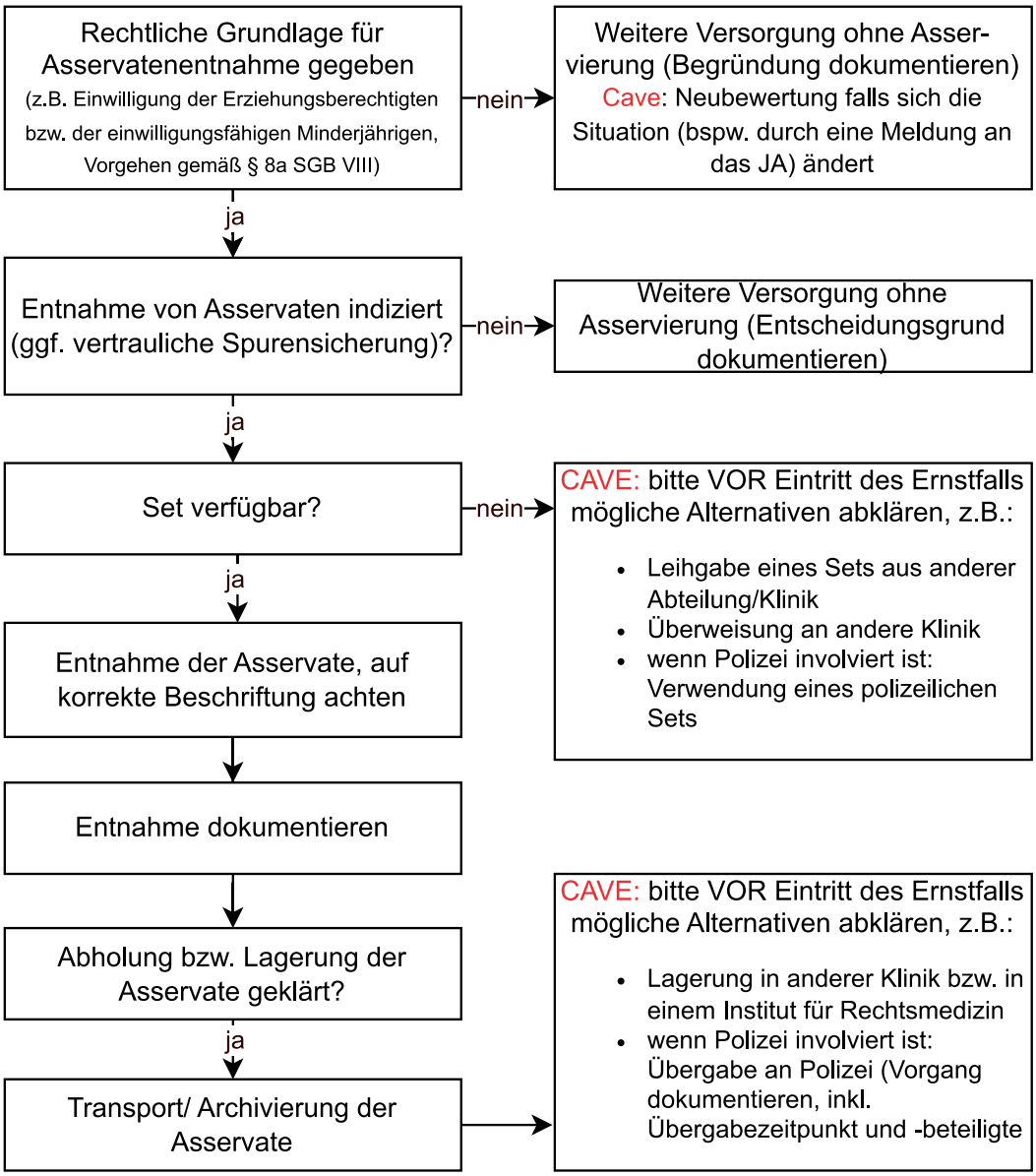
- Die Spurensicherung bei Vorstellung in Begleitung durch die Kriminalpolizei erfolgt durch den/die Ärzt:in. Die Sicherstellung der Asservate erfolgt durch die Beamt:innen der Kriminalpolizei.
- Es besteht die Möglichkeit einer vertraulichen (anzeigenunabhängigen) Spurensicherung. Betroffenen wird eine gerichtsverwertbare ärztliche Dokumentation ihrer Verletzungen und eine Spurensicherung ohne sofortige Anzeigeerstattung ermöglicht. Betroffene haben somit die Möglichkeit, sich körperlich und mental zu erholen, sich Unterstützung zu suchen und gemeinsam mit ihren Erziehungsberechtigten die Option einer Anzeige zu überdenken. Der Schutz der Jugendlichen muss gewährleistet sein, ob durch Hinzuziehung der Eltern oder der Jugendhilfe ist im Einzelfall zu entscheiden. Bei Kindern scheidet dieses Verfahren meistens aus. Auch hier ist an den künftigen Schutz des Kindes zu denken (Schwier et al. 2023).
- Abhängig von der Verwahrungszeit der gesicherten Spuren kann im Falle einer Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt auf die gesicherten Materialien zurückgegriffen und diese ausgewertet werden. Die Betroffenen sollten über die Dauer der Verwahrung informiert werden und diese mit ihrer Unterschrift bestätigen. Die jeweilige Verwahrdauer variiert abhängig vom Versorgungsstandort (Balint et al. 2022).

- Rechtliche Grundlage der Spurensicherung
  - bei Alter 0-13 Jahre:
    - Einwilligung der Erziehungsberechtigten oder Vorgehen nach § 8a SGB VIII
    - Vertrauliche Spurensicherung als Einzelfallentscheidung üblicherweise nicht (!) sinnvoll [1]
  - bei Alter 14-15 Jahre:
    - Einwilligungsfähigkeit des Jugendlichen ist regelhaft Ermessenssache; ärztliche Einzelfallentscheidung
    - Vertrauliche Spurensicherung als Einzelfallentscheidung
  - bei Alter 16-17 Jahre:
    - Patient:in entscheidet selbst, sofern möglich
    - Vertrauliche Spurensicherung als Einzelfallentscheidung
- bei Bedarf Kontaktaufnahme zur Klinik für Gynäkologie und Spurensicherung bei Untersuchung mit Kolposkopie

1 Die vertrauliche Spurensicherung hat ihren Stellenwert in dieser Altersgruppe vor allem bei ungeklärten Gesamtsituationen, bei denen eine verfrühte Einschaltung von Strafverfolgungsbehörden (Kriminalpolizei, Gericht) in Abwägung der Lebenssituation des Kindes potenziellen Schaden verursachen könnte (z.B. ungeschützte Geschwisterkinder, vermuteter institutioneller Übergriff in KiTa oder Schule o.ä.).

Für den/die spurensichernde/n Ärzt:in bleibt die Verantwortung der Abschätzung der Kindeswohlgefährdung. Bei geringsten Zweifeln – insbesondere bei einem möglichen Verdacht gegen eine/n oder mehrere Erziehungsberechtigte:n – ist die Einschaltung des Jugendamtes angezeigt. In diesem Fall gilt eine Spurensicherung nicht mehr als vertraulich.

3. Ablaufschema



Ablaufschema bei V.a. sexueller Gewalt in Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin (eigene Darstellung)

Unterstützung durch die Polizei – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Hinweis: Inhalte dieses Handlungsleitfadens sind weitestgehend dem Leitfaden für Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz des Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen in NRW (KKG NRW) entnommen und entsprechend kursiv hervorgehoben [1].

„Für unmittelbare Gefährdungslagen benötigen Kliniken die Unterstützung der nächsten Polizeidienststelle (Gefahrenabwehr). Für die Ermittlung in Strafsachen (Strafverfolgung) gibt es zudem diverse Kriminaldezernate, die fachspezifisch für unterschiedliche Delikte zuständig sind, z.B. Gewalt gegen Kinder, Sexualstraftaten, Drogenkriminalität etc.
Zur Netzwerkbildung sollte bei der örtlichen Kriminalwache die jeweilige Ansprechperson festgestellt werden. Zudem ist zu bedenken, dass jeweils die Kriminalbehörde der Stadt zu „ermitteln" ist, in der der vermutete Tatort liegt. Dieser kann von der Meldeadresse des Kindes abweichen. Grundsätzlich nimmt aber jede Dienststelle Anzeigen entgegen, prüft die Zuständigkeit und leitet ggf. weiter."

Im Kontext des Kinderschutzes ist die Rechtsvorschrift nach § 225 StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen) die einschlägige Norm: Sie stellt speziell Misshandlungen an Kindern und Jugendlichen unter Strafe, die der Fürsorge oder Obhut der misshandelnden Person unterstehen oder dieser Person vom Fürsorgepflichtigen überlassen wurden, ihrem Hausstand angehören oder ihr im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet sind. Damit umfasst die Vorschrift insbesondere Eltern, Pflegeeltern, Betreuer:innen, Pflegepersonal, aber auch Lebenspartner:innen in häuslicher Gemeinschaft.

Der Tatbestand nach § 225 StGB liegt in den folgenden Formen vor:

- Quälen: Zufügen länger dauernder oder sich wiederholender Schmerzen oder Leiden körperlicher oder seelischer Art
- Misshandeln: Rohes, d.h. besonders gefühlloses und erhebliches, Misshandeln
- Vernachlässigen: Gesundheitsschädigung aus böswilligen, d.h. aus besonders verwerflichen, selbstsüchtigen Gründen (etwa Hass, Bosheit, Geiz, rücksichtslosem Egoismus). Umfasst ist auch das Verwahrlosenlassen

Im Gegensatz zu den dargestellten Misshandlungsdelikten sind bei der Einordnung von Sexualstraftaten Altersschutzgrenzen relevant. Kind im Sinne des Sexualstrafrechts ist jede Person bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs, das heißt um Mitternacht vor dem

1 Banaschak, Sybille; Brüning, Tanja (2022): Leitfaden für Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz. Hg. v. KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW. Online verfügbar unter https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2206058-K_Leitfaden_A4_Netzwerke_Medizinischer_Kinderschutz_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2023.

14. Geburtstag endet in diesem strafrechtlichen Sinne die Kindheit (*s. HLF Rechtsmedizin*). Der § 176 StGB stellt jeden „sexualbezogenen Umgang mit Kindern“ unter Strafe.

Bereits der Versuch ist strafbar. Dies gilt auch im Falle des (auch einvernehmlichen) sexuellen Kontaktes unter Kindern bzw. Jugendlichen. So darf strafrechtlich gesehen z.B. ein 15-Jähriger keine sexuellen Handlungen an seiner 13-jährigen Freundin vornehmen – er würde sich ggf. gemäß § 176 StGB strafbar machen (ist auch der/die „Täter:in“ unter 14 Jahre alt, wird die Tat jedoch nicht verfolgt, da er/sie dann noch nicht strafmündig ist nach § 19 StGB).

2. Unterstützung durch die Polizei

2.1 Aus Sicht der Klinik

„Unterstützung durch die Polizei kann im Kinderschutzprozess aus unterschiedlichen Gründen notwendig sein. Die örtliche Polizeiwache ist prinzipiell Ansprechpartnerin für jede Art der Gefahrenabwehr. Sollte in der Klinik eine Situation entstehen, in der beispielsweise Eltern gegen Rat die Klinik mit ihrem Kind verlassen wollen, hochaggressiv auftreten oder randalieren, so wird die örtliche Polizeidienststelle für diese Gefahrenabwehr aktiv.

Viele Verletzungsmuster oder anamnestische Angaben, die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen im Rahmen der Kinderschutzarbeit bekannt werden, entsprechen zudem potentiellen Straftatbeständen. Generell sind die Mitarbeiter/innen der Klinik nicht verpflichtet, Strafanzeige zu erstatten, dürfen dies jedoch tun, wenn das Brechen der Schweigepflicht (s. HLF Weitergabe von Patienteninfos) *der Sicherung eines höheren Rechtsgutes, wie z.B. der Sicherstellung des Schutzes der Patientin/des Patienten oder von Geschwisterkindern, dient. Bei der Entscheidung, ob und wann Anzeige erstattet wird, sind einige Aspekte zu berücksichtigen. Eine Anzeige kann prinzipiell bei jeder Polizeidienststelle erstattet werden. Neben den regulären Polizeidienststellen gibt es i.d.R. aber auch spezialisierte Kriminalkommissariate, in denen die Ermittlungen zu den verschiedenen Deliktsbereichen stattfinden. Die inhaltliche Ausdifferenzierung der Zuständigkeiten kann in den Städten/Kreisen unterschiedlich organisiert sein. Das Organigramm des jeweiligen Polizeipräsidiums gibt Auskunft über die Gestaltung der Abteilungen vor Ort. So können Sexualdelikte und Misshandlungen Schutzbefohlener bspw. durch dasselbe Kriminalkommissariat bearbeitet werden oder unterschiedlichen Kommissariaten unterliegen. Innerhalb der Abteilungen werden die zu bearbeitenden Fälle den Sachbearbeiterinnen/ Sachbearbeitern zugewiesen, die über Erfahrungen oder Zusatzqualifikationen der jeweiligen Sachgebiete verfügen. Es sollte bei den zuständigen Kommissariaten erfragt werden, ob und in welchen Fällen eine direkte Kontaktaufnahme oder wann zunächst ein Kontakt zur örtlichen Polizeiwache gewünscht ist.*

Wenn eine Strafanzeige erstattet wird, die den Verdacht auf eine Gewalttat zulasten eines Kindes vermuten lässt, kann diese aufgrund der Ermittlungsverpflichtung (s. Offizialdelikt) nicht zurückgezogen werden. Die Polizei ermittelt in diesen Fällen von Amts wegen. Klinikintern sollte generell feststehen, welche Kommunikationswege bei einer Strafanzeige eingehalten werden müssen.

Es sollte ggf. gemeinsam mit der Rechtsabteilung der Klinik festgelegt werden, zu welchem Zeitpunkt die/der Vorgesetzte oder die Geschäftsführung über die Situation informiert werden bzw. von dort die Anzeigeerstattung erfolgt.

Wie unterstützt die Polizei die Klinik?

- *Gefahrenabwehr*
- *Aufnahme/Einleitung von Ermittlungen*
- *Polizei wird von Amts wegen tätig, sobald sie Information über eine mögliche Gewalttat erhält*

Wie unterstützt die Klinik die Polizei?

- *medizinische Versorgung*
- *Spurensicherung (Fotodokumentation und Abstrichentnahme)*
- *medizinische Expertise/medizinischer Ansprechpartner*
- *medizinische Stellungnahmen oder klinische Einschätzungen einer Verletzung*
- *ggf. Kenntniserhalt von potentiellen Gewalttaten*
- *und Information der Polizei*

Offizialdelikt

Offizialdelikte sind Straftaten, die die Staatsanwaltschaft von Amts wegen verfolgt. Dies trifft auf viele Gewalttaten zu, insbesondere aber Gewalttaten zulasten von Kindern. In Bezug auf Kindesmissbrauch und -misshandlungsfälle bedeutet dies, dass für Polizei und Staatsanwaltschaft, nachdem ihnen die Fälle bekannt geworden sind, eine Ermittlungspflicht zur Klärung des Sachverhalts besteht. In diesen Fällen bedarf es keines Strafantrags des Opfers. Die Strafverfolgungsbehörden haben bei Offizialdelikten keinen Ermessensspielraum, d.h. sie müssen tätig werden, indem sie z.B. Beweise sichern, Zeugen ermitteln und körperliche Untersuchungen des Opfers veranlassen. Zurückgezogen werden kann eine derartige Anzeige aufgrund der Ermittlungspflicht ebenfalls nicht."

2.2 Aus Sicht der Betroffenen

Medizinische Einrichtungen sollten Beratungsangebote als auch Schutzmaßnahmen der Polizei bekannt sein, um die Betroffenen darauf hinzuweisen. Diese Situation ergibt sich z.B. bei Fällen von häuslicher Gewalt, wenn die Betroffenen danach fragen, wenn Täter:innen nicht zum familiären Umfeld gehören oder wenn es sich um einwilligungsfähige Minderjährige handelt.

Die Polizei bietet Anonyme Opferberatungsstellen an, die von Seiten der Betroffenen in Anspruch genommen werden können, auch ohne ein laufendes Strafverfahren. Dabei wird zu folgenden Punkten beraten:

- Anzeige
- Beteiligung am Strafverfahren

- Recht auf Information
- Recht auf Schutz
- Recht auf Unterstützung
- Recht auf Entschädigung (Opferentschädigungsgesetz (OEG), zukünftig als Sozialentschädigungsgesetzt als eigenes Gesetzbuch, SGB XIV)

Die Polizei hat zudem die Möglichkeit, Maßnahmen zum Schutz von Betroffenen zu treffen. „Sie kann z.B.:

- einer Person, die [ihnen] unbefugt nachstellt, untersagen, mit [ihnen] Kontakt aufzunehmen
- eine gewalttätige Person vorübergehend von einer bestimmten Örtlichkeit [z.B. Sportstätten] wegschicken (Platzverweis)
- eine gewalttätige Person für die Dauer von 10 bis zu 14 Tagen (je nach Bundesland) aus [ihrer] gemeinsamen Wohnung verweisen
- eine gewalttätige Person in Gewahrsam nehmen

Darüber hinaus macht die Polizei eine sogenannte Gefährdungslagebewertung und weist […] ggf. auf weitere Maßnahmen [zum] Schutz hin, wie z.B., Maßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz.“[2]

2 Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (n.d.). Recht auf Schutz. Im Internet unter: https://www.polizei-beratung.de/opferinformationen/opferrechte/recht-auf-schutz/, Zugriff am 17.07.2023.

Ärztliche Stellungnahme im familiengerichtlichen Verfahren – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Das Familiengericht ist nach § 1666 BGB zum Handeln in Fällen von Kindeswohlgefährdung bemächtigt. Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen (§ 8a Abs. 2 SGB VIII).

Nach § 158 Abs. 2 Nr. 1 FamFG bestellt das Familiengericht bei Verfahren zu Kindschaftssachen für das betroffene Kind bzw. Jugendlichen einen Verfahrensbeistand. Dieser soll das Interesse des Kindes bzw. Jugendlichen feststellen und zur Geltung bringen. Der Verfahrensbeistand bietet sachkundige Unterstützung des Kindes bzw. Jugendlichen vor, während und nach dem Verfahren.[1]

Eine direkte Anrufung des Familiengerichts ist auch durch medizinisches Personal möglich, stellt aber die Ausnahme dar, z.B. wenn der Eindruck besteht, dass wichtige Aspekte aus dem heilberuflichen Bereich nicht ausreichend zur Kenntnis genommen wurden und so eine Abwendung der Gefahren ausgeblieben ist. Das Anliegen wird zunächst telefonisch geschildert und dann als ärztliche Stellungnahme an das entsprechende Familiengericht gesendet. Jeder Fall hat ein Aktenzeichen, was im Verlauf auch bei weiterer Kommunikation angegeben werden sollte, um diese zu erleichtern.

Im Familiengericht werden bei Verfahren zur Kindschaftssachen u.a. folgende Aspekte geregelt (§ 151 FamFG):

- die elterliche Sorge
- das Umgangsrecht und das Recht auf Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kindes bzw. Jugendlichen
- die Kindesherausgabe
- die Vormundschaft
- die Pflegschaft oder die gerichtliche Bestellung einer sonstigen Vertretung für eine/n Minderjährige:n oder für ein bereits gezeugtes Kind
- die Genehmigung von freiheitsentziehender Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen

1 Weitergehende Informationen siehe: Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen (2022). Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das familiengerichtliche Verfahren. Im Internet unter: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/203942/a765c689a83ace6f964135162ba46c35/praxisleitfaden-zur-anwendung-kindgerechter-kriterien-fuer-das-familiengerichtliche-verfahren-data.pdf, Zugriff am 17.07.2023.

2. Ablauf

Medizinische Befunde können indirekt oder direkt in ein Familiengerichtsverfahren eingebracht werden:

Indirekter Weg: Arztbriefe bzw. medizinische Befunde werden von Dritten (Erziehungsberechtigten bzw. Jugendamt oder Verfahrensbeistand mit Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten) angefordert, um diese an das Familiengericht weiterzuleiten.

Direkter Weg: Medizinisches Personal bzw. Ärzt:in wendet sich direkt an das Familiengericht oder wird vom Familiengericht angefragt.

Für beide Wege sollten medizinische Befunde als ärztliche Stellungnahme formuliert werden, sodass diese für die Adressaten (z.B. Jugendämter, Familiengericht) verständlich sind und Missverständnissen entgegenwirken. Die ausschließliche Weitergabe eines Entlassbriefs erfüllt diesen Zweck in aller Regel nicht. Folgende Punkte sind zu beachten[2]:

- Adressieren an den/die richtige/n Empfänger:in
- Verdeutlichung der Herkunft von Informationen
  - Wer hat wann, in welchem Kontext welche Angaben gemacht?
- Verwendung deutscher Ausdrücke mit sachlich-nüchterner Sprache
  - Befunde, Aussagen und Verhalten der beteiligten Personen sollten ausführlich, z.B. in Form von wörtlicher Rede, und objektiv dokumentiert werden. Auch scheinbar banale medizinische Sachverhalte sollten für Laien verständlich sein.
- „besondere Sorgfalt in Bezug auf die Beschreibung von Verletzungen und deren Lokalisation (rechts/links)“[2]
- „keine Verwendung juristischer Begriffe
  - Ob ein bestimmter Tatbestand erfüllt ist, ist eine juristische Beurteilung, die Ärzt:innen nicht zukommt. […] Daher sollten Ärzt:innen ihre Einschätzung auf medizinische Sachverhalte begrenzen (z.B. lebensbedrohliche Verletzung, erhebliche Verletzung, Kindesmisshandlung).“[2]
- „keine Aussagen zu erforderlichen Maßnahmen des Familiengerichts oder zu Leistungen der Jugendhilfe (Fremdunterbringungen etc.), [soweit dies nicht explizit gefordert wird]
  - Diese „Einmischung“ steht Ärzt:innen nicht zu. Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf medizinisch-diagnostische oder (medizinisch-)therapeutische Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht zur Sicherung der kindlichen Gesundheit erforderlich sind. Gemeinsame Beschlüsse aus einer Helferkonferenz können in eine Stellungnahme aufgenommen werden, auch wenn sich diese auf geplante Maßnahmen beziehen. Sie sind dann entsprechend zu kennzeichnen.“[2] Einschätzungen über Entscheidungen zum Gegenstand der familiengerichtlichen Klärung (z.B. über den Kontakt von Elternteilen zu dem Kind bzw. Jugendlichen) sollten

2 KKG NRW (2021). Empfehlungen für den Medizinischen Kinderschutz im Familiengerichtsverfahren. Im Internet unter: P2106093_A4_EmpfehlungenKinderschutzGerichtsverfahren.indd (kkg-nrw.de), Zugriff am 17.07.2023.a

maximal in gutachterlichen Stellungnahmen abgegeben werden, die das Familiengericht separat in Auftrag geben muss.
- besondere Sorgfalt in Bezug auf die Beschreibung von Bedarfen des Kindes bzw. Jugendlichen

Zur Schweigepflicht: *s. HLF Dokumentation Patienteninfos*

(Sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Im Rahmen eines Strafverfahrens können Berufsgeheimnisträger:innen als (sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht geladen werden, wenn das Gericht davon ausgeht, dass diese Personen zur Aufklärung des Verfahrens beitragen können.

Sachverständige Zeug:innen sind Zeug:innen, die ihr Wissen von bestimmten vergangenen Tatsachen oder Zuständen bekunden, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war und die sie nur kraft dieser besonderen Sachkunde ohne Zusammenhang mit einem gerichtlichen Gutachtenauftrag wahrgenommen haben. Kennzeichnend für die sachverständigen Zeug:innen ist es, dass sie „unersetzbar" sind, da sie (nur) von ihnen selbst wahrgenommene „vergangene" Tatsachen bekunden (§ 414 ZPO).

Es wird also unterschieden zwischen:

- Ladung als Zeug:in
- Ladung als sachverständige/r Zeug:in
- Ladung als Sachverständige:r (Gutachtenauftrag)

2 Ablauf Gerichtstermin

2.1 Eingang einer Ladung

- Mit der Ladung wird der Gerichtstermin mitgeteilt.
- Gerichtlichen Vorladungen muss Folge geleistet werden.
- Ausnahmen gelten nur aus erheblichen Gründen (z.B. Krankheit, unaufschiebbare berufliche Termine, vor der Terminladung fest gebuchte Auslandsreisen). In einem solchen Fall muss das Gericht unverzüglich informiert werden.
- Das persönliche Erscheinen ist nicht durch Stellvertreter:innen ersetzbar.
- Für eine gerichtliche Vorladung haben die Arbeitgeber:innen die Arbeitnehmer:innen freizustellen. Die Arbeitgeber:innen sollten frühzeitig informiert werden.
- Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch für Gerichtsverhandlungen. Es bedarf einer Schweigepflichtentbindung der (sachverständigen) Zeug:innen. Dies ist Aufgabe des Gerichtes. Es empfiehlt sich von Seiten der (sachverständigen) Zeug:innen, das Gericht im Vorfeld nach dem Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung zu fragen (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*).

2.2 Vorbereitung

- Es muss geklärt werden, ob eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.
- Unterlagen wie Arztbriefe und Gedächtnisprotokolle sollten durchgearbeitet werden. Entsprechende Unterlagen können zum Gerichtstermin mitgenommen und vorgelegt werden.
- Zeug:innen dürfen zu ihrer Unterstützung einen Rechtsbeistand hinzuziehen, wenn die Gefahr besteht, sich durch ihre Aussagen selbst zu belasten.
- Zeug:innen werden die Kosten im Zusammenhang mit dem Gerichtstermin erstattet (z.B. Kosten des Verdienstausfalls, Fahrtkosten, Unterkunftskosten und Kosten einer etwaigen Kinderbetreuung).

2.3 Gerichtstermin

- Zeug:innen werden zu Beginn der Verhandlung auf ihre Wahrheitspflicht und die Folgen von Falschaussagen hingewiesen.
- Es besteht eine Aussagepflicht bei bestehender Schweigepflichtentbindung.
- Zeug:innen können ihr Zeugnisverweigerungsrecht in Anspruch nehmen aus:
  - persönlichen Gründen (§ 52 StPO); verwandt/verschwägert mit dem/der Angeklagten
  - beruflichen Gründen (§ 53 StPO); Schweigepflicht Berufsgeheimnisträger:innen:
    Bei einer nicht vorliegenden Schweigepflichtentbindung können sich Berufsgeheimnisträger:innen straf- und haftbar machen nach Strafrecht (§ 203 StGB), Zivilrecht (§ 823 II BGB) und nach dem Berufsrecht (§ 9 MBO-Ä).

    Sonderfall in Bezug auf die Schweigepflicht:
    Offenbarungsrecht aufgrund kollidierender Rechtsgüter: Bei Gefährdung eines Rechtsgutes (z.B. Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit) der Patient:innen oder eines Dritten, das höher zu bewerten ist, als der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzt:in und Patient:innen, kann der/die Ärzt:in für sich den rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB geltend machen.
- Es besteht ein Aussageverweigerungsrecht, wenn eine eigene Strafbarkeit möglich ist (§ 55 StPO).
- Die Aussage als Zeug:in ist nicht mit der Erstellung eines fachlichen Gutachtens gleichzusetzen. Bei weitergehenden Fragen kann das Gericht Sachverständigengutachten beauftragen.
- Die Vereidigung der Zeug:innen findet nach der Vernehmung statt.

Meldebogen zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung – Eine Arbeitsvorlage für Kliniken und Praxen

Name Jugendamt: Fax-Nr.:

Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte immer telefonisch!

Datum: Uhrzeit:

Ist bereits eine telefonische Mitteilung beim Jugendamt erfolgt?

□ Nein □ Ja, am: um: durch:

Name Jugendamt:

Kontaktperson beim Jugendamt: Tel.:

Klinik/Praxis/Name der mitteilenden Person:

Abteilung/Station/Adresse:

Ansprechperson:

Tel.: Fax: Mail:

Hinweise zur Erreichbarkeit der Ansprechperson:

Name des Kindes: Geschlecht: □m □w □d

Geburtsdatum:

wohnhaft in (Str./Nr./PLZ/Ort):

Gegenwärtiger Aufenthalt: □ Adresse Melder:in □ Wohnort □ Sonstiges:

Erziehungsberechtigte:

□ ein Elternteil alleine □ beide Elternteile □ Vormund/Pflegschaft

□ unbekannt □ Sonstiges:

Nähere Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name: Name:

Adresse: Adresse:

Tel.: Tel.:

Sind die Erziehungsberechtigten über die Meldung informiert? □ Ja □ Nein

Sind die Erziehungsberechtigten mit der Meldung einverstanden? □ Ja □ Nein

Familiensituation
Anzahl der Geschwister:
Kind lebt bei: □ beiden Elternteilen □ einem Elternteil: □ Sonstige:

Inhalt der Meldung und Angaben zum Kind
□ Ambulante Vorstellung am: □ Stationäre Aufnahme am:
Hinweis auf:
□ Misshandlung □ Vernachlässigung □ sexuelle Gewalt □ Sonstiges (s.u.)

Verletzungen des Kindes:
□ nicht oder leicht verletzt □ schwerwiegend verletzt □ vital bedroht
Voraussichtliche Dauer der stationären Versorgung: □ ca.___Tage □ derzeit nicht absehbar

Einschätzung zum **Entwicklungsstand** des Kindes:
□ unauffällig □ auffällig, weil:

Einschätzung zum **Pflegezustand** des Kindes:
□ unauffällig □ auffällig, weil:

Begründung der Verdachtsdiagnose (z.B. ärztlicher Befund, Aussagen des Kindes, der Eltern(teile), mögliche Folgen):

Sonstige Hinweise (z.B. häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen, Suchtproblematik):

Kontakt zu den Erziehungsberechtigten (z.B. Problemeinsicht, Bereitschaft zur Annahme von Hilfen):

Wir bitten um eine Rückmeldung gemäß § 4 Abs. 4 KKG an die mitteilende Person.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Uhrzeit Unterschrift/Stempel

Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken

1. Hintergrund

Diese Checkliste dient Kliniken als Orientierung, um Strukturen für einen gelingenden Kinderschutz in ihrer Einrichtung zu implementieren. Dabei sind Voraussetzungen für den Standort der Klinik als auch Personal-, Versorgungs- und Netzwerkstrukturen beschrieben, die aufeinander aufbauen und sich gegenseitig bedingen. Es bedarf sowohl der Schaffung von Voraussetzungen als auch eines kontinuierlichen Prozesses, um diese an die jeweiligen individuellen Strukturen der Institutionen anzupassen und weiterzuentwickeln.

2. Checkliste

	Zuständige Person	Ausstehende To-dos	✓
Zielsetzung: Standort			
In einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder Klinik für Kinderchirurgie soll eine Kinderschutzgruppe angesiedelt werden.			☐
Fakultativ: Es soll eine Kinderschutzambulanz eingerichtet werden.			☐
Zielsetzung: Personalstruktur			
Kinderschutzgruppe			
Die Kinderschutzgruppe verfügt über eine fachärztliche Leitung mit zusätzlicher fachlicher Expertise im Kinderschutz (z.B. Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM).			☐
Der Kinderschutzgruppe gehört ein/e Psycholog:in, ein/e Sozialarbeitende:r bzw. ein/e Mitarbeiter:in aus dem Sozialdienst und ein/e Gesundheits-/Krankenpfleger:in an.			☐
Es besteht eine Vertretungsregelung für die Mitglieder der Kinderschutzgruppe.			☐
Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe bilden sich regelmäßig zum Thema Kinderschutz fort.			☐

Zielsetzung: Infrastruktur			
Räume und Ausstattung			
Es ist ein geeigneter Raum über 24 Stunden zur körperlichen Untersuchung bzw. für Gespräche mit Betroffenen und Eltern sowie Fallbesprechungen und Fallkonferenzen verfügbar.			☐
Der Untersuchungsraum/die Kinderschutzambulanz ist geeignet ausgestattet mit: • Digitalkamera und Winkellineal, ggf. Farbschema (inkl. Bedienungsanleitung), Verfahrensanweisung zur Speicherung der Foto- und Videodokumentationen			☐
• Dokumentationsmaterial bzw. digitaler Zugang für Anamneseerhebung, Körperschemata, Einwilligungserklärungen, Schweigepflichtentbindungen, Meldebogen bei gewichtigen Anhaltspunkten inklusive Rückmeldebogen für Jugendämter (sind lokal anzupassen, bestenfalls mit Jugendämtern)			☐
• Ablaufschemata und Handlungsleitfäden, die auf die Einrichtung angepasst sind			☐
• ggf. Kolposkop			☐
• ggf. Spurensicherungs-Kit für akute sexuelle Übergriffe			☐
Die Einrichtung verfügt über ein Datenschutzkonzept, u.a. ein geschützter Server zur Sicherung sensibler Patientendaten.			☐
Organisation			
Die Einrichtung hat standardisierte Abläufe im Umgang bei V.a. Kindeswohlgefährdung festgelegt.			☐
Es werden Kommunikationswege vorgehalten: • innerhalb der Kinderschutzgruppe/Kinderschutzambulanz			☐
• innerhalb der Klinik und des Krankenhauses (z.B. Notaufnahme, SPZ, Gynäkologie)			☐
• nach extern (insbesondere Jugendämter und Institute für Rechtsmedizin)			☐

Es finden regelmäßige Teamsitzungen für organisatorische Absprachen und Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten statt.			☐
Es existiert ein Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter:innen in Bezug auf die Verfahrensabläufe im Kinderschutz.			☐
Es finden regelmäßige einrichtungsinterne Fortbildungen für Mitarbeiter:innen zum Thema Kinderschutz statt.			☐
Zielsetzung: Netzwerkstruktur			
Es ist eine Überleitungssystematik von und zu anderen medizinische Einrichtungen, wie z.B. pädiatrischen Praxen, SPZ´s, Frühförderstellen oder Gesundheitsämtern, mit den jeweiligen Einrichtungen abgesprochen und bestenfalls verschriftlicht.			☐
Die Verfahrensweisen bei Hilfe- und Schutzbedarf von Kindern bzw. Jugendlichen sind mindestens mit dem standortbezogenen Jugendamt, aber auch mit weiteren lokalen Jugendämtern abgestimmt, und bestenfalls anhand von Kooperationsvereinbarungen verschriftlicht.			☐
Eine Kontaktliste mit den lokalen Ansprechpartnern (z.B. Kliniken, Jugendämter, Beratungsstellen) und weiteren Stellen für die pseudonymisierte Beratung (z.B. lokale insoweit erfahrene Fachkraft (InSoFA), Medizinische Kinderschutzhotline, Kompetenzzentren) ist vorhanden.			☐
Lokale Beratungsangebote (z.B. Erziehungsberatungen) und weitere niederschwellige Hilfsangebote, die den Familien vermittelt werden können, sind bekannt.			☐
Geregelte Verfahrensweisen im Austausch mit z.B. lokalen Kindertagesstätten und Schulen sind wünschenswert.			☐

3. Weitere Ausführungen

3.1 Standort und Personalstruktur

Viele Kinder- und Jugendkliniken können auf bereits bestehende interne Strukturen (z.B. Kinderschutzgruppe) zurückgreifen. Die Benennung eines operativ verantwortlichen (ärztlichen) Mitarbeitenden ist für die Implementierung neuer Strukturen am Standort unumgänglich. Hierzu soll in jeder Klinik eine fachärztliche Leitung mit zusätzlicher Expertise im Kinderschutz (z.B. DGKiM Zertifikat Kinderschutzmediziner:in), ein/e Psycholog:in, Kranken- und Gesundheitspflegende sowie ein/e Mitarbeitende:r aus dem Sozialdienst inkl. Vertretungsregelung bestimmt werden.

Die Kinderschutzgruppe koordiniert die Versorgung innerhalb des Krankenhauses und organisiert eine multiprofessionelle Erhebung und Beurteilung von Befunden, Prognosen und Einschätzungen bezüglich des Wohls und der Gesundheit der Minderjährigen. Sie koordiniert die Kommunikation zwischen der Klinik und den zuständigen Jugendämtern und anderen Behörden und Institutionen unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

3.2 Infrastruktur

In den Kliniken sollte mindestens ein Untersuchungsraum zur Verfügung stehen, der mindestens mit einer Digitalkamera zur Fotodokumentation inklusive Anleitung zur Bedienung und weitere Dokumentationsvorlagen für den Kinderschutz ausgestattet ist. Die Anschaffung eines Kolposkops kann z.B. auch über die Zusammenarbeit mit der (Kinder-)Gynäkologie geregelt werden, wobei eine fachliche Expertise zur kindergynäkologischen Untersuchung vorausgesetzt ist. Ein Besprechungsraum für Fallkonferenzen bzw. interdisziplinäre Fallbesprechungen muss gleichfalls festgelegt werden.

Organisatorisch stellen regelmäßige Teamsitzungen sicher, dass Rollen und Aufgaben der einzelnen Teammitglieder ebenso wie die gemeinsamen Aufgaben der Kinderschutzgruppe besprochen werden können. Wesentliche Aufgaben sind die Erarbeitung standardisierter Abläufe für die Klinik mit folgenden Zielsetzungen:

- Im Rahmen des Notfall-Versorgungskonzepts kann eine fachgerechte Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Fotodokumentation, fachgerechte Diagnostik und Schutzmaßnahmen erfolgen.
- Es erfolgt eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos (bei Bedarf multiprofessionell und interdisziplinär) und anhand dessen werden weitere Handlungsoptionen eingeleitet.
- Es bedarf einer Etablierung von Kommunikationswegen, die eine Beratung durch die Kinderschutzgruppe innerhalb der Klinik gewährleistet.
- Die Zusammenarbeit insbesondere mit Jugendämtern erfolgt koordiniert.

3.3 Netzwerkstruktur

Die Netzwerkstruktur richtet sich nach den lokalen Gegebenheiten. Es sollten Verantwortlichkeiten in den Kinder- und Jugendkliniken für den Netzwerkaufbau und dessen Pflege benannt werden. Gleichfalls sollten Ansprechpartner:innen im Netzwerk für den Netzwerkaufbau identifiziert werden. Gemeinsame Veranstaltungen und Fortbildungen können für den Netzwerkaufbau hilfreich sein. Die Klinik sollte ihre eigenen Angebote sowie ihre Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten innerhalb des Netzwerkes mitteilen.

Über die Ansprechpartner:innen eines Jugendamtes können Kommunikationswege für z.B. die pseudonymisierte Beratung als auch die Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte und eine entsprechende Rückmeldung durch die Jugendämter geklärt werden. Diese Verfahren sollten verschriftlicht werden. Zusätzlich kann eine Kooperationsvereinbarungen regeln, dass die Kooperationspartner einen regelmäßigen Austausch pflegen und sich untereinander in Bezug auf Zuständigkeiten, Erreichbarkeiten und Vorgehensweisen zum Kinderschutz am Standort abstimmen.

Die Erreichbarkeit und Zuständigkeiten von Kooperationspartnern (z.B. Jugendämter, Strafverfolgungsbehörden) als auch von anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. SPZs, Frühförderstellen, Gesundheitsämter und lokale pädiatrische Praxen) und lokalen Hilfs- und Beratungsangeboten empfiehlt sich, in Kontaktlisten festzuhalten.

Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in pädiatrischen Praxen

1. Hintergrund

Diese Checkliste dient pädiatrischen Praxen als Orientierung, um Strukturen für einen gelingenden Kinderschutz in ihrer Einrichtung einzurichten. Dabei sind Voraussetzungen innerhalb der pädiatrischen Praxis als auch Personal-, Versorgungs- und Netzwerkstrukturen beschrieben, die aufeinander aufbauen und sich gegenseitig bedingen. Es ist ein Prozess, der an die jeweiligen individuellen Strukturen der Praxis angepasst wird und das Vorhandensein und Nicht-Vorhandensein vor Ort, wie z.B. Kinderschutzambulanzen berücksichtigt.
Innerhalb der pädiatrischen Praxen bedarf es mindestens einem/r Fachärzt:in für Kinder- und Jugendheilkunde, der/die die grundsätzliche Bereitschaft hat, sich mit der Thematik Kinderschutz zu befassen. Weiterhin muss eine generelle Bereitschaft bestehen, sich auch mit anderen Netzwerkpartnern (Jugendämter, andere Ärzt:innen/Therapeut:innen, aber auch KiTa, Schule, etc.) auseinanderzusetzen.

2. Checkliste

	Zuständige Person	**Ausstehende To-dos**	✓
Zielsetzung: Standort			
In der pädiatrischen Praxis sollen strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz geschaffen werden.			☐
Es soll ein/e zuständige Ärzt:in benannt werden, der/die innerhalb der Praxis für die Thematik des Kinderschutzes verantwortlich ist.			☐
Zielsetzung: Personalstruktur			
Ärzt:in			
Es bestehen Fachkenntnisse zum Kinderschutz, insbesondere zu: • Rechtliche Grundlagen, u.a. Kenntnisse zu Verfahrensweisen und Datenschutz-Voraussetzungen der lokalen Behörden (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, Schulen, Polizei)			☐

• (frühzeitige) Erkennung von Anhaltspunkten für Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuelle Gewalt, objektive Erfassung und Einschätzung (Risikoeinschätzung), u.a. Ansprechen von Hinweisen für eine zukünftige Gefährdung des Kindes ohne körperliche Befunde (Risikokonstellationen bei familiärer Belastung wie z.B. psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, häusliche Gewalt, Partnerschaftskonflikte, sozioökonomische Belastungen)			☐
• Kenntnisse über das Einleiten von Hilfen			☐
Die eigene fachliche pseudonymisierten Beratung wird in Anspruch genommen (z.B. lokale insoweit erfahrene Fachkräfte (InSoFas), Medizinische Kinderschutzhotline, Kliniken mit Kinderschutzgruppe, Kompetenzzentren), sodass ein 4-Augen-Prinzip im Bedarfsfall erfüllt wird.			☐
MFA (fakultativ)			
Es gibt eine für den Kinderschutz zuständige MFA in der pädiatrischen Praxis.			☐
Die/der MFA sollte sich mit den Kinderschutzthemen auseinandersetzen und sich entsprechend fortbilden.			☐
Diese/r kennt die Abläufe und unterstützt die Ärzt:innen bei Kinderschutzfällen.			☐
Zielsetzung: Infrastruktur			
Ausstattung und Organisation			
Die pädiatrische Praxis verfügt über eine geeignete Ausstattung mit: • Digitalkamera und Winkellineal, ggf. Farbschema (inkl. Bedienungsanleitung), ggf. Verfahrensanweisung zur Speicherung der Foto- und Videodokumentationen			☐
• Dokumentationsmaterial wie Körperschemata, Einwilligungserklärungen, Schweigepflichtentbindungen			☐
• Meldebogen bei gewichtigen Anhaltspunkten an Jugendämter (inklusive der Bitte um Rückmeldung seitens der Jugendämter)			☐

Die pädiatrische Praxis hat Verfahrensabläufe für den Umgang mit V.a. Kindeswohlgefährdung festgelegt, die Absprachen mit den lokalen Jugendämtern berücksichtigen.			☐
Eine Kontaktliste mit den lokalen Ansprechpartnern (z.B. Kliniken, Jugendämter, Beratungsstellen) und weiteren Stellen für die pseudonymisierte Beratung (z.B. InSoFa, Medizinische Kinderschutzhotline, Kompetenzzentren) sind vorhanden.			☐
Adressen für lokale niederschwellige Hilfs- und Beratungsangebote liegen vor.			☐
Zielsetzung: Netzwerkstruktur			
Es ist eine Überleitungssystematik zu kompetenten medizinischen Anlaufstellen (z.B. Gewaltschutzambulanzen, Kinderschutzambulanzen, Kliniken mit Kinderschutzgruppe, SPZs, Frühförderstellen) bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung mit den jeweiligen Einrichtungen abgesprochen.			☐
Eine feste Ansprechperson in den Jugendämtern des Einzugsgebietes der pädiatrischen Praxis ist wünschenswert.			☐
Die Verfahrensweisen in Bezug auf Hilfe- und Schutzmaßnahmen von Seiten der Jugendämter im Einzugsgebiet der pädiatrischen Praxis sind bekannt.			☐
Lokale Beratungsangebote (z.B. Erziehungsberatungen) und weitere niederschwellige Hilfsangebote, die den Familien vermittelt werden können, sind bekannt.			☐
Geregelte Verfahrensweisen im Austausch mit z.B. lokalen Kindertagesstätten und Schulen sind wünschenswert.			☐

Über den QR-Code ist eine digitale Version des Handbuches einsehbar.

Anlage 2: MeKidS.support-wiki

1. MeKidS.support-wiki Startseite . . . 2
1.1 Dokumentationsmasken . . . 4
1.1.1 Startseite . . . 5
1.1.2 Neuen Fall erstellen . . . 6
1.1.3 Dokumentation fortsetzen . . . 8
1.1.3.1 Vorstellung . . . 9
1.1.3.2 Anamnese . . . 12
1.1.3.3 Körperliche Untersuchung . . . 17
1.1.3.4 Verletzungen . . . 19
1.1.3.5 Diagnostik/Konsil . . . 24
1.1.3.6 Asservate . . . 27
1.1.3.7 Fallbesprechung/Meldung . . . 30
1.1.3.8 Notizen . . . 33
1.1.4 Fall abschließen . . . 35
1.1.5 Fall mit Kennung einsehen . . . 36
1.1.6 Organisation verwalten . . . 37
1.1.7 Kontaktformular (Hilfe) . . . 39
1.2 Erstellte Dokumente . . . 40
1.2.1 Kontaktdaten-PDF . . . 41
1.2.2 Befundbericht-PDF . . . 42
1.2.3 Zwischenstand-PDF . . . 43
1.2.4 Anonymer Konsil-Bericht . . . 44

MeKidS.support-wiki Startseite

Kontakt:

Janis Liedmann und Lisa Huber

FB Informatik, Medizinische Informatik

Emil-Figge-Str. 42 - 44227 Dortmund

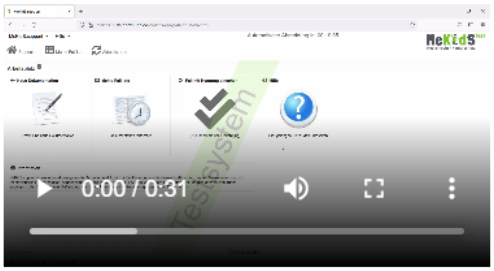
Mail: support-tool@mekids-best.de

Schulungsvideos:

▸ Einführungsvideo

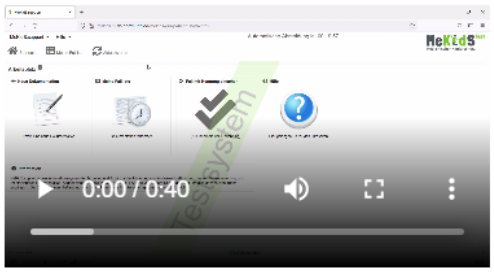


▸ Neue Dokumentation erstellen

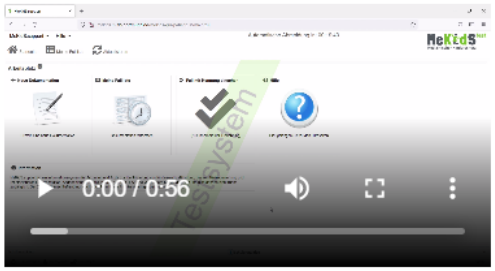


Wiki:

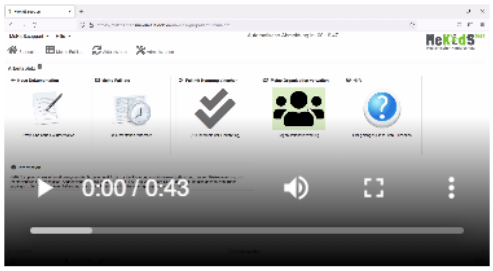
▶ Folgedokumentation erstellen



▶ Fall mit Kennung einsehen



▶ Zugänge für Teammitglieder erstellen(nur Unit-Admins).



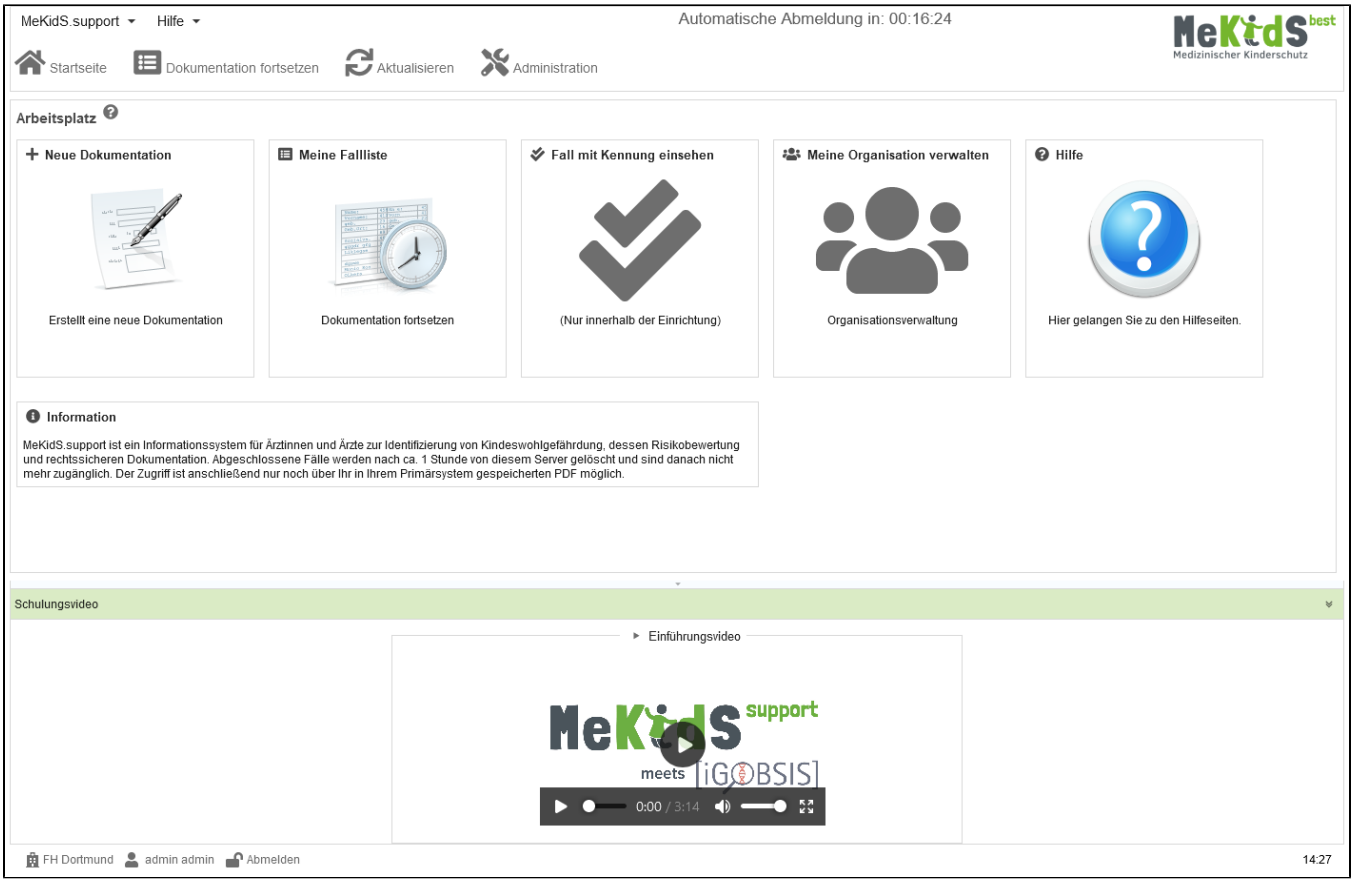
Dokumentationsmasken

Startseite

Dies ist die Startseite, auf die man gelangt, wenn man sich bei MeKidS.support anmeldet. Von dieser Seite aus kommt man auf alle relevanten Unterseiten der Anwendung. Man hat also folgende Möglichkeiten, wenn man auf einen der abgebildeten Button drückt (von links nach rechts):

- Eine neue Dokumentation erstellen
    - Entweder einen ganz neuen Fall oder
    - Eine Folgedokumentation eines bereits vorgestellten Kindes anhand dessen Pseudonyms
- Die eigene Falliste mit noch offenen Dokumentationen einsehen
- Einen Einrichtungs-internen Fall einsehen
- Die Mitarbeiter seiner eigenen Unit verwalten, sofern man denn Unit-Admin ist
    - Entweder einen neuen Nutzer für einen Mitarbeiter anlegen,
    - Einen bestehenden Nutzer bearbeiten oder
    - Einen Nutzer deaktivieren
- Auf das Wiki zugreifen

Darunter befindet sich zudem noch eine Kurzinformation zum System sowie das Einführungsvideo zu MeKidS.support.



Neuen Fall erstellen

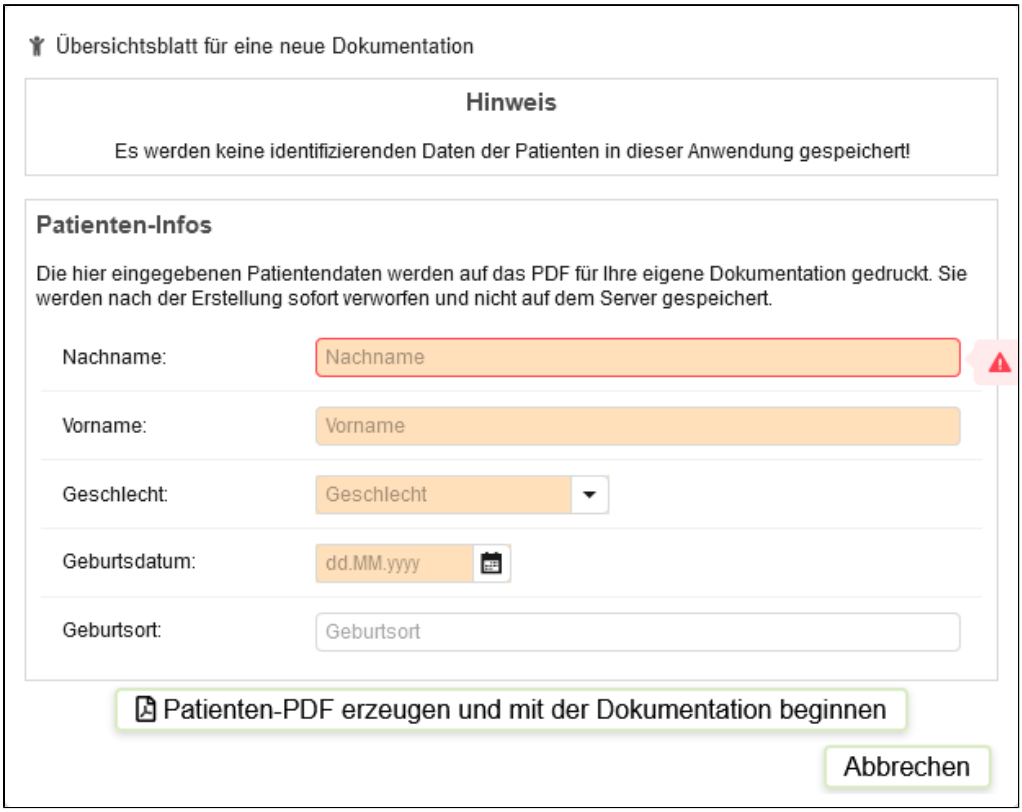
Wählt man "Neue Dokumentation" auf der Startseite, erscheint folgendes Pop-Up-Fenster:



Hier können Sie sich dann entscheiden, ob Sie eine neue Dokumentation oder eine Folgedokumentation mit einer bekannten Kennung startet.

Erfassung neuer Patient

Möchten Sie einen neuen Patienten erfassen, klicken Sie auf "Neue Dokumentation". Daraufhin öffnet sich folgendes Fenster:



Zunächst erfolgt ein Hinweis, dass keine identifizierenden Daten der Patient:innen gespeichert werden. Daraufhin können Sie die Stammdaten des Kindes erfassen, welche, wie bereits erwähnt, nicht im System gespeichert werden. Die Daten werden lediglich für das Kontaktdaten-PDF erhoben, welches in der Primärdokumentation Ihrer Praxis oder Klinik hinterlegt werden soll. Zu den Pflichtangaben gehören Nachname, Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum. Diese Daten sind später auch nicht mehr änderbar. Der Geburtsort ist optional und kann später auch noch auf dem PDF nachgetragen werden. Wenn Sie alle Angaben getätigt haben, können Sie auf "Patienten-PDF erzeugen und mit der Dokumentation beginnen" klicken.
Das Kontaktdaten-PDF wird erzeugt und Sie bekommen folgenden Hinweis:



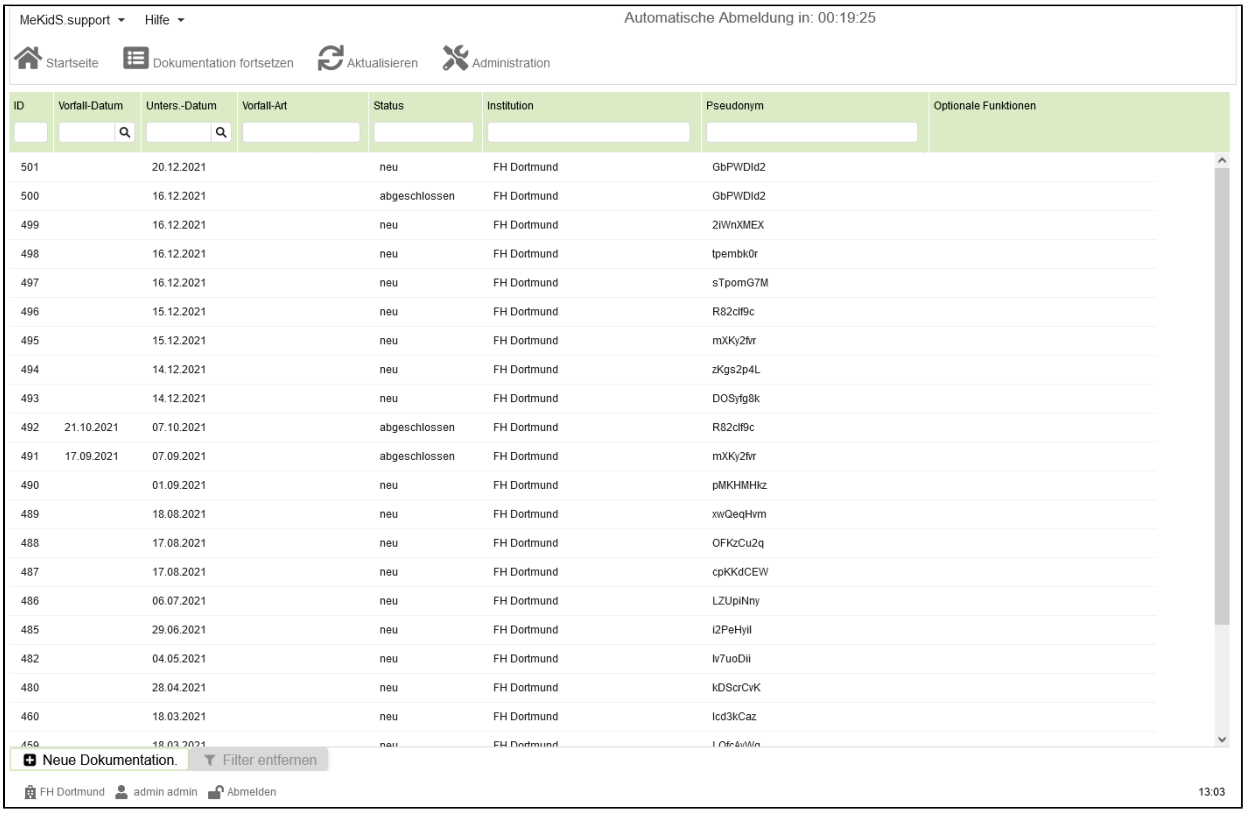
Wenn Sie die Informationen gelesen haben und mit Klicken der Checkbox bestätigen, dass Sie das PDF heruntergeladen und hinterlegt haben, können Sie auf "Falldokumentation beginnen" klicken und mit der Dokumentation starten.

Folgedokumentation mit Kennung

Wenn Sie eine Folgedokumentation starten wollen, geben Sie das zu dem Kind gehörige Pseudonym bzw. die Kennnummer in das dafür vorgsehene Feld und drücken Sie auf "Folgedokumentation starten". Sie gelangen dann direkt auf den ersten Reiter der Dokumentation (Vorstellung). Die Stammdaten müssen Sie hier nicht erneut eingeben, da Sie dies ja bereits bei der ersten Dokumentation gemacht haben.

Dokumentation fortsetzen

Klicken Sie auf der Startseite auf "Dokumentation fortsetzen" gelangen Sie zu Ihrer Fallliste mit allen noch offenen und abgeschlossenen Fällen. Mit Klick auf einen der aufgelisteten Fälle gelangen Sie direkt in die Dokumentation. Auch hier können Sie mit dem unteren Button "Neue Dokumentation" eine neue Dokumentation anlegen, wie in Neuen Fall erstellen beschrieben.



Vorstellung

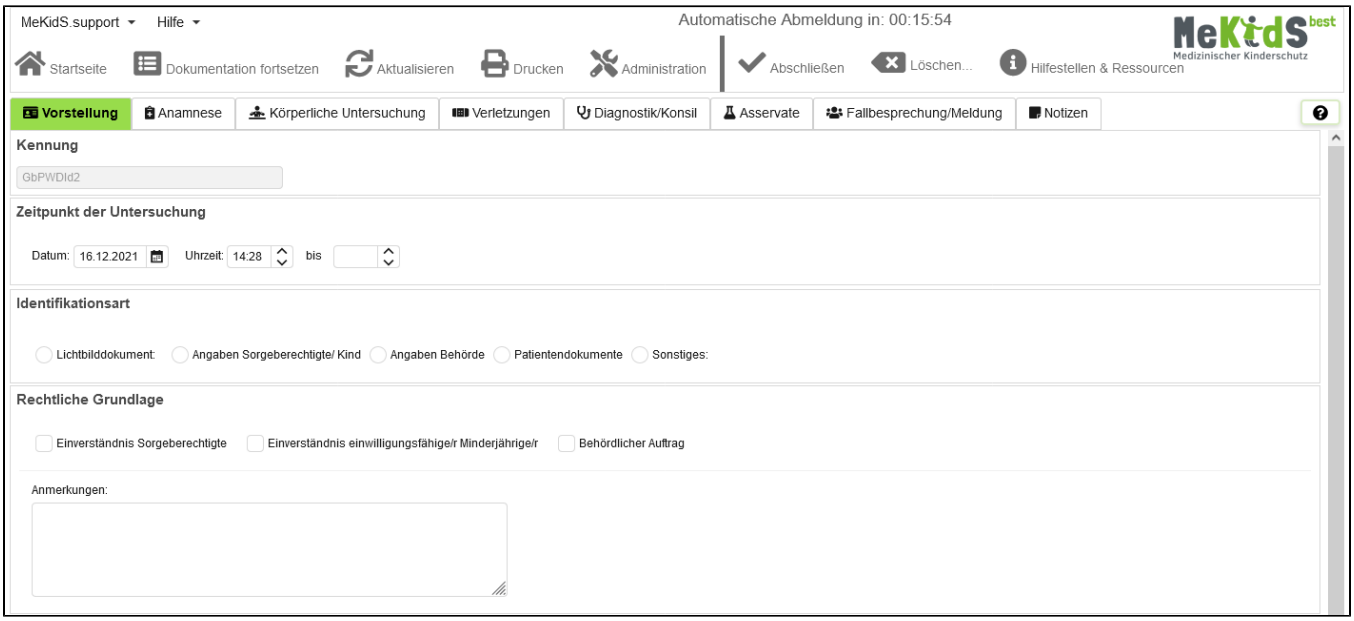
"Vorstellung" ist der erste Reiter und somit der Startpunkt der Dokumentationsmasken. Sie gelangen hierhin, wenn Sie einen neuen Fall gestartet haben, eine offene Dokumentation fortsetzen wollen oder einen offenen Fall eines anderen Nutzers Ihrer Organisation einsehen wollen. Folgende Felder können Sie nutzen, um Ihren Fall zu dokumentieren:

- Als erstes Feld sehen Sie die Kennung (auch Pseudonym genannt) des Falls. Diese wird vom System vergeben und ist einzigartig. Sie können die Kennung auch nicht bearbeiten.
- Mit dem Zeitpunkt der Untersuchung können sie mit Datum und Uhrzeit genau festlegen, wann Sie den/die Patient*in untersucht haben. Bitte beachten Sie, dass die Endzeit nicht vor der Startzeit liegt.
- In dem Bereich Identifikationsart können Sie festhalten, wie sich der/die Patient*in identifiziert hat. Hier gibt es die Auswahl zwischen Lichtbilddokument, Angaben Sorgeberechtigte/Kind, Angaben Behörden, Patientendokumente oder Sonstiges, wobei Sie hier eigene Angaben machen können.
- Bei der rechtlichen Grundlage können Sie zunächst angeben, ob der/die Sorgeberechtigte und/oder der/die Minderjährige ihr Einverständnis gegeben hat/haben oder ob es sich um einen behördlichen Auftrag handelt. Zusätzlich können Sie hier noch weitere ergänzende Informationen in dem großen Textfeld anfügen.
- In dem Bereich "Vorstellung durch" geben Sie zunächst an, wer den/die Patient*in bei Ihnen vorstellt: eine private Person, eine Behörde, durch ein Konsil oder Sonstiges. Wenn Sie eine der Checkboxen anwählen, öffnet sich der gewählte Bereich und Sie können genauere Angaben tätigen. Als Beispiel ist hier die Vorstellung durch eine private Person gegeben. Wenn man diese anwählt kann man genauer angeben, um was für eine private Person es sich handelt sowie Vor- und Nachnamen angeben und ggf. weitere kurze Anmerkungen hinzufügen. Falls noch weitere Personen Anwesend sind, können diese am Ende des Bereichs in der großen Textbox angegeben werden.

Navigation in diese Maske

Man erreicht diese Maske, wenn ein neuer Fall gestartet wird, eine offene Dokumentation fortgesetzt wird oder ein offener Fall eines anderen Nutzers innerhalb derselben Organisation eingesehen wird. Im Falle der letzten Möglichkeit sind die Felder der Dokumentationsmasken jedoch nicht editierbar.

Maske und Maskenbereiche





Felder und Erläuterungen

Kennung	Textfeld - nur Anzeige	Hier erscheint die zuvor bei Fallanlage generierte Kennung, anhand derer Fälle einem bestimmten Kind zugeordnet werden können.
Zeitpunkt der Untersuchung - Datum	Datebox /Datepicker	Hier wird das Datum ausgewählt oder eingegeben, an dem das Kind vorstellig geworden ist.
Zeitpunkt der Untersuchung - Uhrzeit	Timebox	Hier wird zusätzlich zum Daten noch die Uhrzeit der Untersuchung eingegeben.
Identifikationsart		
Lichtbilddokument	Radiobutton	Hierbei handelt es sich um einen Radiobutton aus einer Gruppe, mithilfe dessen die Art der Identifikation festgehalten wird.
Angaben Sorgeberechtigte /Kind	Radiobutton	Hierbei handelt es sich um einen Radiobutton aus einer Gruppe, mithilfe dessen die Art der Identifikation festgehalten wird.
Angaben Behörden	Radiobutton	Hierbei handelt es sich um einen Radiobutton aus einer Gruppe, mithilfe dessen die Art der Identifikation festgehalten wird.
Patientendokumente	Radiobutton	Hierbei handelt es sich um einen Radiobutton aus einer Gruppe, mithilfe dessen die Art der Identifikation festgehalten wird.
Sonstiges	Radiobutton	Hierbei handelt es sich um einen Radiobutton aus einer Gruppe, mithilfe dessen die Art der Identifikation festgehalten wird.
Rechtliche Grundlage		
Einverständnis Sorgeberechtigte	Checkbox	Mit dieser Checkbox soll abgefragt werden, wie die rechtliche Grundlage aussieht. Hiermit wird angegeben, dass eine sorgeberechtigte Person das Einverständnis gegeben hat.
Einverständnis einwilligungsfähige/r Minderjährige/r	Checkbox	Mit dieser Checkbox soll abgefragt werden, wie die rechtliche Grundlage aussieht. Hiermit wird angegeben, dass eine einwilligungsfähige minderjährige Person das Einverständnis gegeben hat.
Behördlicher Auftrag	Checkbox	Mit dieser Checkbox soll abgefragt werden, wie die rechtliche Grundlage aussieht. Hiermit wird angegeben, dass es sich um einen behördlichen Auftrag handelt.
Anmerkungen	Textfeld	Hier können weitere Angaben zur rechtlichen Grundlage getätigt werden.
Vorstellung durch		
Privat	Checkbox	Hiermit wird angegeben, dass eine private Person das Kind vorstellt. Wird diese Checkbox angewählt, können noch weitere Angaben gemacht werden.
Behörde	Checkbox	Hiermit wird angegeben, dass eine Behörde das Kind vorstellt. Wird diese Checkbox angewählt, können noch weitere Angaben gemacht werden.
Sonstige	Checkbox	Hiermit wird angegeben, dass das Kind weder durch eine private Person, eine Behörde oder ein Konsil vorstellig wird. Wird diese Checkbox angewählt, können noch weitere Angaben gemacht werden.

Konsil	Checkbox	Hiermit wird angegeben, dass das Kind durch ein Konsil vorgestellt wird. Wird diese Checkbox angewählt, können noch weitere Angaben gemacht werden.
Weitere Anwesende	Textfeld	In diesem Textfeld werden weitere mögliche Personen angegeben, die bei der Vorstellung anwesend sind.

Anamnese

Der zweite Reiter der Dokumentationsmasken ist die Anamnese. Hierhin gelangen Sie, wenn Sie den entsprechenden Reiter in einer geöffneten Dokumentation auswählen (in der unteren Abbildung in Grün hervorgehoben). Bei diesem Reiter handelt es sich auch um die größte aller Dokumentationsmasken.
Folgende Bereiche und Felder können Sie hier für Ihre Dokumentation nutzen:

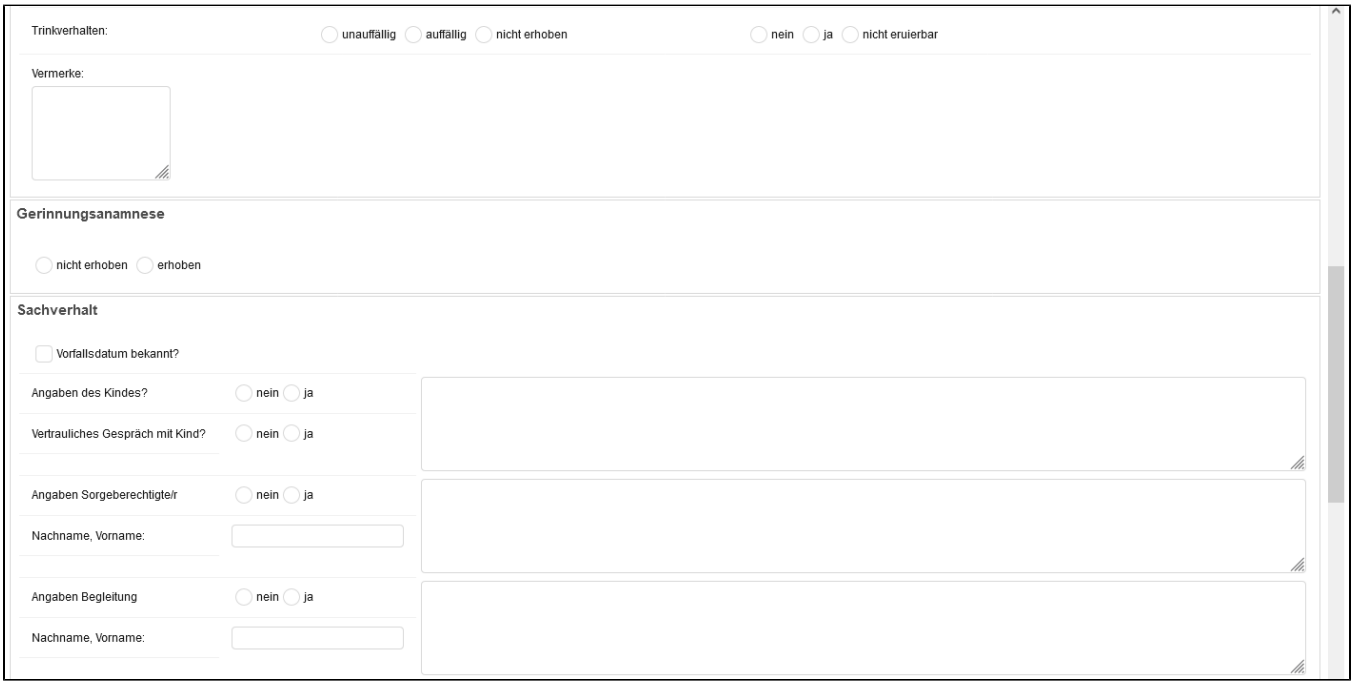
- Als erstes befindet sich ganz oben der Bereich der allgemeinen Anamnese. Hier können Sie Angaben zu U-Untersuchungen, Impfungen, Vorerkrankungen, früheren Verletzungen oder einem früheren Abklärungsbedarf hinsichtlich Kindeswohlgefährdung machen. Sie können ganz rechts auch eigene Anmerkungen schreiben, egal was Sie vorher ausgewählt habe. Also z. B. auch bei keinen bekannten Vorerkrankungen, können Sie einen Verdacht oder Ähnliches notieren.
- Der zweite Block behandelt die Einschätzung von Verhalten und Entwicklung. Hier können Sie zu den jeweiligen Punkten links angeben, ob etwas unauffällig oder auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zusätzlich können Sie auf der rechten Seite noch angeben, ob es Unstimmigkeiten zwischen Ihren Beobachtungen und einer Fremdanamnese gibt. Hier können Sie mit Nein oder ja antworten oder angeben, dass dies nicht eruierbar ist. Die Felder zu den Punkten Schreiverhalten und Trinkverhalten sind jedoch nur bis zum Ende des 3. Lebensjahres relevant und sichtbar. Unter den Auswahlfeldern gibt es noch ein Feld, in dem Sie weitere Vermerke notieren können.
- In dem Bereich Gerinnungsanamnese können Sie zunächst auswählen, ob diese erhoben wurde oder nicht. Wenn sie erhoben wurde, wird erneut eine Auswahl eingeblendet, ob diese unauffällig oder auffällig war. Bei einer auffälligen Gerinnungsanamnese können Sie hier wieder Anmerkungen diesbezüglich hinzufügen.
- Der nächste Bereich ist "Sachverhalt". Als erstes können Sie angeben, ob das Vorfallsdatum bekannt ist, weswegen das Kind bei Ihnen ist. Wenn ja, können Sie danach das genaue Datum mit Uhrzeit angeben. Darauf folgend können Sie genauere Angaben zum Vorfall festhalten. Sie können Angaben vom Kind selbst oder von der/dem oder den Sorgeberechtigten, der Begleitung des Kindes oder einer anderen Person aus der Auswahlliste. In der Auswahlliste stehen Ihnen folgende Personen zur Auswahl: 1. Elternteil, 2. Elternteil, sonstige Angehörige, gesetzliche Vertretung, Fachkraft Jugendamt, Fachkraft Sonstige Kinder- und Jugendhilfe, Fachkraft KiTa/Schule, Polizeibeamtin/er oder Sonstige. In der darunter folgenden Tabelle können Sie noch beliebig viele weitere Angaben festhalten und haben auch hier dieselbe Auswahlliste an Personen.
- Der letzte Bereich ist die erweiterte Anamnese bei sexualisierter Gewalt, der sich jedoch erst öffnet, wenn Sie auf den Titel klicken. Hier können Sie angaben, ob eine Penetration stattgefunden hat, ob nach dem Vorfall duscht wurde oder sich das Opfer gewaschen hat oder ob eine Ejakulation stattgefunden hat. Die Frage nach dem letzten einvernehmlichen Geschlechtsverkehr erscheint erst bei einem vorstelligen Kind ab 10 Jahren. Die Fragen nach einer vorbestehenden Schwangerschaft, einem Schwangerschaftstest und ob Notfall-Kontrazeption angeboten wurde, erscheint erst bei einem vorstelligen Kind ab 5 Jahren. Zum Schluss können Sie in diesem Bereich noch Angaben zum Abklärungsbedarf und Behandlungsbedarf hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen machen. Bei den letzten beiden Angaben gibt es ein vergrößertes Fragezeichen. Wenn Sie hier mit der Maus darüber stehenbleiben, wird ein kurzer Info-Text eingeblendet.

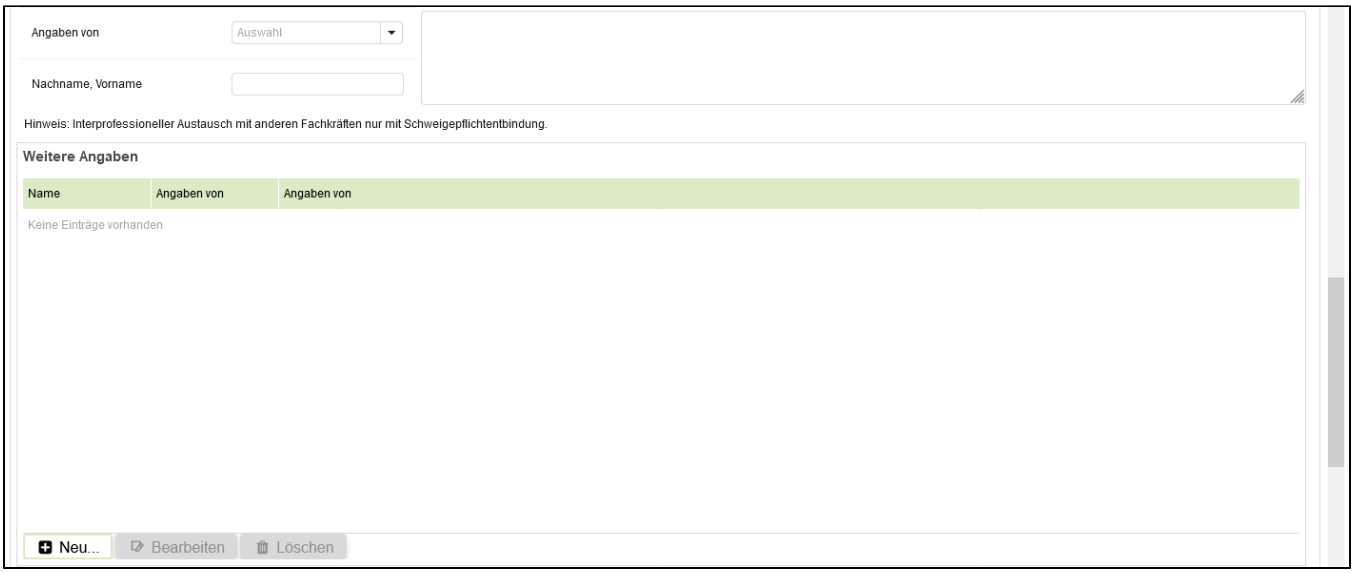
Navigation in diese Maske

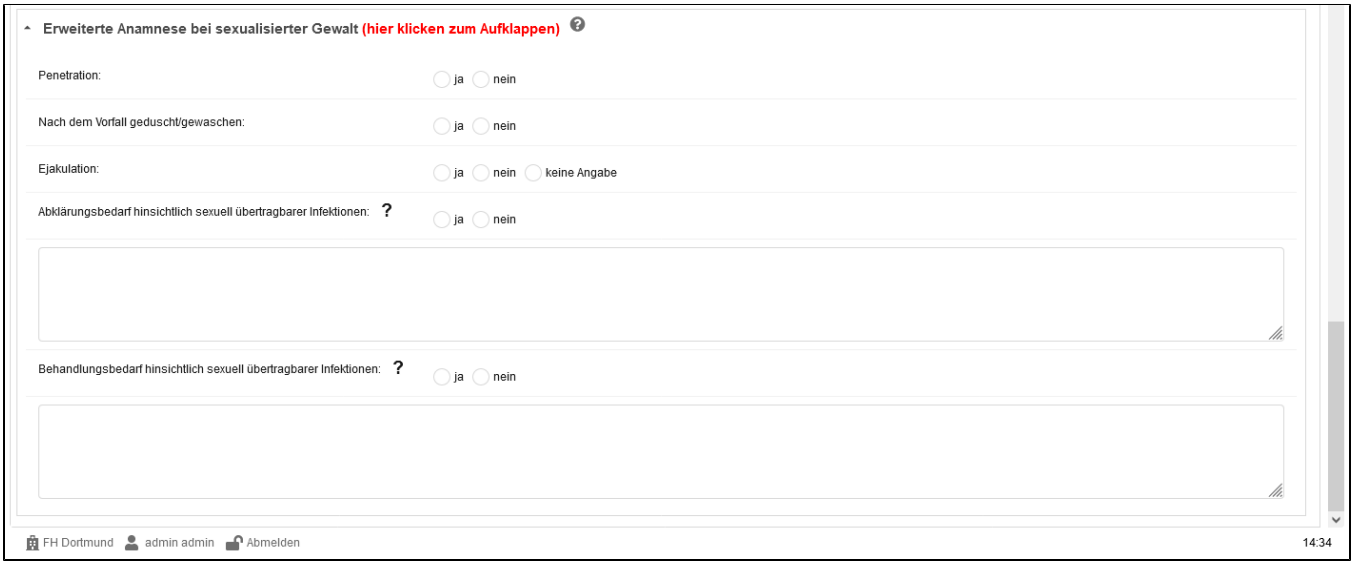
Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den zweiten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

Maske und Maskenbereiche


MeKidS.support
Hilfe
Automatische Abmeldung in: 00:19:48
MeKidS best
Medizinischer Kinderschutz
Startseite
Dokumentation fortsetzen
Aktualisieren
Drucken
Administration
Abschließen
Löschen...
Hilfestellen & Ressourcen
Vorstellung
Anamnese
Körperliche Untersuchung
Verletzungen
Diagnostik/Konsil
Asservate
Fallbesprechung/Meldung
Notizen
Allgemeine Anamnese
U-Untersuchungen:
vollständig und unauffällig
auffällig
Impfungen:
gemäß STIKO-Empfehlungen
Abweichungen von STIKO-Empfehlungen
Vorerkrankungen:
keine bekannt
ja
Frühere Verletzungen:
nicht bekannt
ja
Früherer Abklärungsbedarf hinsichtlich Kindeswohlgefährdung:
keiner bekannt
ja
Einschätzung von Verhalten und Entwicklung
Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese?
Sozialverhalten:
Emotionales Verhalten:
Kognition:
Motorik:
Sprache:
Essverhalten:
Schreiverhalten:
unauffällig
auffällig
nicht erhoben
nein
ja
nicht eruierbar


Trinkverhalten:
unauffällig
auffällig
nicht erhoben
nein
ja
nicht eruierbar
Vermerke:
Gerinnungsanamnese
nicht erhoben
erhoben
Sachverhalt
Vorfallsdatum bekannt?
Angaben des Kindes?
nein
ja
Vertrauliches Gespräch mit Kind?
Angaben Sorgeberechtigte/r
Nachname, Vorname:
Angaben Begleitung
Nachname, Vorname:





Felder und Erläuterungen

Allgemeine Anamnese		
U-Untersuchung	Radiobutton und Textfeld	Hier kann angegeben werden, ob die U-Untersuchungen vollständig und unauffällig oder auffällig sind, optional können weitere Erläuterungen ergänzt werden.
Impfungen	Radiobutton und Textfeld	Hier kann angegeben werden, ob der Impfstatus gemäß STIKO-Empfehlung/Abweichungen von STIKO-Empfehlungen ist, optional können weitere Erläuterungen ergänzt werden.
Vorerkrankungen	Radiobutton und Textfeld	Hier kann angegeben werden, ob Vorerkrankungen bekannt oder nicht bekannt sind, optional können weitere Erläuterungen ergänzt werden.
Frühere Verletzungen	Radiobutton und Textfeld	Hier kann angegeben werden, ob frühere Verletzungen bekannt oder nicht bekannt sind, optional können weitere Erläuterungen ergänzt werden. Wenn frühere Verletzungen bekannt sind, können Sie zudem über eine Checkbox angeben, ob diese im Alter unter 36 Monaten aufgetreten sind.
Früherer Abklärungsbedarf hinsichtlich Kindeswohlgefährdung	Radiobutton und Textfeld	Hier kann angegeben werden, ob es einen früheren Abklärungsbedarf hinsichtlich Kindeswohlgefährdung bekannt ist oder nicht, optional können weitere Erläuterungen ergänzt werden.
Einschätzung von Verhalten und Entwicklung		

Sozialverhalten	Radiobutton	Angabe, ob das Sozialverhalten des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Emotionales Verhalten	Radiobutton	Angabe, ob das Emotionales Verhalten des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Kognition	Radiobutton	Angabe, ob das Kognition des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Motorik	Radiobutton	Angabe, ob die Motorik des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Sprache	Radiobutton	Angabe, ob die Sprache des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Essverhalten	Radiobutton	Angabe, ob das Essverhalten des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Schreiverhalten (nur wenn Alter kleiner 3 Jahre)	Radiobutton	Angabe, ob das Schreiverhalten des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Trinkverhalten (nur wenn Alter kleiner 4 Jahre)	Radiobutton	Angabe, ob das Trinkverhalten des Kindes unauffällig/auffällig ist oder nicht erhoben wurde. Zudem können Sie mit den Feldern nein/ja/nicht eruierbar angeben, ob es eine Diskrepanz zwischen Eigenbeobachtung und Fremdanamnese gibt.
Vermerke	Textfeld	Weitere Angaben zur Einschätzung und Entwicklung in einem Freitextfeld.
Gerinnungsanamnese		
Gerinnungsanamnese	Radiobutton und Textfeld	Angabe, ob eine Gerinnungsanamnese eroben/nicht erhoben wurde, und ob diese auffällig oder unauffällig war. Bei "auffällig" können Sie zusätzlich über ein angezeigtes Textfeld weitere Angaben hierzu angeben.
Sachverhalt		
Vorfallsdatum	Checkbox, Datumsfeld und Uhrzeitangabe	Angabe, ob zu dem vorliegenden Sachverhalt ein Vorfallsdatum bekannt ist. Wenn ja, können Sie das über die entsprechende Datumsfeld und Uhrzeitfeld angeben.
Angaben des Kindes	Radiobutton und Textfeld	Eingabe, ob das Kind selber Angaben zum Sachverhalt gemacht hat. Wenn ja, können Sie diese in dem Freitextfeld auf der rechten Seite angeben.
Vertrauliches Gespräch mit Kind?	Radiobutton	Angabe, ob es ein vertrauliches Gespräch Gespräch gegeben hat.
Angaben Sorgeberechtigte	Radiobutton und Textfeld	Eingabe, ob ein/e Sorgeberechtige/r Angaben zum Sachverhalt gemacht hat. Wenn ja, können Sie diese in dem Freitextfeld auf der rechten Seite angeben.
Nachname, Vorname	Textfeld	Nachname und Vorname der/des Sorgeberechtigte/n
Angaben Begleitung	Radiobutton und Textfeld	Eingabe, ob die Begleitung Angaben zum Sachverhalt gemacht hat. Wenn ja, können Sie diese in dem Freitextfeld auf der rechten Seite angeben.
Nachname, Vorname	Textfeld	Nachname und Vorname der Begleitung.
Angaben von 1. Elternteil/2 . Elternteil / Sonstige Angehörige / Fachkraft KiTa/Schule	Auswahlbox	Wählen Sie aus einer vorgegeben Liste eine häufig vorkommende Begleitperson aus. Zudem können Sie über das Textfeld auf der rechten Seite die Angaben der Person dokumentieren. Achtung: Interprofessioneller Austausch mit anderen Fachkräften nur mit Schweigepflichtentbindung
Nachname, Vorname	Textfeld	Nachname und Vorname der Begleitung.
Weitere Angaben		

Weitere Angaben	Liste /Buttons	Möchten Sie eine weitere Angabe zum Sachverhalt dokumentieren, können Sie hier beliebig viele Personen ergänzen. Klicken Sie hierzu auf den Button "neu", wenn sie eine neue Angabe dokumentieren möchten. Über den Button "Bearbeiten" können sie eine zuvor angelegte Dokumentation bearbeiten. Über den Button "Löschen" können Sie eine zuvor angelegte Dokumentation zum Sachverhalt löschen.
Erweiterte Anamnese bei sexualisierter Gewalt		
Penetration	Radiobutton	Angabe, ob eine Penetration stattgefunden hat (ja/nein).
Nach dem Vorfall geduscht	Radiobutton	Angabe, ob die Person nach dem Vorfall geduscht hat (ja/nein).
Ejakulation	Radiobutton	Angabe, ob eine Ejakulation stattgefunden hat (ja/nein/keine Angabe)
Letzter einvernehmlicher Geschlechtsverkehr (nur wenn Alter größer 10 Jahre)	Datumsfeld, Textfeld	Angabe zum Datum des letzten einvernehmlichen Geschlechtsverkehrs. Wenn keine genaue Angabe bekannt, können Sie dies im Textfeld dahinter angeben.
Vorbestehende Schwangerschaft (nur wenn Alter größer 5 Jahre)	Radiobutton	Angabe, ob eine Schwangerschaft besteht (ja/nein/unbekannt), mit der Angabe der Schwangerschaftswoche.
Schwangerschaftstest (nur wenn Alter größer 5 Jahre)	Radiobutton	Angabe, ob ein Schwangerschaftstest durchgeführt wurde.
Notfall-Kontrazeption angeboten (nur wenn Alter größer 5 Jahre)	Radiobutton	Angabe, ob eine Notfall-Kontrazeption angeboten wurde.
Abklärungsbedarf hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen:	Radiobutton, Textfeld	Nach sexualisierter Gewalt ist - je nach Fallkonstellation - ggf. die Abklärung von sexuell übertragbaren Infektionen ('STI' oder auch 'STD') indiziert. Dies kann bspw. Laboruntersuchungen oder Verlaufskontrollen mit einschließen. Dies können Sie hier angeben und bei Bedarf über das Textfeld näher erläutern.
Behandlungsbedarf hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen:	Radiobutton, Textfeld	Nach sexualisierter Gewalt ist - je nach Fallkonstellation - ggf. die Abklärung von sexuell übertragbaren Infektionen ('STI' oder auch 'STD') indiziert. Dies kann bspw. eine antibiotische Therapie oder die Einleitung einer Postexpositions-Prophylaxe (CAVE: zeitkritisch!) mit einschließen. Dies können Sie hier angeben und bei Bedarf über das Textfeld näher erläutern.

Körperliche Untersuchung

Die dritte Dokumentationsmaske behandelt die körperliche Untersuchung. Folgende Bereiche und Felder können Sie hier für Ihre Dokumentation nutzen:

- Als erstes können Sie in der großen Textbox Angaben zum allgemeinpädiatrischen Befund machen. Hier sollen jedoch keine Verletzungen dokumentiert werden´, da dies im Folgereiter geschieht. Das Feld ist also für weitere Befunde gedacht, z. B. akute Mittelohrentzündung.
- Danach können Sie die Maße des/der Patient:in festhalten. Zunächst ob es sich um eine Frühgeburt handelt und wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche das Kind zur Welt kam. Danach können Körpergewicht, Körpergröße und Kopfumfang festgehalten werden. Die Frühgeburtlichkeit wird jedoch nur bis ca. 3 Jahre abgefragt.
- Als nächstes folgt die Frage nach der Ernährung. Hier können Sie zunächst angeben, ob die Ernährung des Kindes unauffällig oder auffällig ist. Bei auffälliger Ernährung erscheint darauf eine Auswahlbox, ob es sich bei der auffälligen Ernährung um eine Gedeihstörung, Über- oder Untergewicht handelt. Zusätzlich können Sie da neben in dem kleinen Textfeld noch weitere Anmerkungen notieren.
- Darauf folgend kommen zwei Fragen zur Pflege. Hier können Sie jeweils zum Körper oder der Kleidung angeben, ob diese/r unauffällig oder auffällig ist. Bei Auffälligkeiten können Sie auch hier im Anschluss wieder Anmerkungen dokumentieren.
- Der letzte Bereich ist der Zahnstatus. Zunächst werden Sie gefragt, ob der Zahnstatus des Kindes untersucht wurde. Hier können Sie Ja oder Nein auswählen. Wählen Sie Ja, werden auch hier weitere Felder eingeblendet, ob der Zahnstatus unauffällig oder auffällig war. Wählen Sie "auffällig", können Sie hier wieder weitere Anmerkungen notieren. Zuletzt können Sie hier angeben, ob eine zahnärztliche Konsultation stattgefunden hat. Sie haben hier die Auswahl, ob diese nicht stattgefunden hat, aktuell noch läuft oder bereits erfolgt ist. Den Befund für eine erfolgte zahnärztliche Konsultation können Sie unter dem Reiter Diagnostik/Konsil bei "Befunde" eingeben.

Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den dritten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.



Felder und Erläuterungen

Allgemeinpädiatrischer Befund	Textfeld	Ein großes Textfeld, in dem Details zum allgemeinpädiatrischen Befund angegeben werden können.
Maße		
Frühgeburt?	Radiobutton	Hierbei handelt es sich um einen Radiobutton aus einer Gruppe, mithilfe dessen die Art der Identifikation festgehalten wird.
Wenn Frühgeburt: "ja" in Schwangerschaftswoche	Zahlenfeld	Wenn Frühgeburt "ja", können Sie hier angeben, in welcher Schwangerschaftswoche das Kind geboren wurde.
Körpergewicht	Zahlenfeld	Angabe des Körpergewichts in KG
Körpergröße	Zahlenfeld	Angabe der Körpergröße in cm

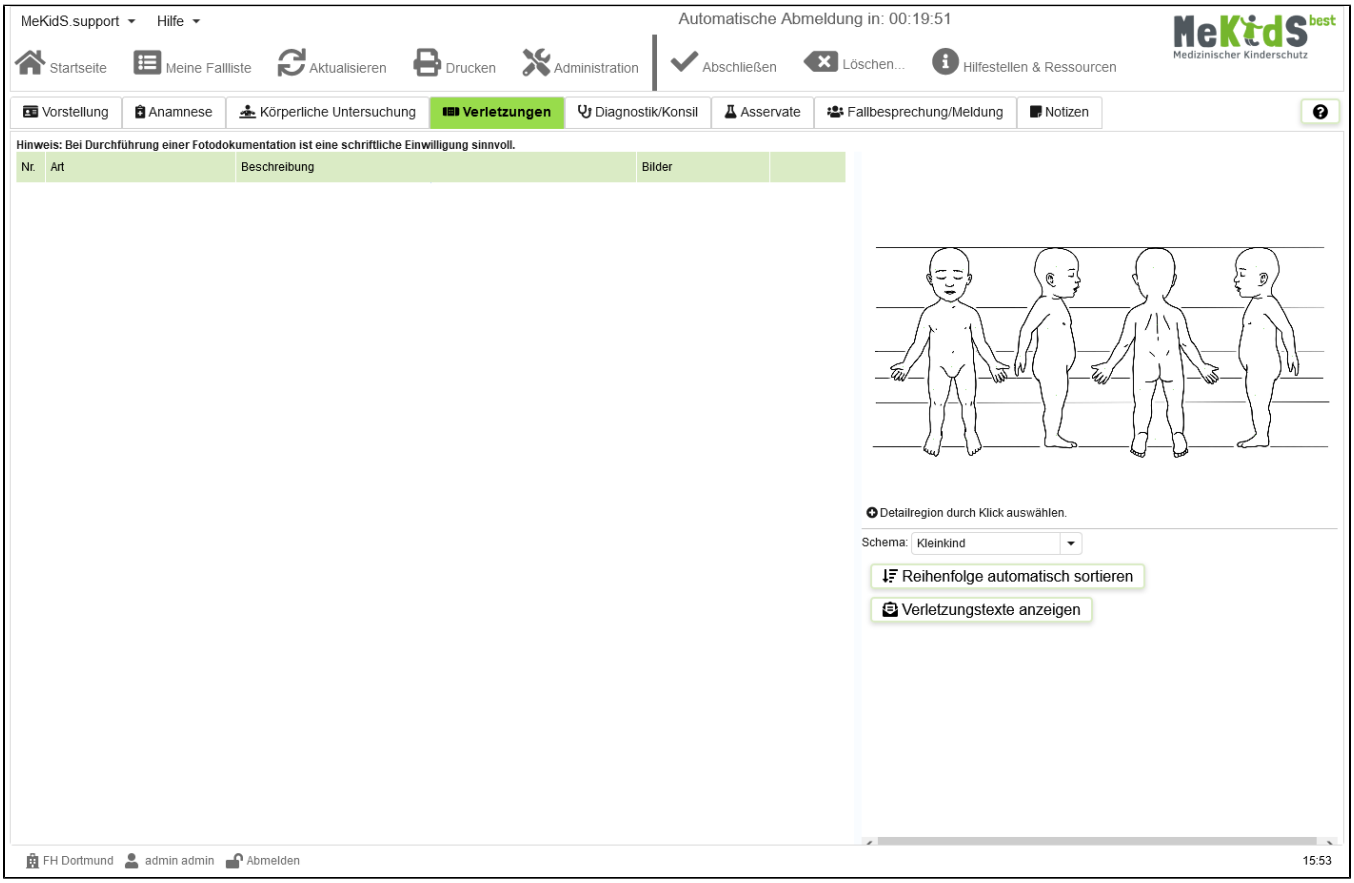
Kopfumfang	Zahlenfeld	Angabe der Kopfumfang in cm
Ernährung		
Ernährung	Radiobutton	Hier können Sie angeben, ob die Ernährung unauffällig oder auffällig ist. Bei "auffällig" können Sie zusätzlich angeben, ob das Kind eine Gedeihstörung, Übergewicht oder Untergewicht hat und in einem Textfeld dies zusätzlich erläutern.
Pflege		
Körper	Radiobutton	Angabe, ob die Körperpflege unauffällig oder auffällig ist. Zusätzlich können Sie dies in einem Textfeld erläutern.
Kleidung	Radiobutton	Angabe, ob die Pflege der Kleidung unauffällig oder auffällig ist. Zusätzlich können Sie dies in einem Textfeld erläutern.
Zahnstatus		
Untersucht?	Radiobutton	Angabe, ob Sie den Zahnstatus untersucht haben, ob er unauffällig/auffällig ist sowie einer zusätzlichem Textfeld für eine Erläuterung des Zahnstatus.
Zahnärztliche Konsultation	Radiobutton	Angabe, ob eine Zahnärztliche Konsultation erfolgt ist.

Verletzungen

Der vierte Reiter der Dokumentationsmasken fokussiert sich auf mögliche Verletzungen, bei dem Sie alle möglichen Verletzungen mithilfe eines Schemas dokumentieren können. Zunächst sollten Sie wissen, dass bei der Durchführung einer Fotodokumentation eine schriftliche Einwilligung sinnvoll ist.
Auf der rechten Seite des Fenstern finden Sie die Schemata mithilfe dessen Sie Verletzungen dokumentieren können. Das Schema passt sich automatisch an das Alter Ihres vorstelligen Kindes an. Sie können es aber auch mithilfe der Auswahlbox manuell anpassen, wenn Sie der Meinung sind ein anderes Schema passt besser. Z. B.: Kind anstatt Kleinkind. Dies ist jedoch nur möglich sofern noch keine Verletzung dokumentiert wurde. Die Dokumentation einer Verletzung wird weiter unten detailliert beschrieben. Haben Sie nun mehrere Verletzungen dokumentiert, können Sie mit Klick auf den Button "Reihenfolge automatisch sortieren" alle dokumentierten Verletzungen von oben nach unten sortieren lassen. Z. B. erst Kopf, dann Bauch und zum Schluss Knie. Mit dem Button "Verletzungstexte anzeigen" können Sie alle Verletzungstexte von allen dokumentierten Verletzungen exportieren bzw. als reinen Text anzeigen lassen.

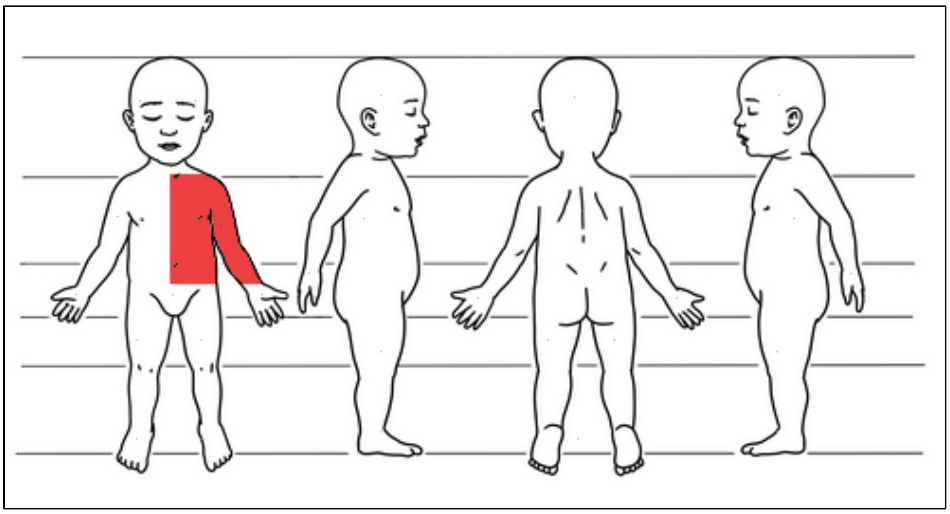
Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den vierten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

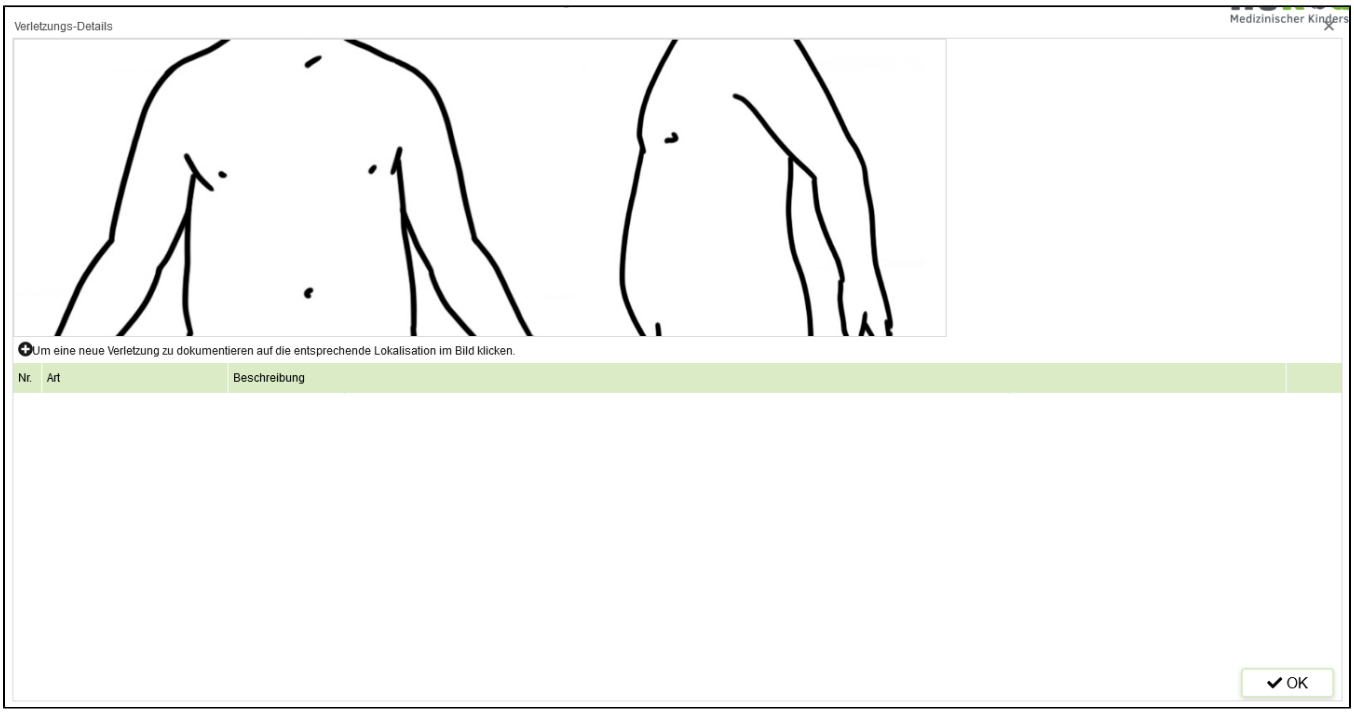


Dokumentation von Verletzungen

Wenn Sie mit Ihrer Maus über das Schema fahren, sehen Sie, dass die einzelnen Bereiche sich Rot einfärben. Mit einem Klick auf den gewünschten Bereich öffnet sich dann ein weiteren Fenster. Dies dient erst einmal nur der groben Einordnung der Lokalisation der Verletzung.



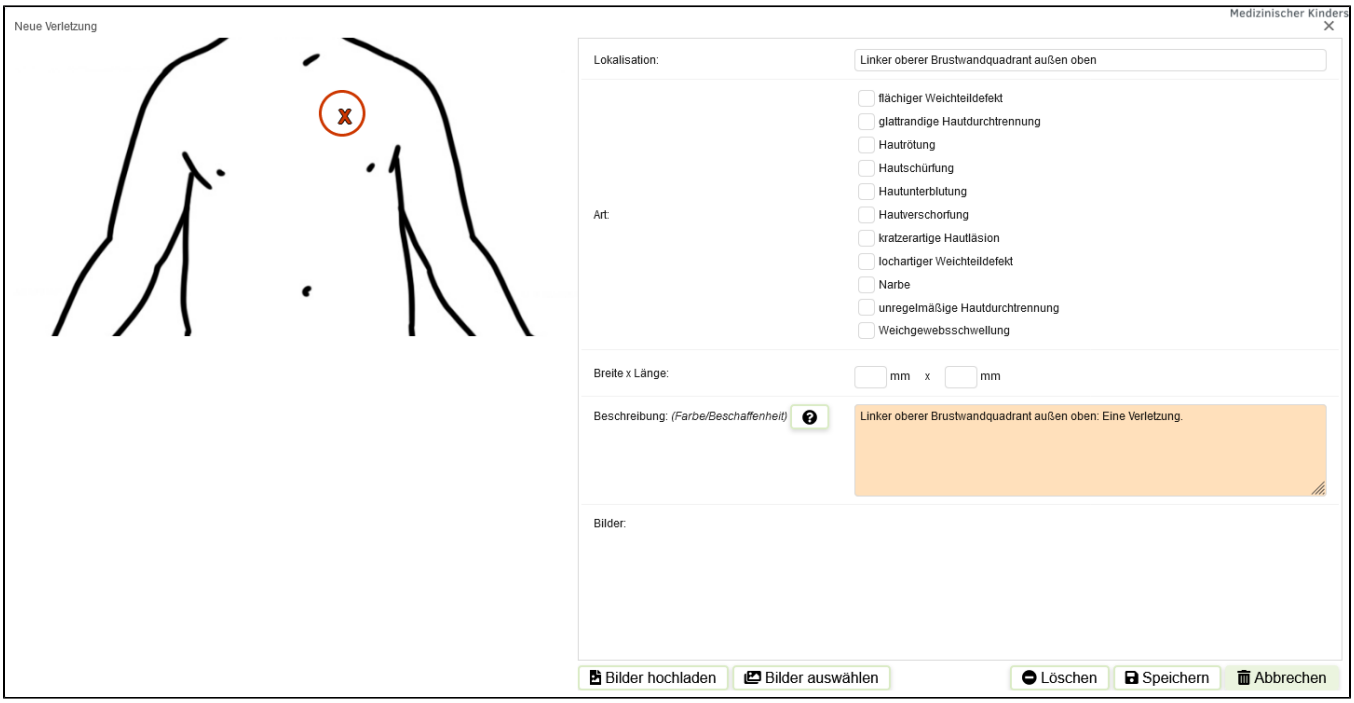
Hier erhalten Sie dann eine vergrößerte Aufnahme des gewünschten Bereichs und können nun die genaue Position der Verletzung festhalten. In der unteren Tabelle werden dann alle dokumentierten Verletzungen in diesem Bereich aufgelistet. Wählen Sie nun die gewünschte Position aus, öffnet sich erneut ein Fenster.

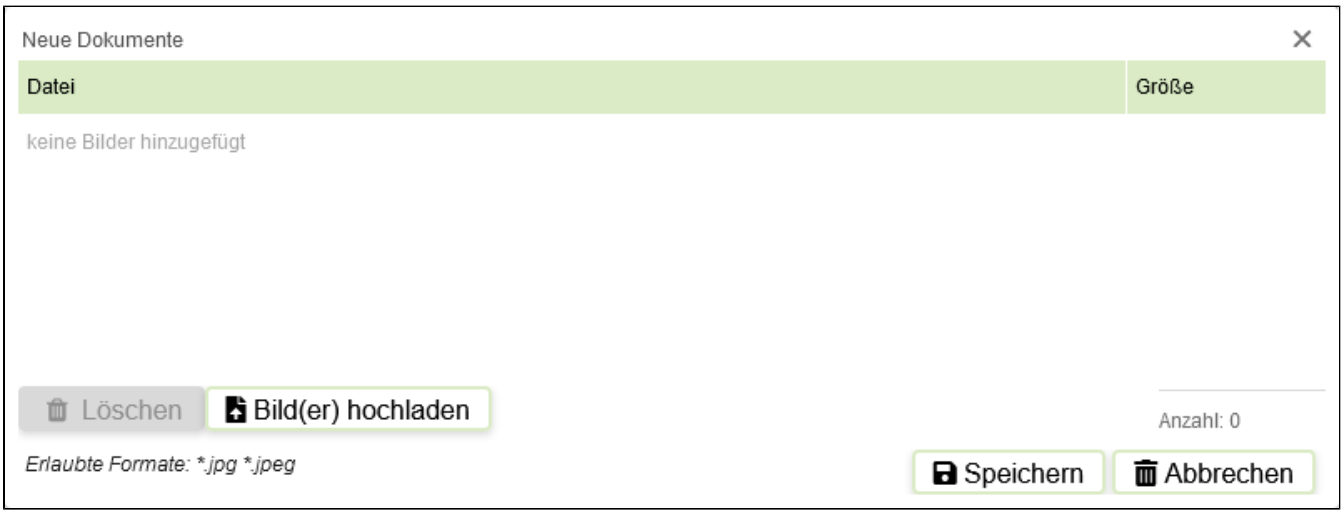


In diesem Fenster ist nun ihre gewählte Position mit einem eingekreisten X festgehalten. Sie können das X hier aber auch noch beliebig neu setzen, wenn Sie mit der Position nicht ganz zufrieden sind. Dies ist auch noch zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Auf der rechten Seite gibt es einige Felder, mit denen Sie die Verletzung näher beschreiben können:

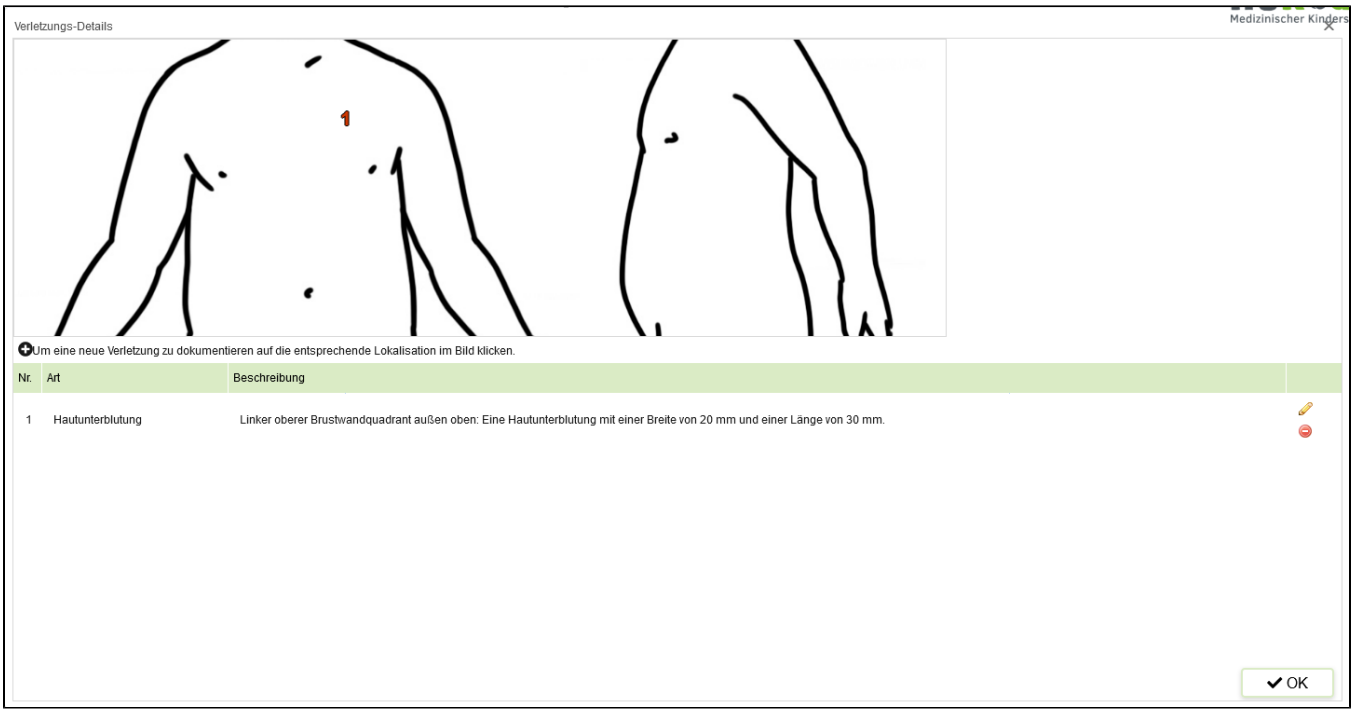
- Lokalisation: Der Text in diesem Feld wird automatisch anhand Ihrer gewählten Position erzeugt. Sie können diesen aber auch noch individuell anpassen.
- Art: Hier wählen Sie aus, um was für eine Art Verletzung es sich handelt.
- Breite x Länge: Hier können Sie die Maße der Verletzung in mm angeben.
- Beschreibung: Auch hier wird der Text initial automatisch aus Ihren zuvor gemachten Angaben erzeugt. Sollten Sie jedoch nicht zufrieden sein oder es fehlen bedeutende Angaben, können Sie diese hier auch noch ändern bzw. ergänzen.
- Bilder: Zuletzt können Sie die dokumentierten Verletzungen auch noch mit einer Fotodokumentation versehen. Dafür klicken Sie auf den Button "Bilder hochladen" im unteren Bereich des Fensters und ein entsprechendes Fenster öffnet sich (siehe unteres Bild).

Haben Sie nun alle Angaben gemacht, können Sie diese mit einem Klick auf den Button "Speichern" sichern.

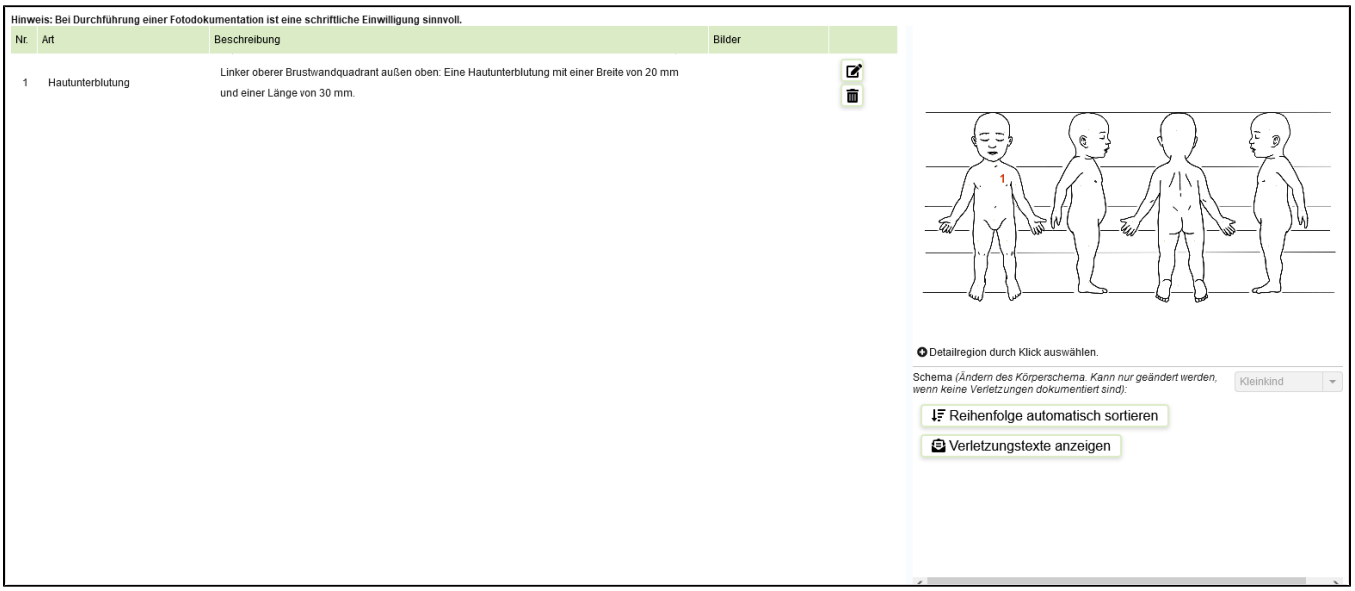




Das vorherige Fenster schließt sich automatisch und Ihre festgehaltene Verletzung ist nun auf der Detail-Ansicht zu sehen (hier mit einer 1 markiert). Mit einem Klick auf die 1 im Bild oder den entsprechenden Eintrag unten in der Liste können Sie die gewünschte Verletzung noch bearbeiten. Mit einem Klick auf den Button "OK" schließt sich das Fenster.



Auch in der Gesamtansicht ist die dokumentierte Verletzung zu sehen (auch hier mit einer 1 versehen). Hier würden am Ende alle möglichen Verletzungen aus allen Bereichen, die sie festgehalten haben, durchnummeriert zu sehen sein.



Hinweise zur Verletzungseingabe

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, den von MeKidS.support automatisch generierten Text um weitere, relevante Eigenschaften der Verletzung zu ergänzen und zu bearbeiten.
Solche relevanten Eigenschaften einer Verletzung könnten u. A. sein:

- Färbung
  - z. B. bläulich-livide // dunkelrot // bernsteinfarben // etc.
- Form
  - z. B. rundlich-oval // strichförmig // unregelmäßig geformt // etc.
- Umrandung bzw. Abgrenzbarkeit
  - z. B. unscharf begrenzt // gut abgrenzbar // Wundrand gerötet // etc.
- Heilungsstadium
  - z. B. flach verschorft // Schorf in Ablösung begriffen // blutend // etc.
- Bezug zum umgebenden Hautniveau
  - z. B. eingezogen // geschwollen // etc.

- Bezug zu weiteren Verletzungen
    - z. B. parallel liegende Kratzer // ineinander übergehend // gereiht // etc.
- Bezug zu anatomischen Strukturen
    - z. B. quer zur Oberarmlängsachse // seitlich des Kehlkopfs // etc.
- weitere Auffälligkeiten
    - z. B. anhaftende Schmutzpartikel // randständig Holzsplitter // etc.

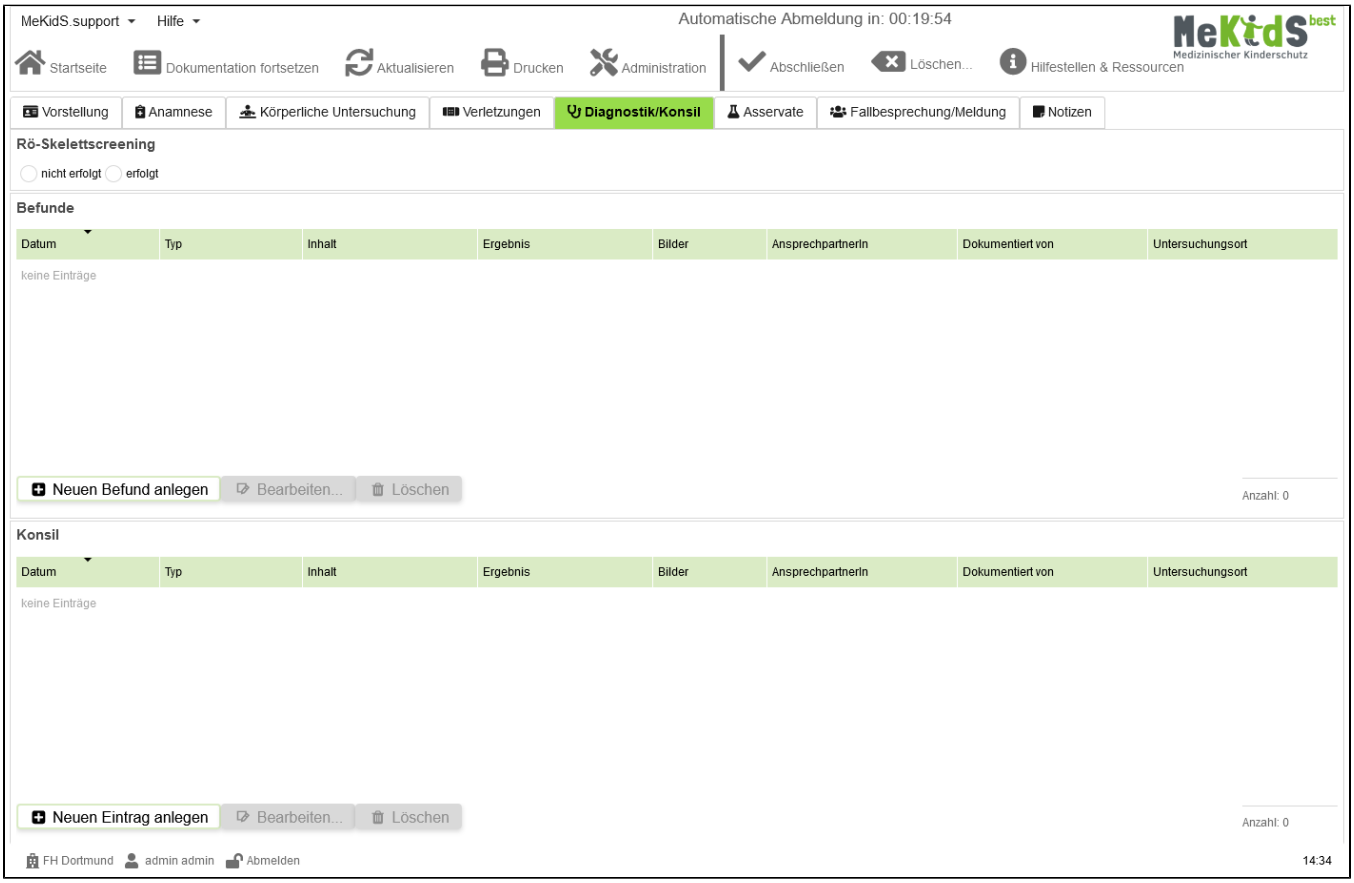
Auch bei großen Verletzungen, die sich z.B. über mehrere benachbarte Körperregionen erstrecken, ist eine diesbezügliche Ergänzung und Bearbeitung des Textvorschlags sinnvoll.

Diagnostik/Konsil

Der fünfte Reiter der Dokumentationsmasken ist "Diagnostik/Konsil".
Hier können Sie zunächst angaben, ob ein Rö-Skelettscreening erfolgte oder nicht. Den entsprechenden Befund dazu können Sie im Nachhinein in der oberen Tabelle "Befunde" eintragen. In der unteren Tabelle können Sie Konsile dokumentieren. Die Vorgehensweise ist unten einmal genauer beschrieben.

Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den fünften Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

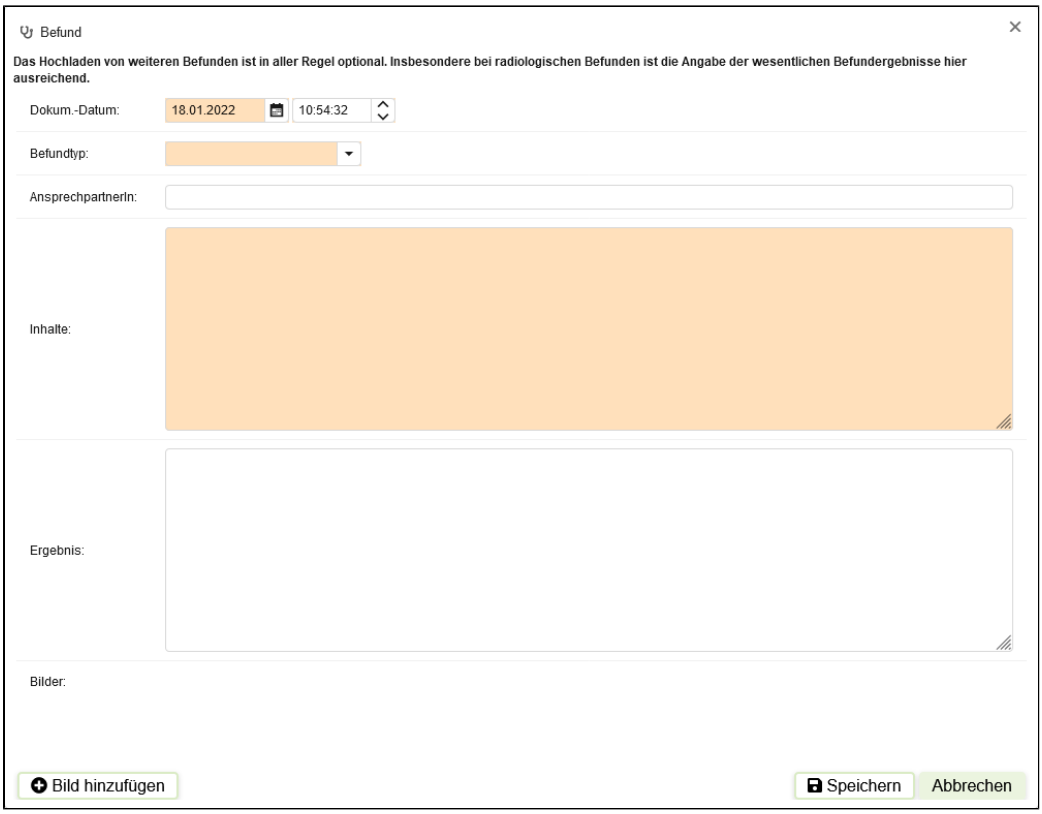


Einen Befund dokumentieren

Klicken Sie auf der Gesamtübersicht auf den Button "Neuen Befund anlegen", öffnet sich das folgende Fenster. Hier können Sie folgende Informationen dokumentieren:

- Dokum.-Datum: Hier halten Sie das Datum und die Uhrzeit fest, wann der Befund gemacht wurde. Wenn Sie einen neuen Befund anlegen, sind diese Felder bereits mit dem aktuellen Datum und der aktuellen Uhrzeit gefüllt. Sie können dies jedoch noch ändern.
- Befundtyp: Hier können Sie wählen, um was für einen Typ von Befund es sich handelt. Z. B. Bildgebung oder Mikrobiologie.
- AnsprechpartnerIn: Falls es zu dem Befund eine/n bestimmte/n Ansprechpartner:in gibt, können Sie diese/n hier angeben.
- Inhalte: Hier halten Sie die Inhalte des Befundes fest. Was wurde wie oder warum gemacht?
- Ergebnis: Dies ist ein extra Feld, in dem Sie die wichtigsten Punkte des Ergebnisses des Befundes angeben können.
- Bilder: Wie auch bei der Verletzungsdokumentation, können Sie hier Bilder hochladen.

Die meisten Felder hiervon sind jedoch keine Pflichtangaben. Diese sind lediglich die Felder, welche orange hinterlegt sind. In diesem Fall wären das das Dokumentations-Datum, der Befundtyp und der Inhalt.

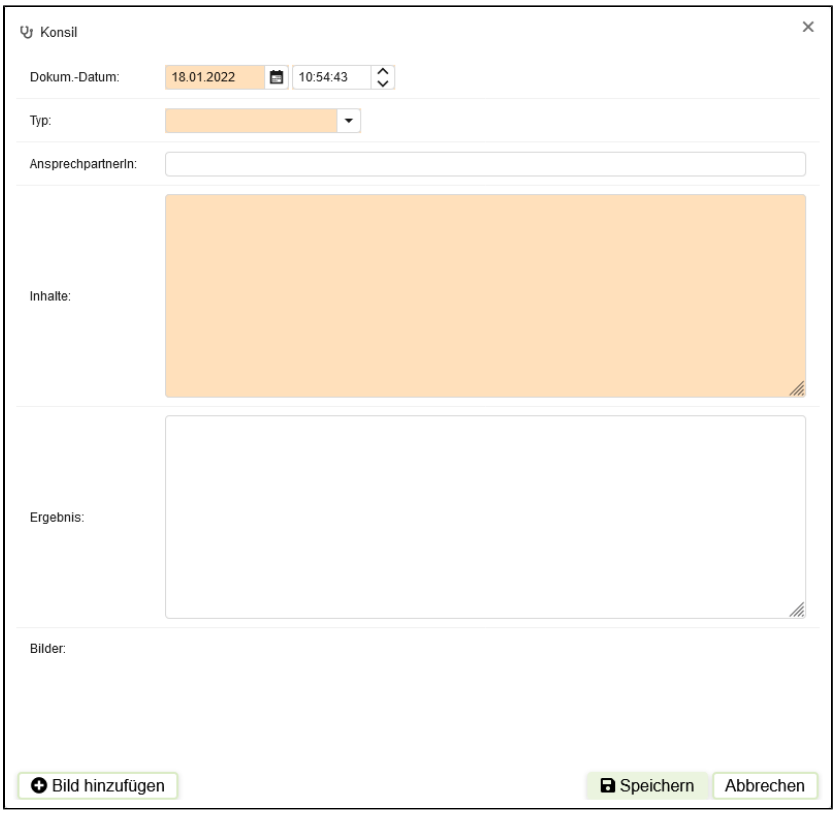


Ein Konsil dokumentieren

Klicken Sie auf der Gesamtübersicht auf den Button "Neuen Eintrag anlegen", öffnet sich das folgende Fenster. Hier können Sie folgende Informationen dokumentieren:

- Dokum.-Datum: Hier halten Sie das Datum und die Uhrzeit fest, wann das Konsil stattgefunden hat. Wenn Sie ein neues Konsil dokumentieren, sind diese Felder bereits mit dem aktuellen Datum und der aktuellen Uhrzeit gefüllt. Sie können dies jedoch noch ändern.
- Befundtyp: Hier können Sie wählen, um was für einen Typ von Konsil es sich handelt. Z. B. Bildgebung oder Mikrobiologie.
- AnsprechpartnerIn: Falls es zu dem Konsil eine/n bestimmte/n Ansprechpartner:in gibt, können Sie diese/n hier angeben.
- Inhalte: Hier halten Sie die Inhalte des Befundes fest. Was wurde wie oder warum gemacht?
- Ergebnis: Dies ist ein extra Feld, in dem Sie die wichtigsten Punkte der Ergebnisse des Konsils angeben können.
- Bilder: Wie auch bei der Verletzungsdokumentation, können Sie hier Bilder hochladen.

Die meisten Felder hiervon sind jedoch keine Pflichtangaben. Diese sind lediglich die Felder, welche orange hinterlegt sind. In diesem Fall wären das das Dokumentations-Datum, der Typ und der Inhalt.


Konsil
Dokum.-Datum:
18.01.2022
10:54:43
Typ:
AnsprechpartnerIn:
Inhalte:
Ergebnis:
Bilder:
Bild hinzufügen
Speichern
Abbrechen

Asservate

Der sechste Reiter der Dokumentationsmasken ist Asservate. Hier ist zunächst wichtig, dass die Nutzung des Asservatsystems von iGOBSIS nur mit Einwilligung möglich ist. Als Erstes finden Sie hier drei Button, mit denen Sie weitere Informationen zum Asservatsystem erhalten: Warum eine gesonderte Einwilligung benötigt wird, wie das System funktioniert und wie Sie Asservate nehmen. Bevor Sie nun die Funktion nutzen können, müssen Sie erst eine Einwilligungserklärung ausdrucken und unterschreiben lassen. Liegt die Einwilligung dann vor, können Sie den Haken bei der Checkbox setzen und die Asservate-Funktion aktivieren. Daraufhin erscheinen am unteren Ende der Tabelle eine Reihe an Buttons. Die genaue Vorgehensweise zum Anlegen eines Asservats ist unten beschrieben. Auf der rechten Seite finden Sie zudem eine kurze Anleitung, wie Asservate zu entnehmen sind. Diese wird automatisch zugeklappt, wenn Sie ein Asservat dokumentiert haben. Sie könenn diese jedoch zu jeder Zeit wieder ausklappen.

Einwilligung

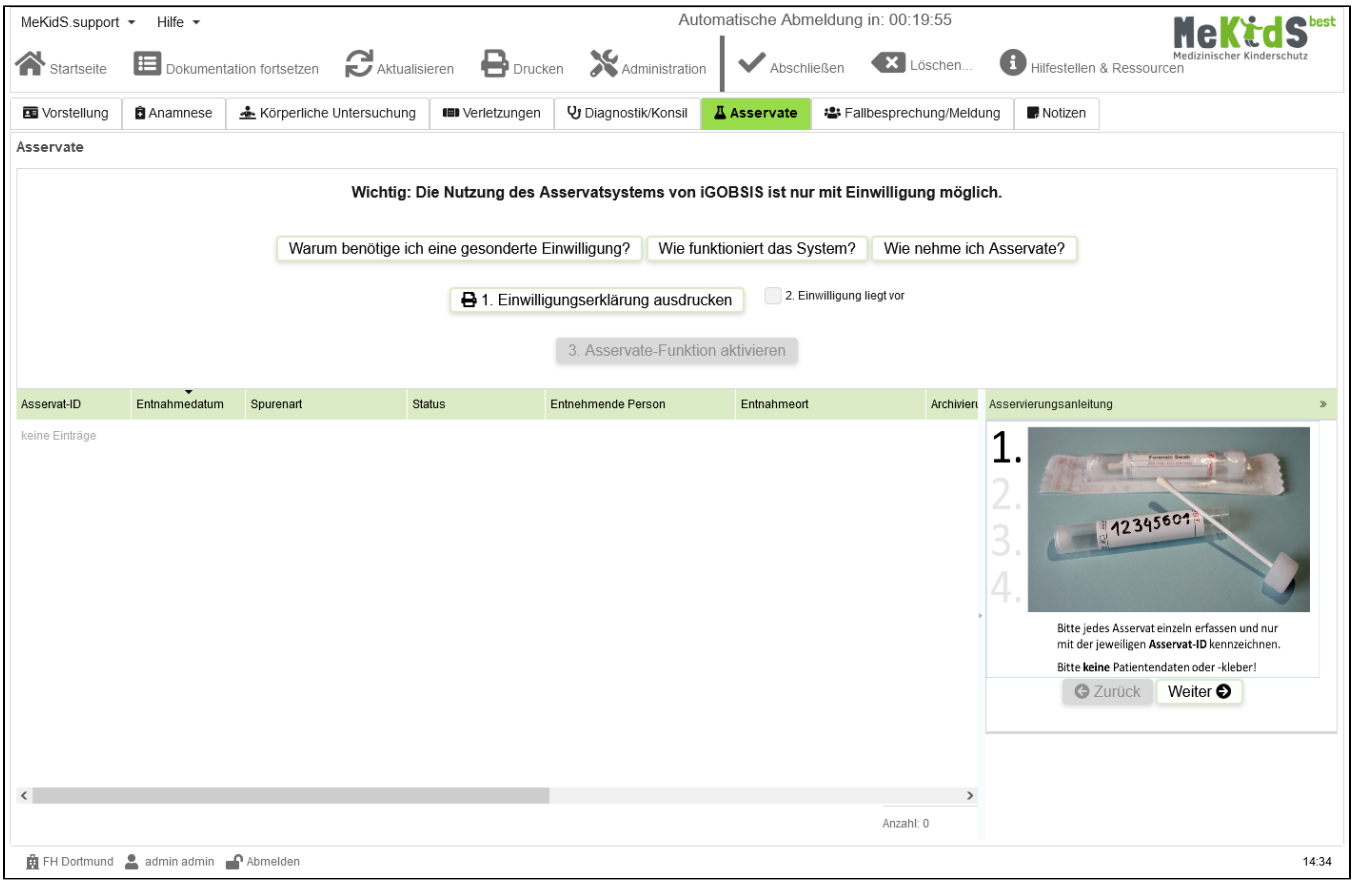
Die Archivierung der Asservate erfolgt formal über das Asservatsystem der Dokumentationsplattform iGOBSIS (www.gobsis.de), die ebenfalls am Universitätsklinikum Düsseldorf angesiedelt ist. Um eine systemübergreifende Zuordnung der Asservate zu gewährleisten, werden Daten zu den hier in der Anwendung „MeKidS.support meets iGOBSIS" eingepflegten Asservaten im Anschluss an das iGOBSIS-System übermittelt (z. B. wer welche Asservate wann entnommen hat). Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfordert diese Datenübermittlung allerdings zwingend eine gesonderte Einwilligung. Daher müssen Sie bevor Sie ein Asservat angelegen können, zunächst auf den Button 1. Einwilligungserklärung klicken und sich diese unterzeichnen lassen. Anschließend müssen Sie dies über die Checkbox "2. Einwilligung liegt vor" bestätigen und nachfolgend die Funktionalitäten der Maske über den Button "3. Asservate-Funktion aktivieren" freischalten.

Wie funktioniert das System?

Nachdem Sie das Vorliegen einer unterzeichneten Einwilligungserklärung bestätigt haben, können Sie die Asservate-Funktion über den entsprechenden Button aktivieren. Anschließend können Sie die Asservate einzeln einpflegen. Jedes Asservat enthält eine sogenannte Asservat-ID, um es eindeutig zuzuordnen. Bitte achten Sie darauf, dass Sie den jeweiligen Aufbewahrungsbehälter mit der zugeteilten Asservat-ID kennzeichnen. Sobald alle Asservate eingepflegt sind, können Sie das Asservateprotokoll erstellen lassen. Bitte drucken Sie dieses Asservateprotokoll aus und fügen es den Asservaten bei – es dient unter anderem als Übergabeprotokoll. Sie haben **beim Fallabschluss** die Gelegenheit, die Abholung der Asservate über den iGOBSIS-Transportdienst zu beauftragen. In der Regel werden die Asservate innerhalb von 1-2 Werktagen abgeholt. Noch einmal der Hinweis: Nur Sie als Nutzer wissen später, welche Person welchem Pseudonym zugeordnet wurde. Bitte bewahren Sie die in dieser Anwendung erzeugte Dokumentation daher an einem sicheren Ort, bspw. Ihrem üblichen Dokumentationssystem, auf. Sollten die Asservate später benötigt werden, sind diese Unterlagen zur eindeutigen Zuordnung zwingend erforderlich. Ansprechpartner bezüglich der Herausgabe der Asservate ist das Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf (gobsis@med.uni-duesseldord.de oder https://gobsis.de/) .

Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den sechsten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

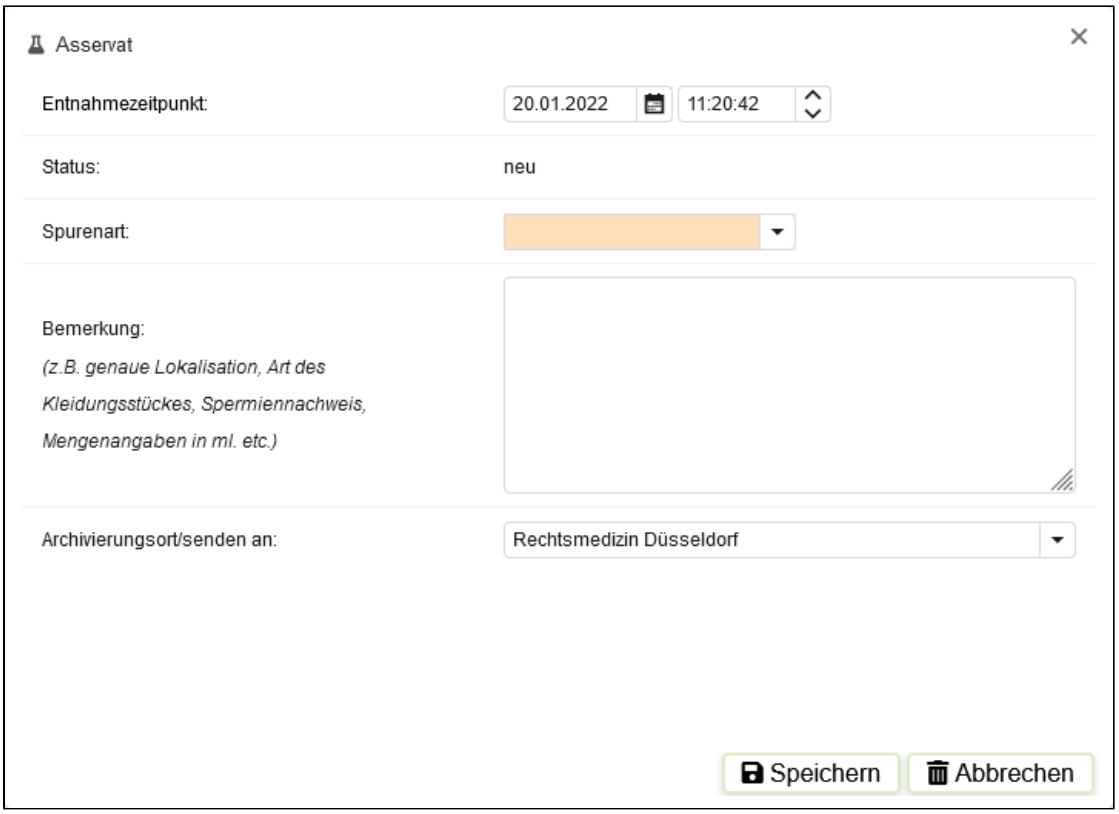


Neues Asservat anlegen

Wenn Sie auf den Button "Neues Asservat anlegen" klicken, öffnet sich das folgende Fenster. Hier können Sie alle nötigen Informationen, die das Asservat betrifft, festhalten:

- Entnahmezeitpunkt: Hier halten Sie das Datum und die Uhrzeit fest, wann das Asservat entnommen wurden. Wenn Sie ein neues Asservat dokumentieren, sind diese Felder bereits mit dem aktuellen Datum und der aktuellen Uhrzeit gefüllt. Sie können dies jedoch noch ändern.
- Status: Wenn Sie ein neues Asservat anlegen, ist der Status immer "neu". Sie können dies auch nicht verändern.
- Spurenart: Hier können Sie die Art auswählen, um was für ein Asservat es sich handelt. Sie haben hier die Wahl zwischen: Abrieb, Abstrich-Anal, Abstrich-Gynäkologisch, Abstrich-Oral, Abstrich-Sonstiger, Haare, Kleidungsstück, Nativpräparat, Sonstiges, Urin und Venenblut.
- Bemerkung: Hier können Sie weitere hilfreiche Angaben machen, z. B. von wo genau die Probe entnommen wurde oder um welche Art von Kleidungsstück es sich handelt.
- Archivierungsort: In dieser Auswahlliste sind die möglichen Archivierungsorte hinterlegt. Im Rahmen von MeKidS.support steht jedoch nur die Rechtsmedizin Düsseldorf zur Auswahl und ist auch bereits vorausgewählt.

Von diesen Feldern ist jedoch nur die Spurenart eine Pflichtangabe.


Asservat
Entnahmezeitpunkt:
20.01.2022
11:20:42
Status:
neu
Spurenart:
Bemerkung:
(z.B. genaue Lokalisation, Art des Kleidungsstückes, Spermiennachweis, Mengenangaben in ml. etc.)
Archivierungsort/senden an:
Rechtsmedizin Düsseldorf
Speichern
Abbrechen

Fallbesprechung/Meldung

Der vorletzte Reiter der Dokumentationsmasken ist Fallbesprechung und Meldung. Hier können Sie zunächst über die zwei Button "Was bedeutet "begründeter Verdacht"?" und "Wie informiere ich das Jugendamt?" weitere Informationen einholen. Direkt darunter können Sie dann hinterlegen, ob Sie den Fall gemeldet haben oder nicht. Wählen Sie an, dass eine Meldung geschehen ist, werden weitere Felder eingeblendet. Hier können Sie dann wählen, ob die Meldung an das Jugendamt und/oder die Polizei ging und danach wann die Meldung erfolgt ist (Datum und Uhrzeit) und in welcher Form (mündlich oder schriftlich).
Im unteren Teil der Maske können Sie dann Besprechungen anlegen. Die genaue Vorgehensweise ist unten beschrieben.

Im unteren Bereich auf der rechten Seite der Maske können Sie einen anonymen Konsilbericht erzeugen. Die genaue Vorgehensweise ist unten beschrieben.

Was bedeutet "begründeter Verdacht"?

Letztlich handelt es sich dabei um eine Einzelfallentscheidung im Ermessen des behandelnden Arztes. Im Regelfall liegt ein begründeter Verdacht dann vor, wenn Sie in Zusammenschau aller verfügbaren Informationen und Befunde zu dem Ergebnis kommen, dass eine Kindeswohlgefährdung wahrscheinlich ist bzw. eher in Frage kommt als andere Ursachen. Bei diesbezüglichen Zweifeln empfiehlt sich die Nutzung von Möglichkeiten zur medizinischen Fallberatung (ggf. pseudonym/anonym).

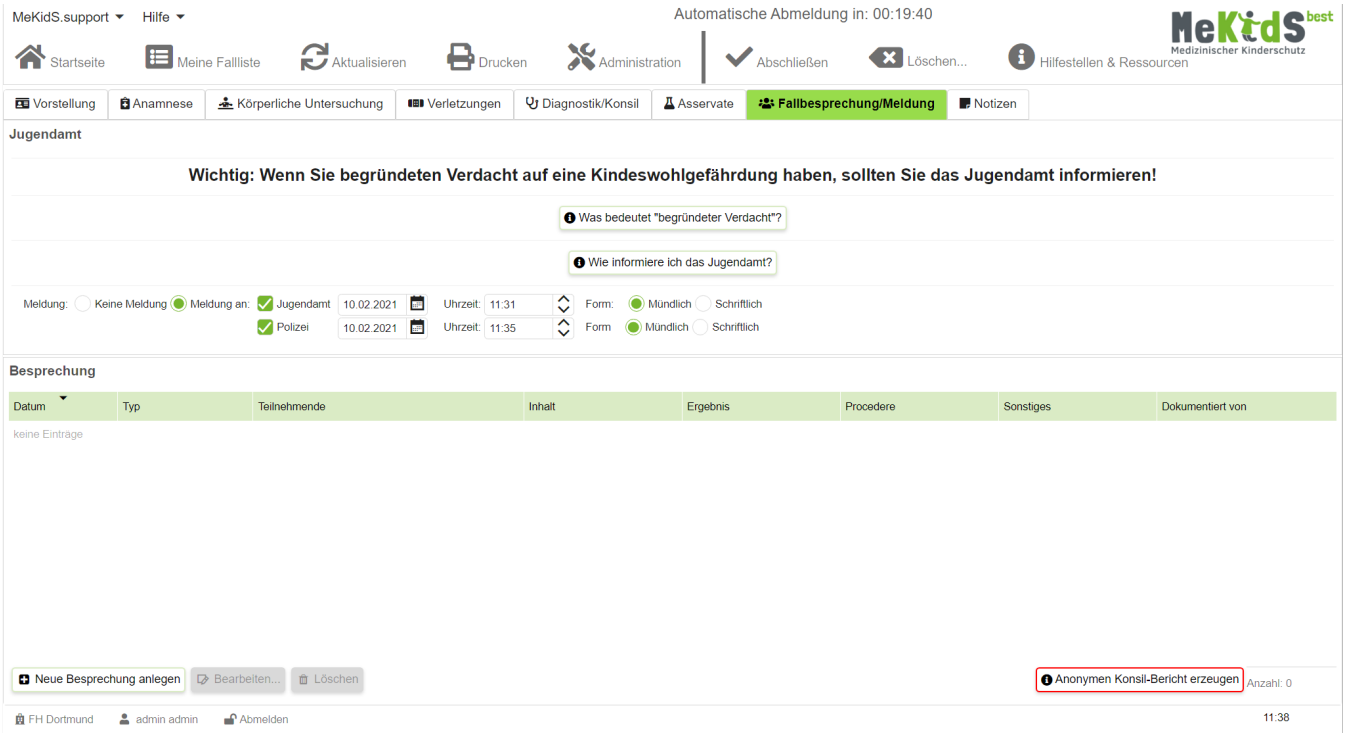
Wie informiere ich das Jugendamt?

Zunächst ist ausgehend vom jeweiligen Wohnort des/r Minderjährigen das zuständige Jugendamt auszumachen. Die diesbezüglichen Kontaktdaten sind i. d. R. im Internet verfügbar. Die Meldung ist üblicherweise formlos und kann mündlich per Telefon oder schriftlich erfolgen, wobei die Schriftform zu bevorzugen ist. In dringlichen Fällen ist üblicherweise ein Not- bzw. Bereitschaftsdienst des Jugendamtes erreichbar, die entsprechenden Kontaktdaten sind teils bei den jeweiligen Notrufleitstellen hinterlegt. Generell ist zu beachten, dass eine Meldung – sofern es die Fallkonstellation zulässt – möglichst im Wissen und Einverständnis des/r Betroffenen erfolgen sollte.

Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den siebten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

Maske und Maskenbereiche

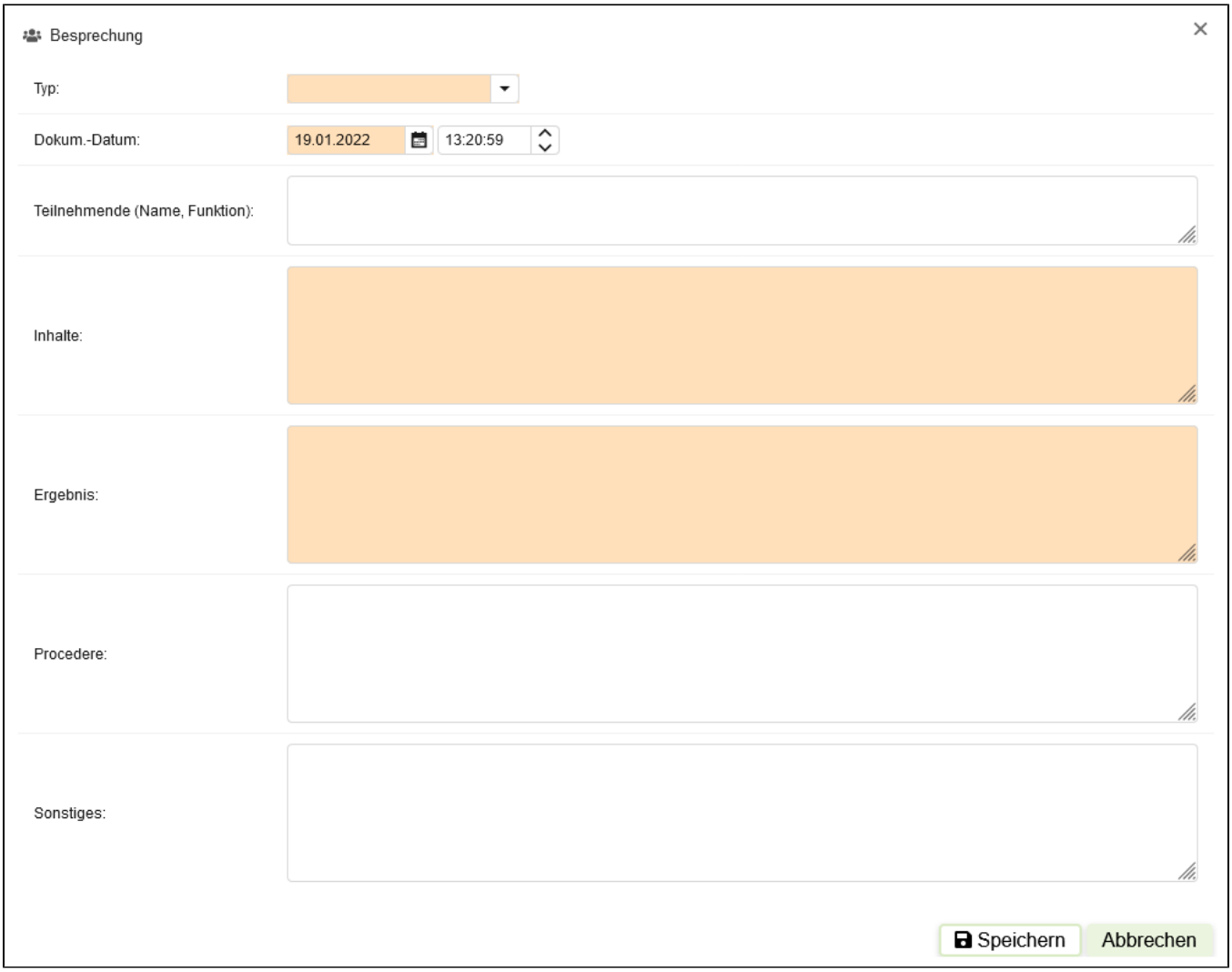


Neue Besprechung anlegen

Wenn Sie im unteren Bereich der Maske auf den Button "Neue Besprechung anlegen" klicken, öffnet sich das folgende Fenster. Hier können Sie alle relevanten Informationen angeben:

- Typ: Hier können Sie wählen, ob es um eine Fallbesprechung mit dem Jugendamt, Fallbesprechung ohne Jugendamt, KKG oder eine sonstige Beratung handelt.
- Dokum.-Datum: Hier halten Sie das Datum und die Uhrzeit fest, wann die Besprechung stattgefunden hat. Wenn Sie ein neue Besprechung dokumentieren, sind diese Felder bereits mit dem aktuellen Datum und der aktuellen Uhrzeit gefüllt. Sie können dies jedoch noch ändern.
- Teilnehmende: Hier können Sie festhalten, wer der Besprechung alles beigewohnt hat. Sie können zudem noch Namen und Funktion der Personen notieren.
- Inhalte: In diesem Feld können Sie die Inhalte dokumentieren, die Bestandteil der Besprechung waren.
- Ergebnis: Hier können Sie notieren, zu welchem Ergebnis die Besprechung geführt hat.
- Procedere: Hier können Sie festhalten, wie im weiteren Verlauf vorgegangen werden soll.
- Sonstiges: In diesem Feld können Sie alle Informationen hinterlegen, die nicht zu einem der anderen Punkte passt.

Die meisten Felder hiervon sind jedoch keine Pflichtangaben. Diese sind lediglich die Felder, welche orange hinterlegt sind. In diesem Fall wären das der Typ, das Dokumentations-Datum, der Inhalt und das Ergebnis.



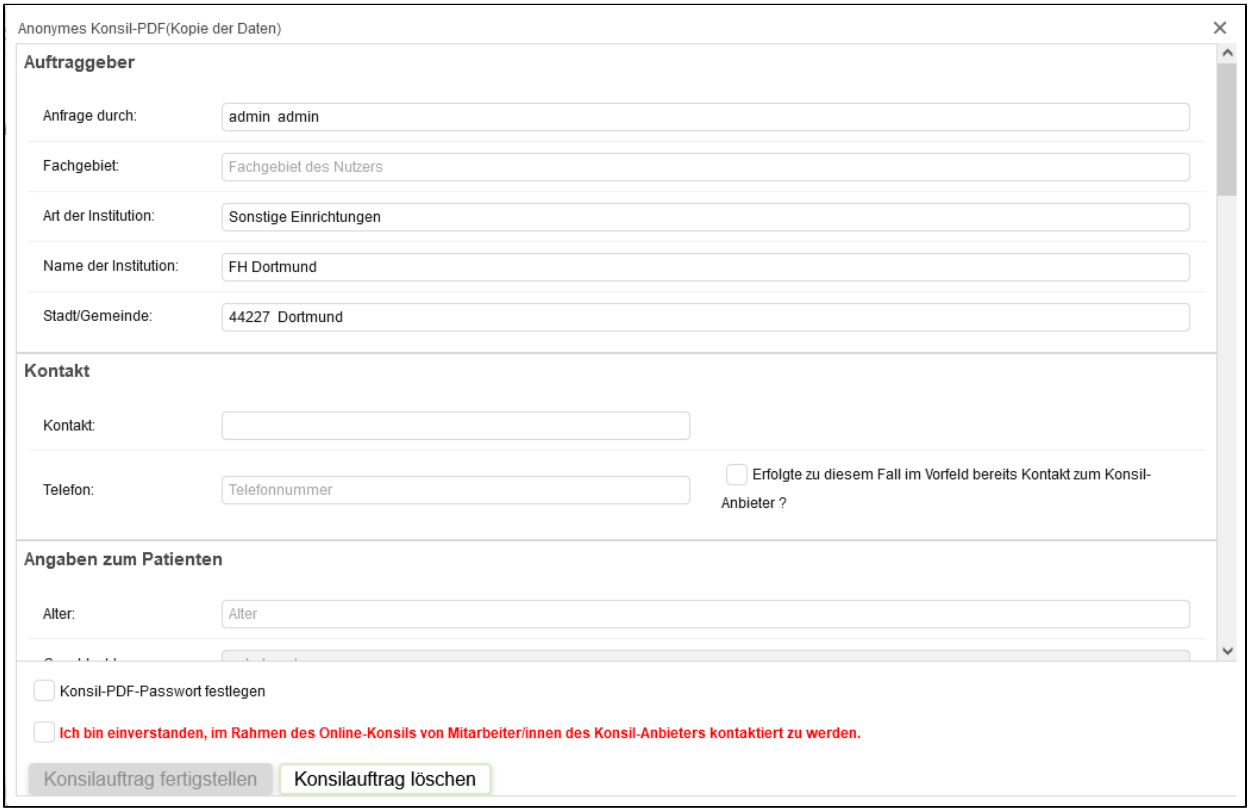
Anonymen Konsil-Bericht erzeugen

Haben Sie auf den Button "Anonymen Konsil-Bericht erzeugen" geklickt, öffnet sich folgendes Fenster. Die Felder hier werden größtenteils nicht automatisch ausgefüllt. Sie entscheiden darüber, welche Informationen Sie der/dem Mitarbeiter/in des Konsil-Anbieters zur Verfügung stellen. Folgende Bereiche können Sie hier mit Informationen füllen:

- Auftraggeber: Die Informationen zu Ihrer Person werden Ihrem Benutzer entnommen, sind im Nachhinein aber noch editierbar.
- Kontakt: Hier können Sie Kontaktdaten angeben, unter welchen Der Konsil-Anbieter Sie kontaktieren kann.
- Angaben zum Patienten: Hier können Sie weitere Informationen zu Ihrem/Ihrer Patient:in angeben. Hier ist lediglich das Geschlecht uneditierbar angeben (dieses haben Sie beim Erstellen des Falls bereits angegeben) und das Vorstellungsdatum und -uhrzeit. Alle anderen Information beispielsweise zum Allgemeinzustand oder Anamnese können Sie hier nach Belieben einfügen.
- Bilder/Verletzungen: Falls Sie in Ihrem Fall mit Bildern dokumentiert haben, können Sie diese hier auswählen und bei Bedarf mit in den Bericht einfügen.

- Befunde: Auch Befunde, die Sie in Ihrem Fall dokumentiert haben, können Sie selektiv hier einfügen.
- Vermerke: Zuletzt können Sie hier noch einige Vermerke mit aufführen, die zu keinem der vorherigen Feldern passen.

Haben Sie alle Informationen eingegeben, können Sie unten optional noch ein Passwort für das PDF festlegen und mit der zweiten Checkbox bestätigen, dass Sie damit einverstanden sind kontaktiert zu werden. Haben Sie die Checkbox betätigt, wird der ausgegraute Button "Konsilauftrag fertigstellen" aktiviert und Sie können das PDF erzeugen.



Felder und Erläuterungen

Meldung an Jugendamt /Polizei		
Meldung:	Radiobutton, Checkbox, Datumsfeld, Uhrzeitfeld, Radiobuttons	Dokumentation über eine Meldung z.B. an das Jugendamt bzw. der Polizei. Weitere Angaben zum Datum, die Uhrzeit und in welcher Form gemeldet wurde, können hier angegeben werden.
Besprechung	Liste	Liste mit Besprechungseinträgen die über die Buttons "Neue Besprechung anlegen", " Bearbeiten", "Löschen" bearbeitet werden können.
Anonymer Konsil-Bericht erzeugen	Button	Über diesen Button können Sie einen anonymen PDF-Konsil-Bericht, mit Inhalten dieser Dokumentation, erzeugen.

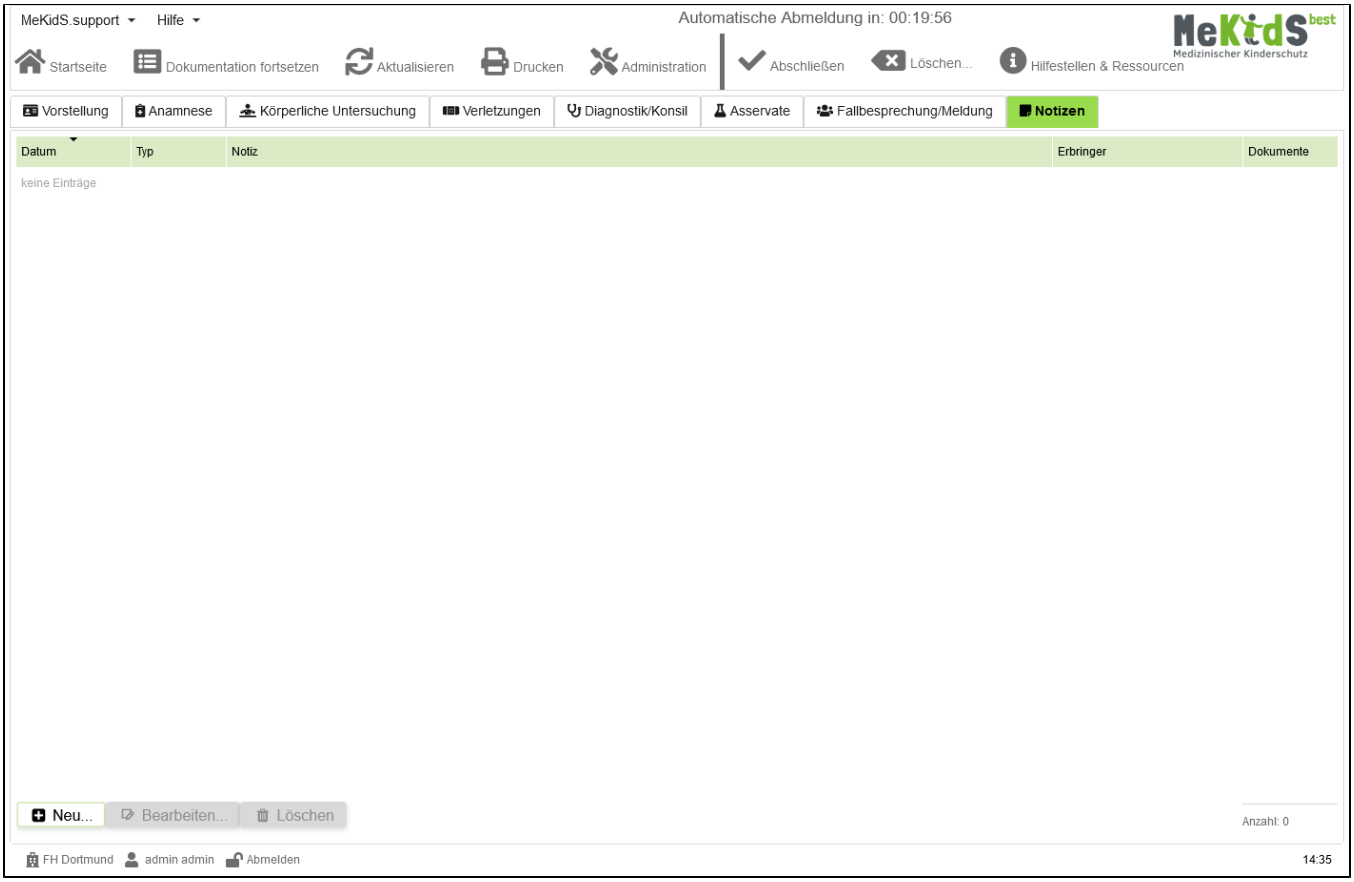
Notizen

Der letzte Reiter der Dokumentationsmasken sind die Notizen. Hier finden Sie eine große Tabelle, in der Sie oder Ihre Kolleg:innen Notizen hinterlegen können. Der genaue Ablauf zum Anlegen einer neuen Notiz ist unten beschrieben. Die Funktion ist hauptsächlich für Sie bestimmt. Jedoch können Mitarbeiter:innen aus Ihrer Organisation, sofern diese die Kennung haben, in Ihren Fall einsehen und ggf. hier eine Notiz für Sie hinterlassen. Hierüber werden Sie aber per E-Mail informiert

Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den achten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

Maske und Maskenbereiche



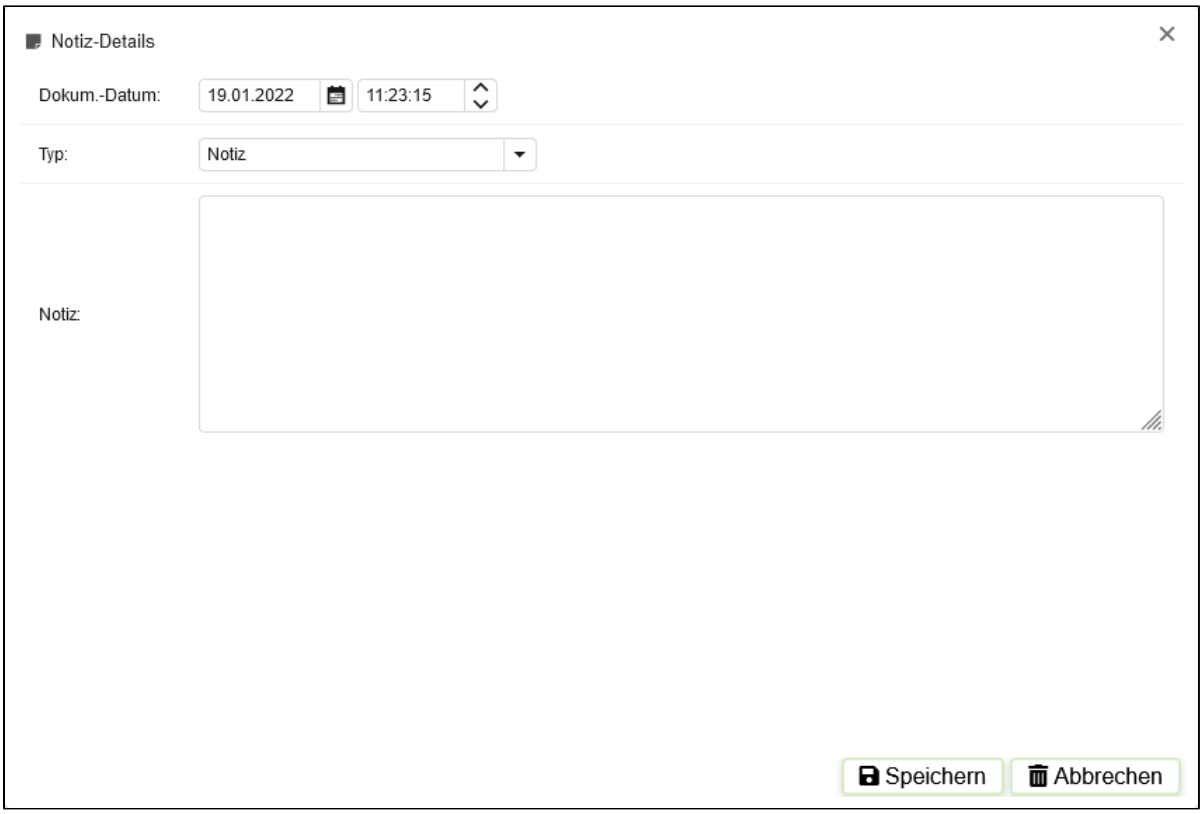
Eine Notiz erstellen

Klicken Sie auf den Button "Neu..." am unteren Ende der Tabelle, öffnet sich das nachfolgende Fenster mit den Notiz-Details. Hier können Sie folgende Informationen hinterlegen:

- Dokum.-Datum: Hier halten Sie das Datum und die Uhrzeit fest, wann die Notiz gemacht wurde. Wenn Sie eine neue Notiz anlegen, sind diese Felder bereits mit dem aktuellen Datum und der aktuellen Uhrzeit gefüllt. Sie können dies jedoch noch ändern.
- Typ: Hier können Sie angeben, worum es sich genau handelt. Sie haben die Wahl zwischen Hinweis, Notiz oder Vorfall.
- Notiz: In dieses Textfeld können Sie dann den Inhalt Ihrer Notiz festhalten.

Mit einem Klick auf den Button "Speichern" sichern Sie die Notiz, das Fenster schließt sich und die Notiz wird in der großen Tabelle aufgeführt.

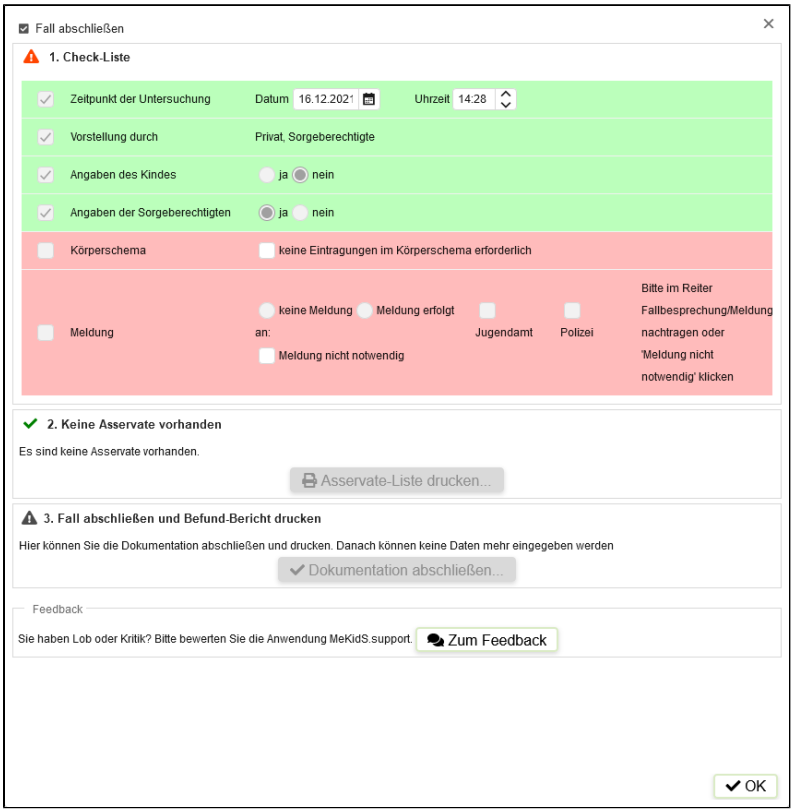
Hinweis: Sollten Sie eine Notiz in einem Fall eines/r Mitarbeiters/Mitarbeiterin hinterlegen, können Sie diese nicht mehr bearbeiten oder löschen.


Notiz-Details
Dokum.-Datum:
19.01.2022
11:23:15
Typ:
Notiz
Notiz:
Speichern
Abbrechen

Fall abschließen

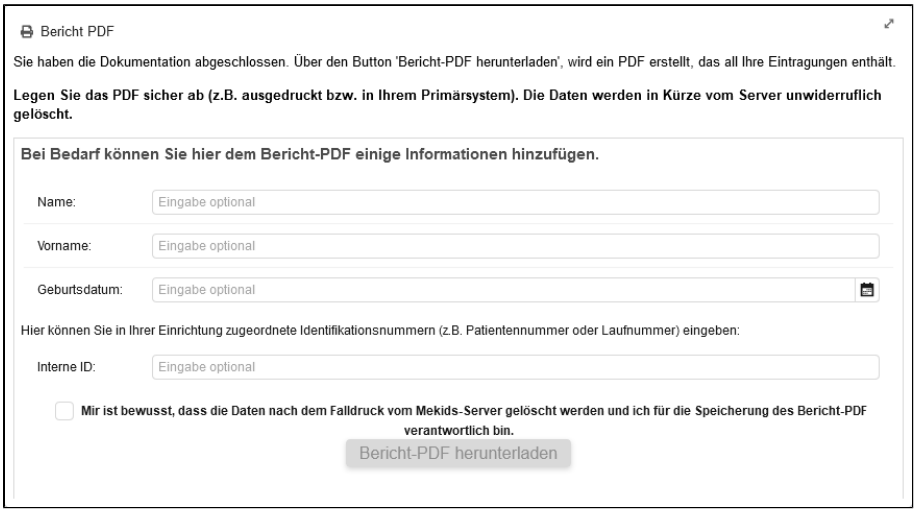
Haben Sie alle relevanten Daten angegeben, können Sie im oberen Bereich der Maske auf "Abschließen" (

) klicken und erhalten folgendes Pop-Up-Fenster:



Hier sind noch einmal die wichtigsten Angaben aufgelistet, die es braucht, um den Fall abzuschließen. Die grünen Zeilen stellen jene dar, die in Ordnung sind und die roten Zeilen bedeuten, dass dort noch Angaben fehlen. Bei den Verletzungen und Meldung ist es nicht Pflicht, dass etwas angegeben wird. Hier muss dann jedoch einmal bestätigt werden, dass das so richtig ist. Falls Asservate erfasst wurden, kann hier eine Liste ausgedruckt sowie die Abholung der Asservate in Auftrag gegeben werden.

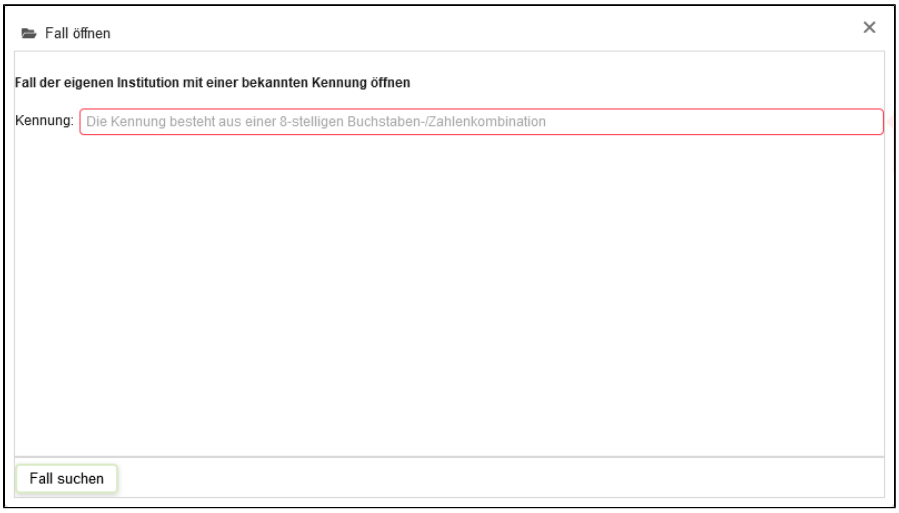
Ist nun alles grün und bei vorhandenen Asservaten deren Abholung beauftragt, kann die Dokumentation final abgeschlossen werden. Hierz klicken sie auf den Button "Dokumentation abschließen". Daraufhin erhalten Sie folgende Meldung:



Mit dem Abschluss des Falls erhalten Sie hier eine zusammenfassende Befundbericht-PDF mit all Ihren Angaben. Hier können wieder Stammdaten angegeben werden, jedoch ist das an dieser Stelle kein Muss. Nach Abhaken der Checkbox können Sie das PDF dann herunterladen und wieder in Ihre Primärdokumentation einpflegen.

Fall mit Kennung einsehen

Haben Sie auf der Startseite auf "Fall mit Kennung einsehen" geklickt, erhalten Sie folgendes Pop-Up-Fenster:



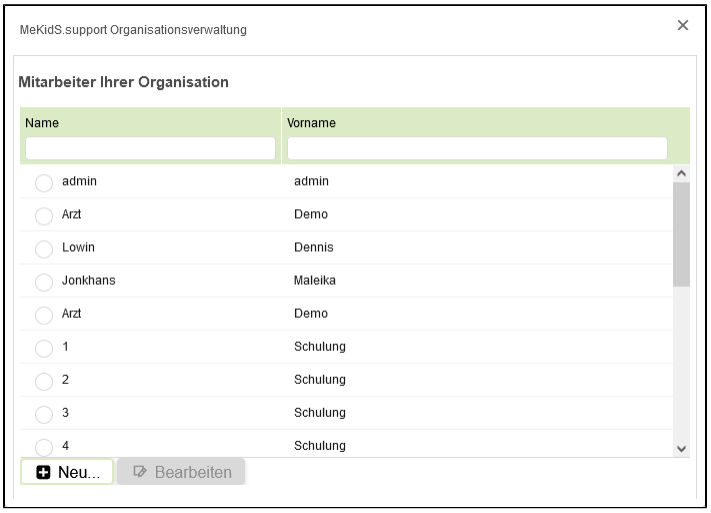
Sie werden nun aufgefordert die Kennung (Pseudonym) anzugeben, zu dessen Fall Sie die Dokumentation öffnen wollen. Sie können jedoch nur Fälle Ihrer eigenen Institution einsehen. Diese Funktion ist auch nur dazu gedacht Fälle einzusehen und diese nicht zu bearbeiten.
Haben Sie nun die Kennung des Falls eingegeben, den Sie gerne einsehen möchten, können Sie diesen mit Klick auf den Button "Fall suchen" suchen. Das Suchergebnis zeigt dann eine Liste mit Fällen, die zu der Kennung gehören. Die Liste umfasst Informationen zum Erstellungsdatum, der Kennung, dem/der Ersteller:in, dem Fallstatus und zuletzt der Aktion "Fall öffnen".
Ein Beispiel ist in folgender Abbildung gegeben:



Hier wurde der Fall mit Kennung "GbPWDld2" gesucht. Es handelt sich um einen Fall vom 16.12.2021, der bereits abgeschlossen wurde.

Organisation verwalten

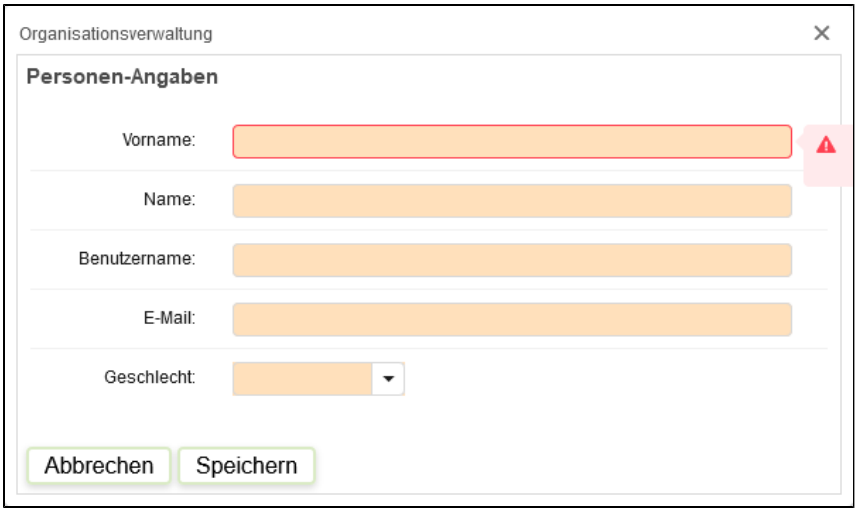
Sind Sie Admin einer Unit und haben auf der Startseite auf "Meine Organisation verwalten" geklickt, erhalten Sie folgendes Pop-Up-Fenster:



Hier wird Ihnen eine Liste der Mitarbeiter Ihrer Organisation angezeigt. Im unteren Bereich des Fenster finden Sie zwei Button: "Neu" und "Bearbeiten". Wenn Sie einen Nutzer angewählt haben, ist der Bearbeiten-Button auch nicht mehr ausgegraut und Sie können ihn bearbeiten.

Neuen Nutzer anlegen

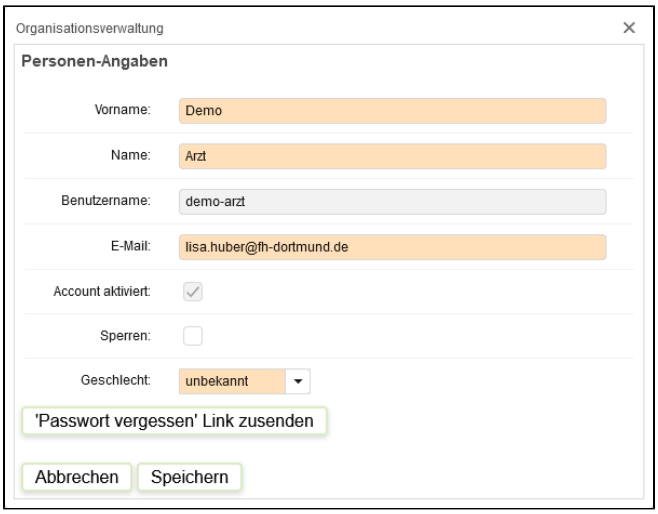
Haben Sie auf "Neu..." geklickt, erhalten Sie folgendes Fenster:



Zunächst müssen Sie einige Pflichtfelder angeben. Diese sind Vor- und Zuname, der Benutzername, die E-Mail-Adresse sowie das Geschlecht des neuen Nutzers. Mit einen Klick auf "Speichern" erstellen Sie einen neuen Nutzer mit den eingegebenen Angaben. Dieser muss darauf jedoch erst freigeschaltet werden.

Nutzer bearbeiten

Haben Sie einen Nutzer angewählt und auf "Bearbeiten" geklickt, erhalten Sie folgendes Fenster:



Hier ist ein Beispiel mit dem Nutzer "Demo Arzt" gegeben. Alle Felder bis auf den Benutzernamen und "Account aktiviert" können bearbeitet werden, die orange hinterlegten Felder sind hier auch wieder Pflichtangaben und können nicht leer gelassen werden. Hier ist es nun jedoch möglich den Nutzer zu sperren, falls dieser z. B. aus der Organisation austritt. Falls eine/r Ihrer Mitarbeiter:innen sein/ihr Passwort vergessen hat, können Sie ihm mithilfe des Buttons "'Passwort vergessen' Link zusenden" ein neues Initialpasswort zukommen lassen, welches der Nutzer dann ändern muss.
Mit einem Klick auf "Speichern" werden die gewünschten Änderungen überschrieben.

Kontaktformular (Hilfe)

Navigieren Sie von jeder beliebigen Seite über das Dropdown-Menü "Hilfe" zu "Kontakt" (In untenstehender Abbildung dargestellt), erhalten Sie das Pop-Up-Fenster, welches in der zweiten Abbildung dargestellt ist.





Mithilfe dieses Kontaktformulars können Sie sich bei Problemen an uns wenden. Hierzu wählen Sie bitte zunächst aus, in welche Kategorie sich das Problem einsortieren lässt: Bei inhaltlichem Support wird Ihre Nachricht an das UKD geleitet und bei IT-Support an die FH Dortmund. Geben Sie in dem zweiten Feld einmal den Betreff an und in dem großen Textfeld Ihre Nachricht an uns, in der Sie Ihr Problem schildern.
Haben Sie zu guter Letzt noch Ihr Einverständnis gegeben, dass wir Sie aufgrund Ihrer Nachricht per E-Mail kontaktieren dürfen sowie bestätigt, dass Sie keine vertraulichen Patientendaten angegeben haben, können Sie die Nachricht mit einem Klick auf den Button "Senden" an uns schicken.

TODO: Screenshot austauschen, wenn Texte vorliegen.

Erstellte Dokumente

Auf diesen Unterseiten sind einmal die Dokumente aufgelistet und beschrieben, die Sie während Ihrer Dokumentation erhalten können.

Kontaktdaten-PDF

Bei diesem Dokument handelt es sich um das initiale Dokument, welches Sie erhalten, wenn Sie einen neuen Fall anlegen. Die Pflichtangaben zu Vor- und Zuname, Geburtstag und Geschlecht sowie die systeminterne Kennung und Ihr Name als Ersteller:in. Falls Sie zuvor den Geburtsort bereits angegeben haben, wird dieser auch übernommen, jedoch können Sie diesen später auch noch ändern bzw. einfügen. Es ist besonders wichtig, dass Sie dieses Dokument in Ihrer Primärdokumentation hinterlegen. So können Sie jederzeit wieder auf die Kennung zugreifen, um diese für Ihre Verlaufdokumentation nutzen zu können.
In dem PDF selber können Sie dann noch viele weitere Ergänzungen vornehmen: die Adresse bzw. ggf. noch eine weitere Adresse, Sorgeberechtigte, Angaben zum Jugendamt und behandelnde Fachkräfte, Geschwister und zum Schluss Notizen.

Im Folgenden ist einmal solch ein beispielhaftes PDF zu sehen:



Alle hier abgebildeten Informationen sind rein fiktiv und entsprechen keinem realen Fall!

Befundbericht-PDF

Dieses Dokument erhalten Sie, wenn Sie einen Fall abschließen (siehe hier). Haben Sie in dem vorherigen Fenster nochmals die Stammdaten angegeben, erscheinen diese wiederum auf dem Dokument. Für die weitere Dokumentation ist es ggf. wichtig, dass Sie Ihre hausinterne ID angeben. Nach dem Herunterladen sollten Sie auch dieses Dokument in Ihre Primärdokumentation einpflegen.
Im Befundbericht-PDF werden alle Eingaben, die Sie in den Dokumentationsmasken getätigt haben, eingefügt und sortiert angezeigt. Im Kopf der ersten Seite des Dokuments werden dann die Stammdaten angezeigt, die Sie im vorherigen Fenster angegeben haben. Zudem steht bei Fallstatus hier abgeschlossen.

Im Folgenden ist einmal solch ein beispielhaftes PDF zu sehen:



Alle hier abgebildeten Informationen sind rein fiktiv und entsprechen keinem realen Fall!

Zwischenstand-PDF

Dieses Dokument erhalten Sie, wenn Sie in einem Fall im oberen Bereich des Fenster auf Drucken () klicken. Haben Sie in dem vorherigen Fenster nochmals die Stammdaten angegeben, erscheinen diese wiederum auf dem Dokument. Bitte beachten Sie, dass Sie hiermit nur ein vorläufiges Dokument erzeugen. Der finale Befundbericht wird am Ende der Dokumentation erzeugt. Daher steht hier im Kopf des Dokuments bei Fallstatus "vorläufig".

Im Folgenden ist einmal solch ein beispielhaftes PDF zu sehen:



Alle hier abgebildeten Informationen sind rein fiktiv und entsprechen keinem realen Fall!

Anonymer Konsil-Bericht

Dieses Dokument erhalten Sie, wenn Sie in der Maske Fallbesprechung/Meldung auf den Button "Anonymen Konsil-Bericht erzeugen" klicken.
Das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen (KKG, www.kkg-nrw.de) bietet die Möglichkeit eines Online-Konsils an. Dieses erfolgt auf Basis von anonymisierten Falldaten, welche Sie in das Fenster eingeben können, das sich nach dem Klick auf den Button öffnet. Mit diesem PDF können Sie ein Online-Konsil vorbereiten.

Im Folgenden ist einmal solch ein beispielhaftes PDF zu sehen:



Alle hier abgebildeten Informationen sind rein fiktiv und entsprechen keinem realen Fall!

Anlage 3: Fragebogen zur Inzidenzerhebung

- **Anlage 3a:** Datenabfragen zur Ergebnisqualität MeKidS.units
- **Anlage 3_01ax:** Inzidenz units Ausfüllhilfe
- **Anlage 3b:** Datenabfragen zur Ergebnisqualität MeKidS.Praxis
- **Anlage 3_01bx:** Inzidenz Praxen Ausfüllhilfe

Teil A: Fallzahlen

A1. **Gesamtzahl der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) in allen am Selektivvertrag teilnehmenden Abteilungen/Kliniken der Einrichtung, die im abgefragten Quartal nach einer stationären (inkl. prä-, post- u. teilstationären) Behandlung entlassen wurden:**

A2. **Gesamtzahl der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) in allen am Selektivvertrag teilnehmenden Abteilungen/Kliniken der Einrichtung, für die im abgefragten Quartal ambulante Leistungen abgerechnet wurden:**

Teil B: Falltabelle 3. Quartal 2020

Einige Antwortmöglichkeiten bedingen eine Antwort in einer anderen Spalte. In diesem Fall wird die entsprechende Antwort direkt ausgewählt und der Antworttext in grau hinterlegt. Die ggf. verbleibenden Felder müssen weiterhin ausgefüllt werden.

B1.

Füllen Sie die Tabelle mit den in Ihrer MeKidS.unit aufgetretenen Inzidenzen.

Neue Zeilen können mittels des „+"-Zeichen hinzugefügt werden

Versorgungsform	
abgeschlossen	
Kategorie	
T74. Diagnosen	
Kodierzusatz	

Teil C: Fast geschafft

Wenn Sie alle entsprechenden Daten eingegeben haben, beenden Sie die Dateneingabe, indem Sie auf "Absenden" klicken.

Vielen Dank!

Ausfüllhilfe zum Inzidenzerhebungsbogen (FAQ)
MeKidS.units

Was ist unter einen MeKidS.best Fall zu verstehen?

Ein MeKidS.best Fall ist folgendermaßen definiert (= Einschlusskriterien in die Versorgungsstudie):

→ Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren
→ UND bei denen Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
→ UND bei denen ein Abklärungsprozess initiiert wird
→ UND die gesetzlich krankenversichert sind.

Demnach sind Kinder und Jugendliche, bei denen eines der nachfolgenden Kriterien zutrifft, vom Einschluss in die Versorgungsstudie ausgeschlossen, so dass sie auch nicht unter dem Begriff des MeKidS.best Falls gefasst werden (= Ausschlusskriterien):

→ Patienten ≥ 18 Jahre
→ ODER bei denen keine Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
→ ODER bei denen kein Abklärungsprozess initiiert wird
→ ODER die privatversichert oder nicht krankenversichert sind

Was ist unter einer kinderschutzbezogenen Leistung zu verstehen?

Mit kinderschutzbezogenen Leistungen sind Leistungen gemeint, die im Rahmen eines Abklärungsprozesses zu einem MeKidS.best-Fall durch die MeKidS.unit erbracht werden.

Wichtig!	Im Inzidenzerhebungsbogen dürfen ausschließlich MeKidS.best-Fälle dokumentiert werden, für die im abgefragten Quartal auch kinderschutzbezogene Leistungen erbracht wurden. Sollten die Kinder also im abgefragten Quartal nicht vorstellig geworden sein oder sollten bei der (den) Vorstellung(en) ausschließlich nicht-kinderschutzbezogene Leistungen erbracht worden sein, fließen diese Fälle nicht in diese Inzidenzerhebung ein (ambulante Versorgungsform). Dabei ist es irrelevant, was im vorangegangenen Quartal zu diesem MeKidS.best Fall geleistet oder dokumentiert wurde.

Woher bekomme ich meinen Zugangscode?

Der Zugangscode wurde Ihnen über MedEcon Ruhr per Mail zur Verfügung gestellt und ist sowohl für jeden Link zur Inzidenzerhebung als auch später für die beiden Links zur fallbezogenen Dokumentation (Baseline und Erprobungsphase) und für den Link zur Strukturerhebung gültig. Sollten Sie Probleme mit der Verwendung des Zugangscodes haben, wenden Sie sich bitte an

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Dr. Laura Hörster
0234.97836-55
hoerster@medecon.ruhr

Auf welchen Zeitraum beziehen sich die Inzidenzerhebungsbögen?

Die Inzidenzerhebungsbögen beziehen sich immer auf ein konkretes Quartal. D.h., dass alle abgefragten Items immer nur für dieses eine Quartal beantwortet werden dürfen. Für vorangegangene bzw. nachfolgende Quartale werden jeweils eigene Inzidenzerhebungsbögen (bzw. Links) zur Verfügung gestellt.

Für den Inzidenzerhebungsbogen für die Baselinephase erhalten Sie zwei separate Links. Einen Link für das Quartal 3/2020 und einen für das Quartal 4/2020.

Zu welchen Zeitpunkten werden die Inzidenzerhebungsbögen ausgefüllt?

Die Inzidenzerhebungsbögen werden für die Baselinephase Mitte Januar 2021 und für die Erprobungsphase jeweils in der ersten Woche des Nachfolgequartals zum abgefragten Zeitraum zur Verfügung gestellt.

Abgefragter Zeitraum	Zustellung des Links zum passenden Inzidenzerhebungsbogen	auszufüllen bis....
Baseline (01.07. – 31.12.2020)	zu Beginn der dritten bzw. vierten Januarwoche 2021	07.02.2021
Q1/2021 (01.01. – 31.03.2021)	zu Beginn der ersten Aprilwoche 2021	zum Ende der zweiten Aprilwoche 2021
Q2/2021 (01.04. – 30.06.2021)	zu Beginn der ersten Juliwoche 2021	zum Ende der zweiten Juliwoche 2021
Q3/2021 (01.07. – 30.09.2021)	zu Beginn der ersten Oktoberwoche 2021	zum Ende der zweiten Oktoberwoche 2021
Q4/2021 (01.10. – 31.12.2021)	zu Beginn der ersten Januarwoche 2022	zum Ende der zweiten Januarwoche 2022
Q1/2022 (01.01. – 31.03.2022)	zu Beginn der ersten Aprilwoche 2022	zum Ende der zweiten Aprilwoche 2022
Q2/2022 (01.04. – 30.06.2022)	zu Beginn der ersten Juliwoche 2022	zum Ende der zweiten Juliwoche 2022
Q3/2022 (01.07. – 30.09.2022)	zu Beginn der ersten Oktoberwoche 2022	zum Ende der zweiten Oktoberwoche 2022
Q4/2022 (01.10. – 31.12.2022)	zu Beginn der ersten Januarwoche 2023	zum Ende der zweiten Januarwoche 2023

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Warum wird eine Gesamtzahl der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen abgefragt?

Um die Inzidenz berechnen zu können, bedarf es neben der Anzahl in der MeKidS.unit versorgten MeKidS.best Fällen auch einer Bezugsgröße, also einer Grundgesamtheit, zu der die versorgten MeKidS.best Fälle ins Verhältnis gesetzt werden können. Diese Grundgesamtheit bezieht sich (in Abgrenzung zu den MeKidS.best Fällen) auf die Gesamtzahl an versorgten GKV-Fällen im Alter von 0 bis 17 Jahren aus allen am Selektivvertrag teilnehmenden Abteilungen/Kliniken der Einrichtung.

Wichtig!	Da auch Fälle aus anderen Abteilungen/Kliniken -als den maßgeblich kinderführenden- zu MeKidS.best Fällen werden können und sollen und das MeKidS.team in die kinderschutzbezogenen Leistungen dieser Kinder direkt involviert ist, müssen auch alle GKV-Fälle aus diesen Abteilungen/Kliniken in die Grundgesamtheit eingehen.

Welche Fälle genau für die Gesamtzahl mit angegeben werden müssen, ist davon abhängig, in welcher Versorgungsform (ambulant oder stationär) die Fälle aufgetreten sind.

Ambulant:

Für den Zeitraum des jeweiligen abgefragten Quartals wird die Gesamtzahl der ambulant versorgten GKV-versicherten Kinder u. Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahre (unabhängig von MeKidS.best) in allen am Selektivvertrag teilnehmenden Abteilungen/Kliniken der Einrichtung erfragt. Dabei ist es unerheblich, wie viele Kontakte/Vorstellungen zu einem Fall stattgefunden haben. Diese Zahl entspricht somit der Gesamtzahl der ambulanten GKV-Abrechnungsfälle für das abgefragte Quartal.

Stationär:

Für den Zeitraum des jeweiligen abgefragten Quartals wird die Gesamtzahl der GKV-versicherten Kinder u. Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahre (unabhängig von MeKidS.best), die im Erhebungszeitraum in allen am Selektivvertrag teilnehmenden Abteilungen/Kliniken der Einrichtung (prä-, post-, teil-)stationär versorgt und entlassen wurden, erfragt.

Versorgungsform ambulant: Welche Items werden in der Falltabelle zu jedem MeKidS.best Fall abgefragt?

Es werden folgende Items in der Falltabelle abgefragt:

(1) Liste von MeKidS.best Fällen, zu denen im abgefragten Quartal eine kinderschutzbezogene Versorgungsleistung erbracht worden ist
(2) Einordnung, ob ein MeKidS.best Fall zum Ende des abgefragten Quartals abgeschlossen ist (ja/nein)
(3) Kategorisierung der MeKidS.best Fälle bezogen auf den Zeitpunkt zum Ende des abgefragten Quartals
(4) T74.-Kodierung der MeKidS.best Fälle bezogen auf den Zeitpunkt zum Ende des abgefragten Quartals

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



Zurück

Weiter

Wichtig!	Die Abfragen zu den Items beziehen sich dabei immer ausschließlich auf das abgefragte Quartal. Es ist also irrelevant, was im vorangegangenen Quartal zu diesem MeKidS.best Fall geleistet oder dokumentiert wurde.

Erläuterung zu Item (1):

Ein MeKidS.best Fall geht nur dann in die Falltabelle (ambulant) ein, wenn im abgefragten Quartal ambulante kinderschutzbezogene Leistungen erbracht wurden.

Unter die kinderschutzbezogenen Versorgungsleistungen im ambulanten Bereich fallen alle Leistungen, die im Rahmen der Vorstellung(en) des Kindes in der Ambulanz erbracht werden. Weiterhin kann es Leistungen geben (z.B. telefonische Kontakte mit der Familie, Fallbesprechungen mit einem nach- oder vorversorgenden Akteur oder Gespräche mit dem Jugendamt), die ohne direkten Patientenkontakt in dem betreffenden Quartal erbracht werden. Diese Kontakte bilden hier **keinen** zu zählenden MeKidS.best Fall im Sinne der Inzidenzerhebung.

Die MeKidS.best Fälle werden für die Inzidenzerhebung pro Quartal EINMAL gezählt, sofern eine kinderschutzbezogene Leistung erbracht wurde. Dabei ist es unerheblich, wie viele Kontakte/Vorstellungen zu einem Fall stattgefunden haben.

Wichtig!	Wenn zu einem MeKidS.best Fall KEINE KINDERSCHUTZBEZOGENE Leistung in dem abgefragten Quartal erbracht wurde, wird dieser Fall auch nicht in der Falltabelle aufgeführt. Leistungen ohne Kinderschutzbezug sind für die Eintragung in die Falltabelle irrelevant.

Erläuterung zu Item (2):

Ein MeKidS.best Fall, bei dem der behandelnden Kinder- und Jugendarzt erwartet, dass zukünftig KEINE kinderschutzbezogenen Leistungen entsprechend der Leistungsbeschreibung des Selektivvertrags durch die MeKidS.unit (ambulant) mehr erbracht werden wird, und den er demnach als abgeschlossen einstuft. Dies gilt auch für MeKidS.best Fälle, die an den stationären Bereich der units weitergeleitet werden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wichtig!	Im Falle einer stationären Weiterbehandlung nach vorangegangener ambulanter Versorgung ist zu klären, wie der Fall im Controlling/bei der Abrechnung geführt wird. Erfolgt eine Zusammenlegung der Fälle, verbleibt die Zählung bei der entlassenden Einheit. Dies kann je nach Krankenhaus und den hausspezifischen Abrechnungsregeln variieren. In einigen Häusern wird kein neuer Fall generiert, sondern der ambulante mit dem stationären Fall zusammengelegt. In diesem Szenario wird der Fall dann nur in der stationären Versorgungsform mit Zeitpunkt der Entlassung gezählt.

Ein MeKidS.best Fall, der als abgeschlossen eingestuft wird, kann in den Folgequartalen nicht mehr in der Inzidenzerhebung geführt werden.

Dennoch ist es natürlich möglich, dass ein MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde, das Kind jedoch in späteren Quartalen erneut wegen des Verdachts bzw. wegen einer Kindeswohlgefährdung vorstellig wird. Dann handelt es sich um einen NEUEN MeKidS.best Fall, der wiederum erneut in die Inzidenzerhebungsbögen Eingang findet.

Erläuterung zu Item (3):

Das Projekt MeKidS.best ist durch den Innovationsfonds als Förderer angehalten, eine Kategorisierung der MeKidS.best Fälle hinsichtlich der folgenden Kategorien vorzunehmen:

a) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht
b) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen könnte
c) Einschätzung, dass keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindewohls besteht

Die Einordung muss sich dabei immer auf den Zeitpunkt zum ENDE des abgefragten Quartals beziehen. Ein MeKidS.best Fall, der in dem abgefragten Quartal nicht als abgeschlossen eingestuft wird, wird dabei automatisch vom System in die Kategorie B einsortiert, da der Abklärungsprozess im nachfolgenden Quartal/in nachfolgenden Quartalen fortgeführt wird.

Erläuterung zu Item (4):

Für alle MeKidS.best Fälle, die in der Falltabelle dokumentiert werden, wird zusätzlich abgefragt, ob eine T74.- Kodierung vergeben wurde. Auswählbar sind sowohl die Subkategorien (T74.0-9) als auch für die ambulante Versorgungsform die Kodierzusätze (A, G, V).

Versorgungsform stationär: Welche Items werden in der Falltabelle zu jedem MeKidS.best Fall abgefragt?

Es werden folgende Items in der Falltabelle abgefragt:

(1) Liste von entlassenen MeKidS.best Fällen, zu denen im abgefragten Quartal eine kinderschutzbezogene Versorgungsleistung stationär (inkl. prä-, post-, teilstationär) erbracht worden ist
(2) Kategorisierung der entlassenen MeKidS.best Fälle bezogen auf den Zeitpunkt zum Ende des abgefragten Quartals
(3) T74.-Kodierung der entlassenen MeKidS.best Fälle bezogen auf den Zeitpunkt zum Ende des abgefragten Quartals



Wichtig!	Die Abfragen zu den Items beziehen sich dabei immer ausschließlich auf das abgefragte Quartal. Relevant ist ausschließlich das Entlassdatum, so dass der Fall nur dann gezählt werden kann, wenn das Entlassdatum in dem entsprechenden Quartal liegt.

Erläuterung zu Item (1):

Ein Fall geht nur dann in die Falltabelle (stationär) ein, wenn im Rahmen des (prä-, post-, teil-) stationären Aufenthaltes kinderschutzbezogene Leistungen erbracht wurden und wird für das Quartal in der Inzidenzberechnung berücksichtigt, in dem der Fall entlassen wurde.

Die MeKidS.best Fälle werden für die Inzidenzerhebung nur bei Entlassung gezählt und werden dem Quartal zugerechnet, in dem das Entlassdatum liegt. Sollte in einem Quartal ein(e) Patient(in) zum zweiten Mal aus Kinderschutzgründen stationär behandelt und entlassen werden. So darf dieser Fall auch ein zweites Mal für das entsprechende Quartal gezählt werden.

Für die Baselineerhebung (Quartale 3/4 2020) können auch solche Fälle mit in die Falltabelle aufgenommen werden, die vor dem 01.07.2020 stationär aufgenommen, aber im Zeitraum 01.07.2020 bis 31.12.2020 entlassen wurden. Diese sind dann je nach Entlassdatum dem entsprechenden Quartal zuzuordnen.

Wichtig!	Vorstationäre, nachstationäre oder teilstationäre Leistungen sind den jeweiligen stationären MeKidS.best-Fällen zuzuordnen. Im Falle einer stationären Weiterbehandlung nach vorangegangener ambulanter Versorgung ist zu klären, wie der Fall im Controlling/bei der Abrechnung geführt wird. Erfolgt eine Zusammenlegung der Fälle, verbleibt die Zählung bei der entlassenden Einheit. (s.o.) Eine nachstationäre Behandlung (binnen 14 Tage nach Entlassung) wird dem entlassenen Fall zugerechnet. Über diesen Zeitraum hinausgehende Vorstellungen mit kinderschutzbezogenen Leistungen werden als neuer (ambulanter) Fall gewertet.

Erläuterung zu Item (2):

Das Projekt MeKidS.best ist durch den Innovationsfonds als Förderer angehalten, eine Kategorisierung der MeKidS.best Fälle hinsichtlich der folgenden Kategorien vorzunehmen:

a) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht
b) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen könnte
c) Einschätzung, dass keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindewohls besteht

Erläuterung zu Item (3):

Für alle entlassenen MeKidS.best Fälle, die in dem jeweiligen Inzidenzerhebungsbogen dokumentiert werden, wird zusätzlich abgefragt, ob eine T74.- Kodierung vergeben wurde. Auswählbar sind auch die Subkategorien (T74.0-9).

Teil A: Fallzahl

A1. Gesamtzahl der versorgten GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre) im Quartal:

Teil B: Falltabelle 3. Quartal 2020

Einige Antwortmöglichkeiten bedingen eine Antwort in einer anderen Spalte. In diesem Fall wird die entsprechende Antwort direkt ausgewählt und der Antworttext in grau hinterlegt. Die ggf. verbleibenden Felder müssen weiterhin ausgefüllt werden.

B1.

Füllen Sie die Tabelle mit den in Ihrer MeKidS.Praxis aufgetretenen Inzidenzen.

Neue Zeilen können mittels des „+"-Zeichen hinzugefügt werden

abgeschlossen	
Kategorie	
T74. Diagnosen	
Kodierzusatz	

Teil C: Fast geschafft

Wenn Sie alle entsprechenden Daten eingegeben haben, beenden Sie die Dateneingabe, indem Sie auf "Absenden" klicken.

Vielen Dank!

Ausfüllhilfe zum Inzidenzerhebungsbogen (FAQ)

MeKidS.Praxen

Was ist unter einen MeKidS.best Fall zu verstehen?

Ein MeKidS.best Fall ist folgendermaßen definiert (= Einschlusskriterien in die Versorgungsstudie):

- → Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren
- → UND bei denen Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
- → UND bei denen ein Abklärungsprozess initiiert wird
- → UND die gesetzlich krankenversichert sind.

Demnach sind Kinder und Jugendliche, bei denen eines der nachfolgenden Kriterien zutrifft, vom Einschluss in die Versorgungsstudie ausgeschlossen, so dass sie auch nicht unter dem Begriff des MeKidS.best Falls gefasst werden (= Ausschlusskriterien):

- → Patienten ≥ 18 Jahre
- → ODER bei denen keine Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
- → ODER bei denen kein Abklärungsprozess initiiert wird
- → ODER die privatversichert oder nicht krankenversichert sind

Was ist unter einer kinderschutzbezogenen Leistung zu verstehen?

Mit kinderschutzbezogenen Leistungen sind Leistungen gemeint, die im Rahmen eines Abklärungsprozesses zu einem MeKidS.best-Fall durch die MeKidS.Praxis erbracht werden.

Wichtig!	Im Inzidenzerhebungsbogen dürfen ausschließlich MeKidS.best-Fälle dokumentiert werden, für die im abgefragten Quartal auch kinderschutzbezogene Leistungen erbracht wurden. Sollten die Kinder also im abgefragten Quartal nicht vorstellig geworden sein oder sollten bei der (den) Vorstellung(en) ausschließlich nicht-kinderschutzbezogene Leistungen erbracht worden sein, fließen diese Fälle nicht in diese Inzidenzerhebung ein (Falltabelle). Dabei ist es irrelevant, was im vorangegangenen Quartal zu diesem MeKidS.best Fall geleistet oder dokumentiert wurde.

Woher bekomme ich meinen Zugangscode?

Der Zugangscode wurde Ihnen über MedEcon Ruhr per Mail zur Verfügung gestellt und ist sowohl für jeden Link zur Inzidenzerhebung als auch später für den Link zur fallbezogenen Dokumentation und für den Link zur Strukturerhebung gültig. Sollten Sie Probleme mit der Verwendung des Zugangscodes haben, wenden Sie sich bitte an:

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Dr. Antje Hammer (BVKJ)
M. +49 172.385 0819
antje.hammer@uminfo.de

Auf welchen Zeitraum beziehen sich die Inzidenzerhebungsbögen?

Die Inzidenzerhebungsbögen beziehen sich immer auf ein konkretes Quartal. D.h., dass alle abgefragten Items immer nur für dieses eine Quartal beantwortet werden dürfen. Für vorangegangene bzw. nachfolgende Quartale werden jeweils eigene Inzidenzerhebungsbögen (bzw. Links) zur Verfügung gestellt.

Für den Inzidenzerhebungsbogen für die Baselinephase erhalten Sie zwei separate Links. Einen Link für das Quartal 3/2020 und einen für das Quartal 4/2020.

Zu welchen Zeitpunkten werden die Inzidenzerhebungsbögen ausgefüllt?

Die Inzidenzerhebungsbögen werden für die Baselinephase Mitte Januar 2021 und für die Erprobungsphase jeweils in der ersten Woche des Nachfolgequartals zum abgefragten Zeitraum zur Verfügung gestellt.

Abgefragter Zeitraum	Zustellung des Links zum passenden Inzidenzerhebungsbogen	auszufüllen bis....
Baseline (01.07. – 31.12.2020)	zu Beginn der dritten bzw. vierten Januarwoche 2021	07.02.2021
Q1/2021 (01.01. – 31.03.2021)	zu Beginn der ersten Aprilwoche 2021	zum Ende der zweiten Aprilwoche 2021
Q2/2021 (01.04. – 30.06.2021)	zu Beginn der ersten Juliwoche 2021	zum Ende der zweiten Juliwoche 2021
Q3/2021 (01.07. – 30.09.2021)	zu Beginn der ersten Oktoberwoche 2021	zum Ende der zweiten Oktoberwoche 2021
Q4/2021 (01.10. – 31.12.2021)	zu Beginn der ersten Januarwoche 2022	zum Ende der zweiten Januarwoche 2022
Q1/2022 (01.01. – 31.03.2022)	zu Beginn der ersten Aprilwoche 2022	zum Ende der zweiten Aprilwoche 2022
Q2/2022 (01.04. – 30.06.2022)	zu Beginn der ersten Juliwoche 2022	zum Ende der zweiten Juliwoche 2022
Q3/2022 (01.07. – 30.09.2022)	zu Beginn der ersten Oktoberwoche 2022	zum Ende der zweiten Oktoberwoche 2022
Q4/2022 (01.10. – 31.12.2022)	zu Beginn der ersten Januarwoche 2023	zum Ende der zweiten Januarwoche 2023

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Warum wird eine Gesamtzahl der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen abgefragt?

Um die Inzidenz berechnen zu können, bedarf es neben der Anzahl in der MeKidS.Praxis versorgten MeKidS.best Fälle, für die im entsprechenden Quartal Leistungen abgerechnet wurden, auch einer Bezugsgröße, also einer Grundgesamtheit, zu der die versorgten MeKidS.best Fälle ins Verhältnis gesetzt werden können. Diese Grundgesamtheit bezieht sich (in Abgrenzung zu den MeKidS.best Fällen) auf die Gesamtzahl, der für dieses Quartal abzurechnenden Fälle für alle GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen (0-17 Jahre).

Worauf bezieht sich die Falltabelle?

Die Falltabelle stellt die Liste von MeKidS.best Fällen dar, zu denen im abgefragten Quartal eine kinderschutzbezogene Versorgungsleistung erbracht wurde.

Ein MeKidS.best Fall geht nur dann in die Falltabelle ein, wenn im abgefragten Quartal kinderschutzbezogene Leistungen erbracht wurden.

Unter die kinderschutzbezogenen Versorgungsleistungen fallen alle Leistungen, die im Rahmen der Vorstellung(en) des Kindes in der Praxis erbracht werden. Weiterhin kann es Leistungen geben (z.B. telefonische Kontakte mit der Familie, Fallbesprechungen mit einem nach- oder vorversorgenden Akteur oder Gespräche mit dem Jugendamt), die OHNE direkten Patientenkontakt in dem betreffenden Quartal erbracht werden. Diese Kontakte bilden hier **keinen** zu zählenden MeKidS.best Fall im Sinne der Inzidenzerhebung.

Die MeKidS.best Fälle werden für die Inzidenzerhebung pro Quartal EINMAL gezählt, sofern eine kinderschutzbezogene Leistung erbracht wurde. Dabei ist es unerheblich, wie viele Kontakte/Vorstellungen zu einem Fall stattgefunden haben.

Wichtig!	Wenn zu einem MeKidS.best Fall KEINE KINDERSCHUTZBEZOGENE Leistung in dem abgefragten Quartal erbracht wurde, wird dieser Fall auch nicht in der Falltabelle aufgeführt. Leistungen ohne Kinderschutzbezug sind für die Eintragung in die Falltabelle irrelevant.

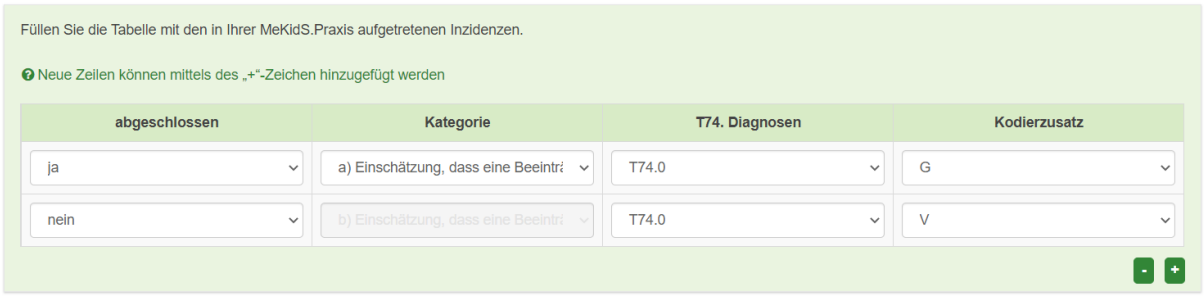
Welche Items werden in der Falltabelle zu jedem MeKidS.best Fall abgefragt?

Die Falltabelle stellt die Liste von MeKidS.best Fällen dar, zu denen im abgefragten Quartal eine kinderschutzbezogene Versorgungsleistung erbracht wurde.

Es werden folgende Items in der Falltabelle abgefragt:

(1) Einordnung, ob ein MeKidS.best Fall zum Ende des abgefragten Quartals abgeschlossen ist (ja/nein)
(2) Kategorisierung der MeKidS.best Fälle bezogen auf den Zeitpunkt zum Ende des abgefragten Quartals
(3) T74.-Kodierung der MeKidS.best Fälle bezogen auf den Zeitpunkt zum Ende des abgefragten Quartals

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



Wichtig!	Die Abfragen zu den Items beziehen sich immer ausschließlich auf das abgefragte Quartal. Es ist also irrelevant, ob bzw. was im vorangegangenen Quartal zu diesem MeKidS.best Fall geleistet oder dokumentiert wurde.

Erläuterung zu Item (1):

Ein MeKidS.best Fall, bei dem der behandelnde Kinder- und Jugendarzt erwartet, dass zukünftig KEINE kinderschutzbezogenen Leistungen entsprechend der Leistungsbeschreibung des Selektivvertrags durch die MeKidS.Praxis mehr erbracht werden, und den er demnach als abgeschlossen einstuft, gilt als abgeschlossen. Dies gilt auch für MeKidS.best Fälle, die an einen stationären Versorger weitergeleitet werden.

Ein MeKidS.best Fall, der als abgeschlossen eingestuft wird, kann in den Folgequartalen nicht mehr in der Inzidenzerhebung geführt werden.

Dennoch ist es natürlich möglich, dass ein MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde, das Kind jedoch in späteren Quartalen erneut wegen des Verdachts bzw. wegen einer Kindeswohlgefährdung vorstellig wird. Dann handelt es sich um einen NEUEN MeKidS.best Fall, der wiederum erneut in die Inzidenzerhebungsbögen Eingang findet.

Erläuterung zu Item (2):

Das Projekt MeKidS.best ist durch den Innovationsfonds als Förderer angehalten, eine Kategorisierung der MeKidS.best Fälle hinsichtlich der folgenden Kategorien vorzunehmen:

a) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls EINGETRETEN IST bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl BESTEHT
b) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls EINGETRETEN SEN KÖNNTE bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls BESTEHEN KÖNNTE
c) Einschätzung, dass KEINE Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. KEINE Gefährdung des Kindewohls besteht

Die Einordung muss sich dabei immer auf den Zeitpunkt zum ENDE des abgefragten Quartals beziehen. Ein MeKidS.best Fall, der in dem abgefragten Quartal nicht als abgeschlossen eingestuft wird, wird dabei automatisch vom System in die Kategorie B einsortiert, da der Abklärungsprozess im nachfolgenden Quartal/in nachfolgenden Quartalen fortgeführt wird.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Erläuterung zu Item (3):

Für alle MeKidS.best Fälle, die in der Falltabelle dokumentiert werden, wird zusätzlich abgefragt, ob eine T74.- Kodierung vergeben wurde. Auswählbar sind sowohl die Subkategorien (T74.0-9) als auch die Kodierzusätze (A, G, V).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 4: Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation

- **Anlage 4a**: FED-Fragebogen units_final
- **Anlage 4aa:** MeKidS.units fallbez. Evaluation_Item 3 und 4 gesamt
- **Anlage 4ab:** Manual FED units Erprobung_final
- **Anlage 4ac**: Manual FED units Baseline_final
- **Anlage 4ad:** Ausfüllhilfe FED units
- **Anlage 4b:** FED-Fragebogen Praxen_final
- **Anlage 4ba**: Ausfüllhilfe FED Praxen

Befragung zu den MeKidS.best-Fällen

Fallbezogene Evaluation der MeKidS.units - Erprobungsphase

Bitte lesen Sie sich die Fragen in Ruhe durch und beantworten Sie diese auf Basis Ihrer Dokumentation zum jeweiligen MeKidS.best-Fall. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Die im Rahmen dieser Erhebung erhobenen Daten werden in anonymisierter Form elektronisch erfasst. Der Link kann für alle MeKidS.best-Fälle fortwährend genutzt werden. Jeder Fall muss durchgehend eingegeben und abgeschlossen werden. Eine Zwischenspeicherung der Eingaben ist nicht möglich. Vermeiden Sie längerfristige Inaktivität, da sonst der Computer in den Ruhemodus wechselt und damit Datenverlust einhergeht. Prüfen Sie bitte, dass Ihnen alle erforderlichen Angaben vorliegen. Nach erfolgreichem Abschluss der kompletten Dateneingabe kann der nächste MeKidS.best-Fall eingegeben werden. Dies geschieht über den gleichen Link und das gleiche Universalpasswort.

Hinter einigen Begriffen findet sich ein i-Punkt. Hier haben Sie die Möglichkeit durch einen Mausklick weitere Definitionen, Erläuterungen und Beispiele zu dem Begriff anzuzeigen.

Aus Gründen der Lesbarkeit sind im Folgenden, unabhängig der gewählten Formulierung, immer alle Geschlechter gemeint.

Prüfung des Einschlusskriteriums

Da das Projekt MeKidS.best durch den Innovationsfonds gefördert wird, können in der Evaluation nur Patienten berücksichtigt werden, die gesetzlich krankenversichert sind. Ein Patient, der nicht oder privat versichert ist, kann nicht in die Studie eingeschlossen werden

A1 Ist der Patient gesetzlich krankenversichert?

☐ ja

☐ nein (Der Fall entspricht nicht den Einschlusskriterien für diese Studie. Sie können diese Seite jetzt schließen. Wenn Sie auf "Zurück" klicken, können Sie Ihre Einstellung ändern und direkt mit dem nächsten MeKidS.best Fall beginnen.

Allgemeine Angaben

A2 Bitte geben Sie das Jahr an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:

☐ 2020

A21: Bitte geben Sie das Quartal an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:

☐ 3/2020
☐ 4/2020

☐ 2021

A22: Bitte geben Sie das Quartal an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:

☐ 1/2021
☐ 2/2021
☐ 3/2021
☐ 4/2021

☐ 2022

A23: Bitte geben Sie das Quartal an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:

☐ 1/2022
☐ 2/2022
☐ 3/2022
☐ 4/2022

A3 Alter des Patienten (zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung)

☐ < 18 Monate
☐ 18 bis < 36 Monate
☐ 36 Monate bis < 6 Jahre
☐ 6 bis <12 Jahre
☐ 12 bis < 18 Jahre

A4 Geschlecht

☐ männlich
☐ weiblich

A5 Wurden die Kontaktdaten der Personensorgeberechtigten des Patienten vollständig erfasst?

☐ ja
☐ nein

A6 Wie erfolgte der Abklärungsprozess hauptsächlich? [Anmerkung: *Bei stationärer Aufnahme soll nur die stationäre Versorgung (inkl. prä-/ teil-/ und poststationäre Versorgung) in dieser Frage angegeben und im Folgenden evaluiert werden.]*

☐ rein ambulant

A61 Über wie viele Quartale verlief der Abklärungsprozess (von Prozessinitiierung bis Fallabschluss)? [Anmerkung: Dabei spielt es keine Rolle, ob das Kind in jedem Quartal gesehen wurde]

☐ 1 Quartal
☐ 2 Quartale

Kommentiert [AW1]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [LK2]: I: Zur vollständigen Erfassung zählen Name und Adresse

Kommentiert [PB3]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [PB4]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [PB5]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [PB6]: I: Einleitung des Abklärungsprozess zur Gefährdungseinschätzung

☐ 3 Quartale
☐ 4 Quartale
☐ 5 Quartale
☐ 6 Quartale
☐ 7 Quartale
☐ 8 Quartale
☐ 9 Quartale
☐ 10 Quartale
☐ > 10 Quartale

A62 Bitte geben Sie an, wie viele Vorstellungen während des gesamten Abklärungsprozesses stattgefunden haben?
☐ 1 Vorstellung
☐ 2 - 3 Vorstellungen
☐ 4 - 5 Vorstellungen
☐ > 5 Vorstellungen

Kommentiert [AW7]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

A63 Wann erfolgte die erste ambulante Vorstellung?

☐ Innerhalb der Regelarbeitszeiten
☐ Außerhalb der Regelarbeitszeiten

Kommentiert [PB8]: I: Arbeitszeiten innerhalb der Regelarbeitszeiten = Kernarbeitszeit Montag bis Freitag

Kommentiert [PB9]: I: Mit Dienstbesetzung, d.h. außerhalb der Kernarbeitszeit Montag bis Freitag und am Wochenende bzw. am Feiertag

A64 Gab es im Verlauf des Falls Leistungen, die über das SPZ erbracht wurden?
☐ ja ☐ nein

☐ stationär (auch nach zunächst ambulanter Vorstellung)

A65 Aufenthaltsdauer
☐ 1 - 2 Tage
☐ 3 - 5 Tage
☐ > 5 Tage

A66 Wie wurde die Lebensgefährdung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eingeschätzt?

☐ ohne akute Lebensgefährdung

A661 Wenn keine akute Lebensgefährdung bestand:
Welcher Grund / welche Gründe führten zu einer stationären Aufnahme?
☐ Nur organische Indikation
☐ Nur Kinderschutzfragestellung
☐ Organische Indikation und Kinderschutzfragestellung

☐ mit akuter Lebensgefährdung

A67 Ist die stationäre Aufnahme in Kooperation mit Behörden (Jugendamt, Polizei, Staatsanwaltschaft, Familiengericht) erfolgt?
☐ Ja
☐ Nein

A671 Wenn A67 ja: Welche Institution(en) war(en) involviert? (Mehrfachnennungen möglich)
☐ Jugendamt
☐ Polizei
☐ Staatsanwaltschaft

☐ Familiengericht
☐ Nicht dokumentiert

A68 Wann erfolgte die stationäre Aufnahme?

☐ Innerhalb der Regelarbeitszeiten
☐ Außerhalb der Regelarbeitszeiten

A7 Wie kam der Verdacht, der den Abklärungsprozess einleitete, zustande?
☐ Verdacht innerhalb der MeKidS.unit
☐ Verdacht außerhalb der MeKidS.unit
☐ Nicht dokumentiert

Wenn außerhalb der MeKidS.unit:
A71 Bitte geben Sie an, durch wen der Verdacht zustande kam:
☐ Eltern / Personensorgeberechtigte
☐ Kind/Jugendlicher
☐ andere MeKidS.unit inkl. Ambulanzen und Sozialpädiatrisches Zentrum
☐ anderes Krankenhaus inkl. Ambulanzen und Sozialpädiatrisches Zentrum
☐ niedergelassener Arzt/Zahnarzt
☐ Psychologe/Psychotherapeut oder andere Therapeuten
☐ Frühförderstellen
☐ Öffentlicher Gesundheitsdienst
☐ Jugendamt
☐ Familiengericht/Strafgericht
☐ Polizei
☐ Sonstige

A8 Bitte geben Sie an, ob zu irgendeinem Zeitpunkt des Abklärungsprozesses eine Inobhutnahme durch das Jugendamt bestand?

☐ ja
☐ nein

A9 *Zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung*: Welche/r Hinweis/e hat/haben zur Prozessinitiierung geführt (Mehrfachnennung möglich)?

☐ Untersuchung / Beobachtung des bzw. Gespräch mit dem Kind(es)/Jugendlichen
A91: Welche(r) Hinweis(/e) lagen aufgrund der Untersuchung / Beobachtung des Kindes / Jugendlichen bzw. des Gesprächs mit dem Kind / Jugendlichen vor?
☐ Körperliche(r) Hinweis(e)
☐ Verhaltenshinweis(e)
☐ Verbale(r) Hinweis(e) des Kindes/des Jugendlichen zu einer Gefährdung

☐ Gespräche /Information mit den bzw. Beobachtung der Eltern/Personensorgeberechtigten
A92: Welche(r) Hinweis(/e) lagen aufgrund der Gespräche mit den bzw. Information / Beobachtung der Eltern / Personensorgeberechtigten vor?
☐ Familiäre Belastungssituation
☐ Verhaltenshinweis(e)
☐ Information der Eltern / Personensorgeberechtigten zu einer Gefährdung

☐ Hinweis(e) durch Dritte
☐ Nicht dokumentiert

A10 Welche Hinweise / Verdachtsmomente auf welche Form der Kindeswohlgefährdung liegen jeweils am ehesten bzw. vorwiegend vor (unter Berücksichtigung des gesamten Abklärungsprozesses)?

Kommentiert [AW10]: I: Arbeitszeiten innerhalb der Regelarbeitszeiten = Kernarbeitszeit Montag bis Freitag

Kommentiert [AW11]: I: Mit Dienstbesetzung, d.h. außerhalb der Kernarbeitszeit Montag bis Freitag und am Wochenende bzw. am Feiertag

Kommentiert [PB12]: I: Verdacht innerhalb der MeKidS.unit

Kommentiert [PB13]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW14]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [LK15]: I: Zu den MeKidS.Units gehören die folgenden:

Katholisches Klinikum gGmbH Bochum (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln - Universität Witten / Herdecke, Klinikum Dortmund (Westfälisches Kinderzentrum Dortmund), Helios Klinikum Duisburg (Kinder- und Jugendklinik), Elisabeth-Krankenhaus Essen (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Bergmannsheil und Kinderklinik Buer (Gelsenkirchen - Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Evangelisches Krankenhaus Oberhausen (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Marien Hospital Witten (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Helios ...

Kommentiert [LK16]: I: alle Krankenhäuser außer.die MeKidS.Units. ...

Kommentiert [AW17]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess ...

Kommentiert [PB18]: I: Einleitung des Abklärungsprozess zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW19]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die ...

Kommentiert [AW20]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die ...

Kommentiert [LK21]: I:
Bei dieser Antwortmöglichkeit sind als Dritte diejenigen gemeint, die nicht Eltern / Personensorgeberechtigte sind

Kommentiert [AW22]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess ...

(Anmerkung: Bitte entscheiden Sie sich im Fall von Hinweisen auf *mehrere* Arten von Kindeswohlgefährdung für die Ihrer Ansicht nach relevanteste, schwerwiegendste bzw. in der Abklärung aufwändigste Form)

☐ Misshandlungsverdächtigte Hämatome

☐ Misshandlungsverdächtigte Frakturen

☐ Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung

☐ Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma

☐ Sexueller Missbrauch

☐ Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen

☐ Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung / emotionale Misshandlung

A12 Gibt es neben dem in A10 angekreuzten führenden Hinweis/Verdachtsmoment weitere Hinweise während des gesamten Abklärungsprozesses auf eine Kindeswohlgefährdung?

☐ Ja, weitere der genannten Hinweise/Verdachtsmomente

☐ Ja, keine der genannten Hinweise/Verdachtsmomente aber andere weitere Hinweise

☐ Nein

☐ Nicht dokumentiert

A11 *Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses:* Bitte geben Sie Ihre Gefährdungseinschätzung des Kindes/des Jugendlichen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses an:

☐ Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten ist** bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl **besteht**

☐ Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten sein könnte** bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls **bestehen könnte**

☐ Einschätzung, dass **keine** Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht

A13 Wurde erfasst, ob es Kontaktkinder gibt (Geschwister, Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister oder andere Kinder/Jugendliche, die dasselbe Betreuungssetting teilen)?

☐ Ja, es wurde erfasst und es gibt Kontaktkinder

A131 Wurde diskutiert, ob eine Indikation für eine körperliche Untersuchung und/oder bildgebende Diagnostik bei den Kontaktkindern besteht?

☐ Ja, wurde diskutiert, es besteht eine Indikation

A132 Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?
☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht dokumentiert

☐ Ja, wurde diskutiert, es besteht keine Indikation

☐ Nein, es wurde nicht diskutiert

☐ Nicht dokumentiert

Kommentiert [AW23]: Erscheinen in Lime Survey in der Reihenfolge A12 und dann erst A11

Kommentiert [AW24]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [LK25]: I: bezieht sich auf die genannten Hinweise/Verdachtsmomente der vorherigen Frage

Kommentiert [LK26]: I: Weitere Hinweise bedeuten in diesem Kontext weitere Hinweise als die genannten Hinweise/Verdachtsmomente der vorherigen Frage

☐ Ja, es wurde erfasst und es gibt keine Kontaktkinder
☐ Nein, es wurde nicht erfasst

A14 Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses: Wurde der Fall als T.74 (ICD-10) kodiert?

☐ Ja
☐ Nein

A141 Warum erfolgte eine solche Kodierung nicht?

☐ keine passende Kodierung

☐ fehlende Transparenz gegenüber den Versicherten (Kind/Jugendlichen/Eltern/Personensorgeberechtigten)

☐ mit den Versicherten (Kind/Jugendlichen/Eltern/Personensorgeberechtigten) nicht besprochen

☐ Angst vor den Konsequenzen in Bezug auf Aktenkundigkeit

☐ Sonstiges

☐ Nicht dokumentiert

Kommentiert [AW27]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [AW28]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

MeKidS best
Medizinischer Kinderschutz

Wichtige Information zum Ausfüllen

Nehmen Sie sich bitte einen Augenblick und lesen Sie sich die folgenden Zeilen in Ruhe durch.
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden.
Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

Anamnese, Untersuchung und Gespräche

Anamnese / körperliche Untersuchung

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden.
Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

B1 Wurde eine Anamnese und / oder körperliche Untersuchung durchgeführt? ☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn ja: B11 Was wurde durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich) ☐ Symptomorientierte Anamnese ☐ Eigenanamnese ☐ Familienanamnese ☐ Gerinnungsanamnese ☐ Sozialanamnese ☐ Anamnese zu Vorsorge und Impfungen ☐ Körperliche Untersuchung ☐ Fotodokumentation	**B12 Welche Berufsgruppe war beteiligt?** ☐ Arzt **Stationär: B1211 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 55 Minuten ☐ 56 - 65 Minuten ☐ 66 - 75 Minuten ☐ > 75 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: B1212 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Pflegekraft **Stationär: B1211 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 55 Minuten ☐ 56 - 65 Minuten ☐ 66 - 75 Minuten ☐ > 75 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**

Kommentiert [AW29]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD30]: I = hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte bei stationären Fällen bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint

Kommentiert [AW31]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess

Kommentiert [SD32]: I = hiermit sind alle prä-/teil-

Kommentiert [SD44]:

Kommentiert [PB33]: I: Anamnese zum aktuellen

Kommentiert [SD45]: **Anmerkung für Programmierung**

Kommentiert [PB34]: I: Anamnese zu grundsätzlichen

Kommentiert [SD46]: I = Bitte geben Sie an, wie viel

Kommentiert [PB35]: I: Anamnese zur

Kommentiert [SD47]: **Grundsätzliche Information:**

Kommentiert [PB36]: I: Anamnese bzgl. Einer

Kommentiert [SD48]: I = Bitte geben Sie an, wie viel

Kommentiert [PB37]: I: Anamnese in Bezug auf das

Kommentiert [PB38]: I: Anamnese zu stattgehabten

Kommentiert [SD49]: I = Die Zeit bezieht sich auf die

Kommentiert [SD50]: I = Bitte geben Sie an, wie viel

Kommentiert [SD51]: **Grundsätzliche Information:**

	B111 Wenn körperl. Untersuchung angekreuzt wurde: Haben Sie das Kind/den Jugendlichen in der körperlichen Untersuchung vollständig entkleiden lassen? ☐ Ja, Untersuchung am vollständig entkleideten Kind/Jugendlichen erfolgt mit anogenitaler Inspektion ☐ Ja, Untersuchung am vollständig entkleideten Kind/Jugendlichen OHNE anogenitaler Inspektion erfolgt. ☐ Nein, Untersuchung nur am teilweise entkleideten Kind/Jugendlichen erfolgt ☐ Keine Angabe möglich **B112** Bitte geben Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Untersuchung inkludiert waren: (Mehrfachnennung möglich) ☐ Perzentilenberechnung ☐ Pflegestatus inkl. enoraler Status/ Zahnstatus ☐ Neurologischer Status ☐ Motorischer Entwicklungsstatus ☐ Nicht dokumentiert Wenn „inkl. Fotodokumentation angekreuzt wurde“ die folgende Frage ergänzen: **B113** Wurde die Fotodokumentation vollständig dokumentiert? ☐ Ja ☐ Nein	**Ambulant: B1212 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **B123 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 – 40 Minuten ☐ 41 – 50 Minuten ☐ 51 – 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **B124 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 – 40 Minuten ☐ 41 – 50 Minuten ☐ 51 – 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ professioneller (zertifizierter) Dolmetscher: **Stationär: B1251 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 55 Minuten ☐ 56 - 65 Minuten ☐ 66 - 75 Minuten ☐ > 75 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: B1252 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 75 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **B126 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 – 40 Minuten ☐ 41 – 50 Minuten ☐ 51 – 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	B12XX War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt? Arzt ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert Pflegekraft ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	Wenn ja: **B12XX1** Bitte geben Sie den Umfang an, in dem die(se) Person(en) am Vorgang beteiligt war(en): ☐ 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert ☐ 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei

Kommentiert [SD52]: I = Bitte geben Sie an, wie viel Zeit Sie insgesamt für die Anamnese im gesamten Fall aufgewendet haben.

Kommentiert [AW39]: I: Hiermit ist nicht gemeint, dass das Kind/der Jugendliche zeitgleich nackt ausgezogen ist, sondern dass jeder Körperbereich untersucht wurde und alle Körperbereiche entkleidet gesehen wurden. Zudem geht es darum, ob das Ziel des Untersuchenden die vollständig entkleidete Untersuchung war. Dies kann auch angekreuzt werden, wenn die Ablehnung des Kindes dazu führte, dass keine vollständige Untersuchung möglich war.

Kommentiert [AW40]: I: Hiermit ist nicht gemeint, dass das Kind/der Jugendliche zeitgleich nackt ausgezogen ist, sondern dass jeder Körperbereich untersucht wurde und a ...

Kommentiert [AW41]: I: Es geht darum, ob das Ziel des Untersuchenden die teilweise entkleidete Untersuchung war. Dies kann auch angekreuzt werden, wenn die ...

Kommentiert [LK42]: I: Die Entscheidung, welche Antwortmöglichkeit angekreuzt werden soll, sollte anhand der Dokumentation der körperlichen Untersuchung zu ...

Kommentiert [SD53]: I = Dolmetscher bitte ankreuzen, wenn eine Person hinzugezogen wurde, die als ausgewiesener Dolmetscher arbeitet. Sollte zusätzliches ...

Kommentiert [SD54]: i: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, ...

Kommentiert [LK43]: I: Zur Vollständigkeit gehören:
- Übersichtsaufnahme
- Detailaufnahme aller Auffälligkeiten ...

Kommentiert [SD56]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Kommentiert [SD57]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Psychologe
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Mitarbeiter des Sozialdienstes
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

☐ 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei
☐ > 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei
☐ > 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei
☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

☐ 1 weiterer Psychologe war teilweise dabei
☐ 1 weiterer Psychologe war während des gesamten Vorgangs dabei
☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war teilweise dabei
☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war während des gesamten Vorgangs dabei
☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

B2 Lag das Vorsorgeheft vor?
☐ Ja
B21 Wurde das Vorsorgeheft auf Auffälligkeiten überprüft?
☐ Ja
B211 Wurden alle Vorsorgeuntersuchungen zeitgerecht wahrgenommen? ☐ Ja / ☐ Nein
☐ Nein

☐ Nein
B22 Wurde das Vorsorgeheft angefordert? ☐ Ja / ☐ Nein

B3 Lagen weitere Risikofaktoren vor, die zum Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung führten?
Bitte kreuzen Sie zutreffende Risikofaktoren an (Mehrfachnennung möglich)
☐ Minderjährige Eltern zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes
☐ Häusliche Gewalt
☐ Mehr als 4 Kinder in der Familie
☐ Niedriger Bildungsstatus
☐ Elterliche Erfahrungen eigener Kindeswohlgefährdung
☐ Fluchterfahrung
☐ Psychische Erkrankungen der Eltern
☐ Substanzmissbrauch von Eltern
☐ Behinderung des betroffenen Kindes / Jugendlichen
☐ Frühgeburt
☐ Inobhutnahme eines Kontaktkindes
☐ Sonstige Risikofaktoren
☐ Keine Risikofaktoren
☐ nicht dokumentiert

B4 Bestanden Hinweise auf eine Unterversorgung mit Hilfsmitteln? ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

Kommentiert [SD58]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [SD59]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW55]: i: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie Anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte/im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [LK60]: i: z.B. Brille, Orthesen, Hörgeräte, Rollstuhl

	B5 Waren andere Fachdisziplinen (z.B. Mitarbeiter der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie oder der (Kinder-)Chirurgie) zur Stabilisierung notwendig? ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert	
Erweiterte Anamnese		
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
B6 Wurde eine erweiterte Anamnese aufgrund des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt? ☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn ja: **B61 Mit wem wurde Kontakt hergestellt?** ☐ Andere Kollegen (niedergelassene Ärzte, Therapeuten Psychologen, andere Kliniken) ☐ Jugendamt ☐ Andere (z.B. Kita/Schule, Wohngruppe)	**B62 Welche Berufsgruppe war beteiligt?** ☐ Arzt **B621 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **B622 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **B623 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **B624 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen		
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
		C12 Welche Berufsgruppe war beteiligt?

Kommentiert [AW61]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW62]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW63]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [LK64]: I: Prüfung und Kontaktaufnahme vor / unmittelbar nach der Anamnese, ob bereits Kontakte zu anderen Einrichtungen, Beratungsstellen oder Behörden, wie bspw. Jugendamt, bestehen).

Kommentiert [SD65]: i: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW66]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW67]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW68]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

C1 Wurde ein Aufnahme-/ Eröffnungsgespräch mit den Eltern / Personensorgeberechtigten mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt? ☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn ja: **C11** Wer war bei dem Aufnahme-/ Eröffnungsgespräch beteiligt? ☐ Personensorgeberechtigte ☐ Andere Personen als die Personensorgeberechtigte ☐ Nicht dokumentiert	☐ Arzt **Stationär: C1211 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: C1212 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Pflegekraft **C122 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Psychologe **C123 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **C124 Dauer (gesamt): ☐ < 25 Minuten ☐ 25 - 40 Minuten ☐ 41 - 55 Minuten ☐ 56 - 70 Minuten ☐ > 70 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ professioneller (zertifizierter) Dolmetscher **Stationär: C1251 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: C1252 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ anderes Unitpersonal **C126 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	C12XX War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt?	Wenn ja: C**12XX1** Bitte geben Sie den Umfang an, in dem die(se) Person(en) am Vorgang beteiligt war(en): ☐ 1 weiterer Arzt war teilweise dabei

Kommentiert [AW70]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [LK69]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint.
Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD71]: I = Dolmetscher bitte ankreuzen, wenn eine Person hinzugezogen wurde, die als ausgewiesener Dolmetscher arbeitet. Sollte zusätzliches Klinikpersonal als Dolmetscher hinzugezogen worden sein, bitte entsprechend bei den Angaben der jeweiligen Berufsgruppe berücksichtigen.

Kommentiert [SD72]: i: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [SD73]: Anmerkung: Diese Frage schließt sich an die jeweilige angekreuzte Berufsgruppe an.
z.B. Arzt: B1213; MA Sozialdienst: B1241

Kommentiert [SD74]: Anmerkung für Programmierung:
1.Für Pflegepersonal bitte analog abfragen (entsprechend Wording anpassen)
2.Für Psychologen und Sozialdienste bitte nur Antwortoptionen a und b vorgeben (und entsprechend Wording anpassen)

	Arzt ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Pflegekraft ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Psychologe ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Psychologe war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Psychologe war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Mitarbeiter des Sozialdienstes ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
C2 Schweigepflichtsentbindung	**C2 Wurde eine Schweigepflichtentbindung zum Informationsaustausch mit beteiligten medizinischen und nichtmedizinischen Fachkräften/Institutionen oder zuständige Behörden eingeholt?** ☐ Ja **C21** Erfolgte diese schriftlich oder mündlich? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Schriftlich ☐ Mündlich ☐ Nicht dokumentiert ☐ Nein **C22** Warum wurde diese nicht eingeholt? ☐ Die Schweigepflichtentbindung wurde nicht eingeholt, weil ein gesetzlicher Erlaubnistatbestand vorlag. ☐ Die Schweigepflichtentbindung wurde nicht eingeholt, weil Eltern/Personensorgeberechtigten nicht einverstanden waren. ☐ Die Schweigepflichtentbindung wurde nicht eingeholt, weil kein Informationsaustausch nötig war.	

Kommentiert [SD77]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [SD78]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der ...

Kommentiert [SD79]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [SD80]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [AW75]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [AW76]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [LK81]: I: Ein gesetzlicher Erlaubnistatbestand liegt in dem vorliegenden Fall vor, sofern ein Gesetz den Informationsaustausch mit anderen Personen/Institutionen vorschreibt oder aber erlaubt

Kommentiert [AW82]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die ...

	☐ Es liegen keine Informationen vor, warum diese nicht eingeholt wurde.	
Weitere Gespräche mit Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
C3 Wurden weitere Gespräche mit Eltern / Personensorgeberechtigten mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt? ☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn ja: **C31** Wer war beteiligt? ☐ Personensorgeberechtigte ☐ Andere Personen als die Personensorgeberechtigte ☐ Nicht dokumentiert	**C32 Welche Berufsgruppe war beteiligt?** ☐ Arzt **Stationär: C3211 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten** **Ambulant: C3212 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10- 20 Minuten ☐ 21- 30 Minuten ☐ 31 – 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Pflegekraft **C322 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **C323 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ > 50 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **C324 Dauer (gesamt): ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ professioneller (zertifizierter) Dolmetscher **Stationär: C3251 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: C3252 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10- 20 Minuten ☐ 21- 30 Minuten ☐ 31 – 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal

Kommentiert [AW83]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW84]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW85]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW88]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [AW86]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [AW87]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD89]: I = Dolmetscher bitte ankreuzen, wenn eine Person hinzugezogen wurde, die als ausgewiesener Dolmetscher arbeitet. Sollte zusätzliches Klinikpersonal als Dolmetscher hinzugezogen worden sein, bitte entsprechend bei den Angaben der jeweiligen Berufsgruppe berücksichtigen.

		C326 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	C32XX War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt?	Wenn ja: **C32XX1** Bitte geben Sie den Umfang an, in dem die(se) Person(en) am Vorgang beteiligt war(en):
	Arzt ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Pflegekraft ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Psychologe ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Psychologe war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Psychologe war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Mitarbeiter des Sozialdienstes ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Wenn mind. eines der Gespräche (C1 oder C3) durchgeführt wurde	**CX3** Worüber wurde der/die Personensorgeberechtigte(n) befragt/informiert bzw. was wurde erörtert? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Ressourcen ☐ Möglichkeit der Mitarbeit für die Eltern ☐ Belastungen ☐ Schritte des Abklärungsprozess ☐ Diagnosen ☐ Rechtliche Aspekte ☐ Erörterung der Sorge um das Kind ☐ Nicht dokumentiert	

Kommentiert [SD90]: i: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [SD91]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, ...

Kommentiert [SD92]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, ...

Kommentiert [SD93]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, ...

Kommentiert [SD94]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, ...

Kommentiert [AW95]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

	CX4 Was wurde in Bezug auf das Gespräch mit den Personensorgeberechtigten dokumentiert? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Gesprächsinhalte ☐ Datum/Uhrzeit ☐ Teilnehmende des Gesprächs ☐ Nicht dokumentiert	
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit Kind/Jugendlichen Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
C4 Wurde ein Aufnahme-/ Eröffnungsgespräch mit dem Kind / dem Jugendlichen mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt? ☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn ja: **C41** Wurde die Partizipationsfähigkeit des Kindes / Jugendlichen überprüft und dokumentiert? ☐ **ja** ☐ **nein** Wenn nein: **C42** Warum erfolgte das Gespräch mit Bezug zum Abklärungsprozess nicht mit dem Kind/mit dem Jugendlichen? ☐ Ein Gespräch konnte aufgrund von Verständigungsproblemen mit der Sprache Deutsch nicht erfolgen ☐ Das Kind konnte aufgrund seines Alters noch nicht sprechen ☐ Sonstige fehlende kognitive Reife des Kindes/des Jugendlichen ☐ Das Kind/der Jugendliche hat das Gespräch abgelehnt ☐ Aus strafrechtlichen Gründen nicht erfolgt ☐ Dem Kind/dem Jugendlichen wurde das Gespräch aus anderen als den genannten nicht angeboten ☐ Nicht dokumentiert	**C43 Welche Berufsgruppe war beteiligt?** ☐ Arzt **Stationär: C4311 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ > 50 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: C4312 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Pflegekraft **C432 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 – 20 Minuten ☐ > 20 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **C433 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ > 30 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **C434 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 45 Minuten ☐ 46 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ > 75 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ professioneller (zertifizierter) Dolmetscher **Stationär: C4351 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ > 50 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: C4352 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal	

Kommentiert [AW96]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [LK97]: I: Dokumentation der erhobenen Gesprächsinhalte ohne Bewertung

Kommentiert [LK98]: Diese Auswahlmöglichkeit kann nur angekreuzt werden ohne das eine der anderen 3 angekreuzt wird

Kommentiert [AW99]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW100]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW101]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW103]: I: Einsichtsfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Fähigkeit zur Steuerung

Kommentiert [AW102]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch un ...

Kommentiert [AW104]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [SD105]: I = Dolmetscher bitte ankreuzen, wenn eine Person hinzugezogen wurde, die als ausgewiesener Dolmetscher arbeitet. Sollte zusätzliches ...

		C436 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ > 50 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	C43XX War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt? Arzt ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert Pflegekraft ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert Psychologe ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert Mitarbeiter des Sozialdienstes ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	Wenn ja: **C43XX1** Bitte geben Sie den Umfang an, in dem die(se) Person(en) am Vorgang beteiligt war(en): ☐ 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert ☐ 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert ☐ 1 weiterer Psychologe war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Psychologe war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert ☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Weitere Gespräche mit Kind / Jugendlichen Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
C5 Wurden weitere Gespräche mit dem Kind / dem Jugendlichen mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?	Wenn ja: **C53** Wurde die Partizipationsfähigkeit des Kindes / Jugendlichen überprüft und dokumentiert? ☐ **ja** ☐ **nein**	**C52 Welche Berufsgruppe war beteiligt?** ☐ Arzt **Stationär: C5211 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ > 50 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**

Kommentiert [SD106]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, ...

Kommentiert [SD107]: Anmerkung für Programmierung: ...

Kommentiert [SD112]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [AW108]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [SD113]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [SD114]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [AW109]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [SD115]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [AW110]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [AW111]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in ...

Kommentiert [AW116]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine ...

Kommentiert [AW117]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle ...

Kommentiert [AW118]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [SD119]: I = ausgenommen sind das Aufnahme- und das Entlassgespräch.

☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn nein: **C51** Warum erfolgten keine weiteren Gespräche mit dem Kind/mit dem Jugendlichen mit Bezug zum Abklärungsprozess? ☐ Ein Gespräch konnte aufgrund von Verständigungsproblemen mit der Sprache Deutsch nicht erfolgen ☐ Das Kind konnte aufgrund seines Alters noch nicht sprechen ☐ Sonstige fehlende kognitive Reife des Kindes/des Jugendlichen ☐ Das Kind/der Jugendliche hat das Gespräch abgelehnt ☐ Aus strafrechtlichen Gründen nicht erfolgt ☐ Dem Kind/dem Jugendlichen wurde das Gespräch nicht angeboten ☐ Nicht dokumentiert	**Ambulant: C5212 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Pflegekraft **C522 Dauer (gesamt): ☐ < 60 Minuten ☐ 60 - 90 Minuten ☐ 91 - 120 Minuten ☐ 121 - 150 Minuten ☐ > 150 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **C523 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **C524 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 45 Minuten ☐ 46 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ > 75 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Professioneller (zertifizierter) Dolmetscher **Stationär: C5251 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ > 50 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **Ambulant: C5252 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **C526 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	C52XX War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt? Arzt ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert Pflegekraft ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	Wenn ja: **C52XX1** Bitte geben Sie den Umfang an, in dem die(se) Person(en) am Vorgang beteiligt war(en): ☐ 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war teilweise dabei ☐ > 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Kommentiert [AW120]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD121]: I = Dolmetscher bitte ankreuzen, wenn eine Person hinzugezogen wurde, die als ausgewiesener Dolmetscher arbeitet. Sollte zusätzliches Klinikpersonal als Dolmetscher hinzugezogen worden sein, bitte entsprechend bei den Angaben der jeweiligen Berufsgruppe berücksichtigen.

Kommentiert [SD122]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [SD123]: Anmerkung für Programmierung:

5.Für Pflegepersonal bitte analog abfragen (und Wording anpassen)

Kommentiert [SD127]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht,

Kommentiert [SD128]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht,

	Psychologe ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	Mitarbeiter des Sozialdienstes ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐ 1 weiterer Psychologe war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Psychologe war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert ☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war teilweise dabei ☐ 1 weiterer Mitarbeiter des Sozialdienstes war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Wenn mind. eines der Gespräche (C4 oder C5) durchgeführt wurde	**CXX1** Worüber wurde das Kind / der Jugendliche befragt / informiert? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Zu aktuellen Ereignissen ☐ Zum psychischen Befinden ☐ Zum Willen des Kindes/ des Jugendlichen ☐ Zum Abklärungsprozess ☐ Nicht dokumentiert **CXX2** Was wurde in Bezug auf das Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen dokumentiert? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Gesprächsinhalte ☐ Datum/ Uhrzeit ☐ Teilnehmende des Gesprächs ☐ Nicht dokumentiert	

Kommentiert [SD129]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW124]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, ...

Kommentiert [SD130]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [AW125]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [AW126]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem ...

Kommentiert [AW131]: i: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess ...

Kommentiert [LK132]: i: Dokumentation der erhobenen Gesprächsinhalte ohne Bewertung

Kommentiert [LK133]: Immer wenn eine Auswahlmöglichkeit nicht dokumentiert ist, darf diese nicht als Mehrfachfantwort möglich sein (gilt für alle Fragen im Dokument)

Diagnostik

MRT
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

Kommentiert [AW134]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW135]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW136]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

D1 Wurde eine MRT im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

D12: Wurden aufgrund des Abklärungsprozesses zusätzliche Befundauswertungen von bereits vorliegenden MRT-Aufnahmen vorgenommen?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: D11 Wie häufig wurde im gesamten Fall eine MRT durchgeführt? Kreuzen Sie bitte die Anzahl an.
☐ 1 MRT
☐ 2 MRTs
☐ 3 MRTs
☐ > 3 MRTs

D111 Bitte geben Sie an, ob eine Narkose oder tiefe Sedierung vorgenommen wurde:

	Narkose	Tiefe Sedierung	Weder noch
1. MRT	☐	☐	☐
2. MRT	☐	☐	☐
3. MRT	☐	☐	☐

D1111 Bitte geben sie an, wie viel Zeit die Vorbereitung und Durchführung der MRT sowie die Befundauswertung in Anspruch genommen hat

1. MRT: Wenn Narkose: ☐ < 60 Minuten ☐ 60 - 80 Minuten ☐ 81 - 100 Minuten ☐ 101 - 120 Minuten ☐ > 120 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert
Wenn tiefe Sedierung/Weder noch: ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

2. MRT: Wenn Narkose: ☐ < 60 Minuten ☐ 60 - 80 Minuten ☐ 81 - 100 Minuten ☐ 101 - 120 Minuten ☐ > 120 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert
Wenn tiefe Sedierung/Weder noch: ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

3. MRT: Wenn Narkose: ☐ < 60 Minuten ☐ 60 - 80 Minuten ☐ 81 - 100 Minuten ☐ 101 - 120 Minuten ☐ > 120 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert
Wenn tiefe Sedierung/Weder noch: ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

Kommentiert [SD137]: I: Hierbei handelt es sich um eine MRT-Sitzung unabhängig der Anzahl der zu untersuchenden Körperregionen (z.B. 1 Sitzung = MRT Schädel und WS) Bitte geben Sie hier MRTs an, die aufgrund des Verdachts auf KWG/einer Kinderschutzfragestellung im Rahmen des Abklärungsprozesses initiiert wurden.

Kommentiert [AW138]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW139]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

D1112 Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des **1. MRT** woran beteiligt war:

	Vorbereitung MRT	Durchführung MRT	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben sie an, wer zum Zeitpunkt des **2. MRT** woran beteiligt war:

	Vorbereitung MRT	Durchführung MRT	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben sie an wer zum Zeitpunkt des **3. MRT** woran beteiligt war:

			Vorbereitung MRT	Durchführung MRT	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
		Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
		2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
		Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
		2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
		MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
		Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
		andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

CT

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

D2 Wurde ein CT / cCT im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

D22: Wurden aufgrund des Abklärungsprozesses zusätzliche Befundauswertungen von bereits vorliegenden CT-/cCT-Aufnahmen vorgenommen?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: D21 Wie häufig wurde im gesamten Fall ein CT/cCT durchgeführt? Kreuzen Sie bitte die Anzahl an.
☐ 1 CT / cCT
☐ 2 CTs / cCTs
☐ 3 CTs / cCTs
☐ > 3 CTs / cCTs

D211 Bitte geben Sie an, ob eine Narkose oder tiefe Sedierung vorgenommen wurde:

	Narkose	Tiefe Sedierung	Weder noch
1. CT / cCT	☐	☐	☐
2. CT / cCT	☐	☐	☐
3. CT / cCT	☐	☐	☐

D2111 Bitte geben Sie an, wie viel Zeit die Vorbereitung und Durchführung des CT / cCT sowie die Befundauswertung insgesamt in Anspruch genommen hat.

1. CT/cCT:
Wenn Narkose: ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert
Wenn tiefe Sedierung/Weder noch: ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 35 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

2. CT/cCT:
Wenn Narkose: ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert
Wenn tiefe Sedierung/Weder noch: ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 35 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

3. CT/cCT:
Wenn Narkose: ☐ < 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ 61 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert
Wenn tiefe Sedierung/Weder noch: ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 35 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

D2112 Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des **1. CT** woran beteiligt war:

	Vorbereitung CT / cCT	Durchführung CT / cCT	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW140]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW141]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW142]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [SD143]: Bitte geben Sie hier CTs/cCTs an, die aufgrund des Verdachts auf KWG/einer Kinderschutzfragestellung im Rahmen des Abklärungsprozesses initiiert wurden.

Kommentiert [AW144]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD145]: I = Hiermit sind CTs/cCTs gemeint, die aufgrund einer organischen/medizinischen Indikation initiiert wurden und bereits vorlagen.

MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des 2**. CT** woran beteiligt war:

	Vorbereitung CT / cCT	Durchführung CT / cCT	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des 3**. CT** woran beteiligt war:

	Vorbereitung CT / cCT	Durchführung CT / cCT	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Initiales Röntgenskelettscreenings

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

D3 Wurde ein initiales Röntgenskelettscreening im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: Bitte geben Sie die Dauer des initialen Röntgenskelettscreenings (inkl. Vorbereitung, Durchführung und Befundauswertung) an:

D31 Dauer insgesamt: ☐ < 45 Minuten ☐ 45 – 55 Minuten ☐ 56 – 65 Minuten ☐ 66 – 75 Minuten ☐ > 75 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

D33: Wurden aufgrund des Abklärungsprozesses zusätzliche Befundauswertungen eines bereits durchgeführten Röntgenskelettscreenings vorgenommen?
☐ ja
☐ nein

D32 Bitte geben Sie an, wer bei der Vorbereitung, Durchführung und Befundauswertung beteiligt war:

	Vorbereitung RSS	Durchführung RSS	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Röntgenaufnahmen über das initiale Röntgenskelettscreening hinaus

D4 Wurden im Rahmen des Abklärungsprozesses weitere Röntgenaufnahmen über das initiale Röntgen-skelettscreening hinaus durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

D42: Wurden aufgrund des Abklärungsprozesses zusätzliche

Wenn ja: **D41 Wie häufig wurden weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt (unabhängig der Anzahl der Aufnahmen je Termin):**
☐ 1 Mal
☐ 2 Mal
☐ 3 Mal
☐ > 3 Mal

D411 Bitte geben Sie an, wie viel Zeit die Vorbereitung, Durchführung und Befundauswertung der Röntgenaufnahme in Anspruch genommen hat.

1. **Röntgenaufnahme**

☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ > 25 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

2. **Röntgenaufnahme**

☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ > 25 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

3. **Röntgenaufnahme**

☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ > 25 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

D412 Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der **1. Röntgenaufnahme** woran beteiligt war:

	Vorbereitung RSS	Durchführung RSS	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Kommentiert [LK146]:

Kommentiert [LK147R146]: I: Folgende Einzelaufnahmen sollen* durchgeführt werden: 1.Schädel a-p; 2. Schädel seitlich; 3. Thorax a-p; 4. Oberarm a-p links; 5. Oberarm a-p rechts; 6. Unterarm a-p links; 7. Unterarm a-p1 rechts; 8. Hand p-a links; 9. Hand p-a rechts; 10. Oberschenkel a-p links; 11. Oberschenkel a-p rechts; 12. Unterschenkel a-p

Kommentiert [AW148]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine

Kommentiert [AW149]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle

Kommentiert [AW150]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [SD155]: I = Der Hin- und Abtransport soll hierbei nicht berücksichtigt werden.

Kommentiert [SD151]: Bitte geben Sie hier Röntgenskelettscreenings an, die aufgrund des Verdachts a

Kommentiert [AW152]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine

Kommentiert [AW153]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine

Kommentiert [SD154]: I = Hiermit sind Röntgenskelettscreenings gemeint, die aufgrund einer

Kommentiert [SD160]: I = Der Hin- und Abtransport soll hierbei nicht berücksichtigt werden.

Kommentiert [AW156]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine

Kommentiert [SD157]: Bitte geben Sie hier Röntgenaufnahmen an, die aufgrund des Verdachts auf

Kommentiert [AW158]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine

Befundauswertungen von bereits vorliegenden Röntgenaufnahmen vorgenommen?
☐ ja
☐ nein

Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der 2**. Röntgenaufnahme** woran beteiligt war:

	Vorbereitung RSS	Durchführung RSS	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der 3**. Röntgenaufnahme** woran beteiligt war:

	Vorbereitung RSS	Durchführung RSS	Befund-auswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA/MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [SD159]: I = Hiermit sind Röntgenaufnahmen gemeint, die aufgrund einer organischen/medizinischen Indikation initiiert wurden und bereits vorlagen.

Sonographie

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

D5 Wurde im Rahmen des Abklärungsprozesses eine Sonographie durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: **D51 Bitte geben Sie die Anzahl an:**
☐ 1 Sonographie
☐ 2 Sonographien
☐ 3 Sonographien
☐ > 3 Sonographien

D511 Bitte geben Sie an, wie viel Zeit die Durchführung und Befundauswertung der Sonographie in Anspruch genommen hat.

1. **Sonographie**

☐ < 10 Minuten ☐ 10 – 15 Minuten ☐ 16 – 20 Minuten ☐ 21 – 25 Minuten ☐ > 25 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

2. **Sonographie**

☐ < 10 Minuten ☐ 10 – 15 Minuten ☐ 16 – 20 Minuten ☐ 21 – 25 Minuten ☐ > 25 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

3. **Sonographie**

☐ < 10 Minuten ☐ 10 – 15 Minuten ☐ 16 – 20 Minuten ☐ 21 – 25 Minuten ☐ > 25 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

D512 Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des **1. Sonographie** woran beteiligt war:

	Durchführung	Befundauswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐	☐
2. Arzt	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des 2**. Sonographie** woran beteiligt war:

	Durchführung	Befundauswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐	☐
2. Arzt	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des 3**. Sonographie** woran beteiligt war:

	Durchführung	Befundauswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW161]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW162]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW163]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW164]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD165]: Bitte geben Sie hier Sonographien an, die aufgrund des Verdachts auf KWG/einer Kinderschutzfragestellung im Rahmen des Abklärungsprozesses initiiert wurden.

		2. Arzt ☐ ☐ ☐ ☐ Pflegekraft ☐ ☐ ☐ ☐ andere Fachkraft ☐ ☐ ☐ ☐

Spurensicherung

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

D6 Wurde im Rahmen des Abklärungsprozesses eine Spurensicherung durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: **D61 Bitte geben Sie an, wie häufig im gesamten Abklärungsprozess eine Spurensicherung durchgeführt wurde:**
☐ 1 Spurensicherung
☐ 2 Spurensicherungen
☐ 3 Spurensicherungen
☐ > 3 Spurensicherungen

D62 Bitte geben Sie an, wie viel Zeit die Spurensicherung in Anspruch genommen hat.

1. **Spurensicherung**

Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 – 25 Minuten ☐ 26 – 35 Minuten ☐ 36 – 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

2. **Spurensicherung**

Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 – 25 Minuten ☐ 26 – 35 Minuten ☐ 36 – 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

3. **Spurensicherung**

Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 – 25 Minuten ☐ 26 – 35 Minuten ☐ 36 – 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

D63 Bitte geben Sie an, wer an der Spurensicherung beteiligt war:

	1. Spurensicherung	2. Spurensicherung	3. Spurensicherung
Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
andere Fachkraft	☐	☐	☐
Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐	☐	☐

D631 Wenn eine Berufsgruppe angekreuzt wurde: War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe bei der Spurensicherung beteiligt?

Arzt: ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Pflegekraft: ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Wenn ja: **D6311** Bitte geben Sie den Umfang an, in dem die(se) Person(en) am Vorgang beteiligt war(en):
☐ 1 weiterer Arzt war teilweise dabei
☐ 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei
☐ > 1 weiterer Arzt war teilweise dabei
☐ > 1 weiterer Arzt war während des gesamten Vorgangs dabei

Kommentiert [AW166]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW167]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW168]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW169]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch un ...

Kommentiert [AW170]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Kommentiert [AW171]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Kommentiert [AW172]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Kommentiert [SD173]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Kommentiert [SD174]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt ...

Kommentiert [SD175]: Anmerkung für Programmierung: ...

		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert ☐ 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war teilweise dabei ☐ > 1 weitere Pflegekraft war während des gesamten Vorgangs dabei ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Laborabnahme (Blut, Urin)		
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
D7 Wurden im Rahmen des Abklärungsprozesses Laborabnahmen (Blut, Urin) durchgeführt? ☐ ja ☐ nein **D73: Wurden aufgrund des Abklärungsprozesses zusätzliche Befundauswertungen von bereits vorliegenden Laborergebnissen vorgenommen?** ☐ ja ☐ nein		Wenn ja: **D71** Bitte geben Sie an, wie viel Zeit die Laborabnahme in Anspruch genommen hat. **Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ > 20 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** **D72** Bitte geben Sie an, wer an der Laborabnahme beteiligt war: ☐ Arzt ☐ Pflegekraft ☐ andere Fachkraft ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Kommentiert [AW176]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW177]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der ...

Kommentiert [AW178]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [AW179]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW180]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW181]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [SD182]: Bitte geben Sie hier Laborabnahmen an, die aufgrund des Verdachts auf ...

Kommentiert [SD185]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, ...

Kommentiert [AW183]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [SD184]: I = Hiermit sind Laborabnahmen gemeint, die aufgrund einer organischen/medizinischen Indikation initiiert wurden und bereits vorlagen.

Weitere Untersuchungen

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

D8 Wurden weitere Untersuchungen im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: D81 Welche Fachdisziplinen wurden für weitere Untersuchung(en) hinzugezogen? (Mehrfachnennung möglich)
1) ☐ Psychologie
2) ☐ Kinderchirurgie bzw. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
3) ☐ Augenheilkunde
4) ☐ Gynäkologie
5) ☐ HNO
6) ☐ Rechtsmedizin
7) ☐ Zahnheilkunde
8) ☐ Unfallchirurgie
9) ☐ Andere

D811 Fand(en) die Untersuchung(en) aufsuchend (z.B. am Bett) statt?

	Ja	Nein
1) Psychologie	☐	☐
2) Kinderchirurgie bzw. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	☐	☐
3) Augenheilkunde	☐	☐
4) Gynäkologie	☐	☐
5) HNO	☐	☐
6) Rechtsmedizin	☐	☐
7) Zahnheilkunde	☐	☐
8) Unfallchirurgie	☐	☐
9) Andere	☐	☐

D812: Wenn nein: Wo und ggf. in Begleitung durch wen fand(en) die Untersuchung(en) statt?
Hinweis: mit den Ziffern 1-9 sin d die in Frage D811 genannten Fachbereiche gemeint (1= Psychologe bis 9= andere)

	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung.				Außerhalb des Standorts			
	mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	mit Begleitung (Arzt)	ohne fachliche Begleitung	Begleitung nicht dokumentiert	mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	mit Begleitung (Arzt)	ohne fachliche Begleitung	Begleitung nicht dokumentiert
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW186]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW187]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW188]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW189]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [LK190]: I: Beratungen ohne Patientenkontakt sind hier ausgenommen

Kommentiert [AW192]: I: Hierzu zählt nicht die Fallberatung, sondern es muss die Untersuchung eines Kindes erfolgt sein.

Kommentiert [LK191]: I: Hierzu zählt nicht die Fallberatung, sondern es muss die Untersuchung eines Kindes erfolgt sein.

Kommentiert [SD193]: **Technische Anmerkung**: In dem Fall, dass eine oder mehrere Antwortoptionen (1-9) angeklickt werden, schließt sich die folgende Frage mit der Tabelle zum Ankreuzen an:

9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D813: Ist ein Transportaufwand entstanden?

	ja	nein
1) Psychologie	☐	☐
2) Kinderchirurgie bzw. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	☐	☐
3) Augenheilkunde	☐	☐
4) Gynäkologie	☐	☐
5) HNO	☐	☐
6) Rechtsmedizin	☐	☐
7) Zahnheilkunde	☐	☐
8) Unfallchirurgie	☐	☐
9) Andere	☐	☐

Koordinations- und Organisationsaufgaben (diagnostische Verfahren)

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

D9 Sind Koordinations- und Organisationsaufgaben (wie Absprachen, Terminfindung, Patientenvorbereitung, Hin- und Abtransport zu den Untersuchungen) durch die aufgrund des Abklärungsprozesses initiierten (bildgebenden) diagnostischen Verfahren angefallen?
☐ ja
☐ nein

Wenn ja: D91 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit insgesamt dafür angefallen ist:

☐ Arzt
D911 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

☐ Pflegekraft
D912 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 – 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

☐ Administrative Mitarbeiter
D913 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 – 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

☐ anderes Unitpersonal
D914 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 – 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Kommentiert [AW194]: I: Hierzu zählt nicht die Fallberatung, sondern es muss die Untersuchung eines Kindes erfolgt sein.

Kommentiert [LK195]: I: Hiermit sind ausschließlich die Koordinationsaufgaben im Rahmen der Untersuchungen gemeint. Ausgenommen sind Transportwege zu abgefragten weiteren Untersuchungen / Konsilen (Frage D8)

Kommentiert [AW196]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW197]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW198]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW199]: I: Hiermit sind ausschließlich die Koordinationsaufgaben im Rahmen der Untersuchungen gemeint. Ausgenommen sind Transportwege zu weiteren abgefragten Untersuchungen/Konsilen.

Kommentiert [SD200]: I = Geben Sie hier bitte Zeiten für Koordinations- und Organisationsaufgaben an, die im Zusammenhang mit durchgeführten (bildgebenden) diagnostischen Verfahren im Rahmen des Abklärungsprozesses angefallen sind.

Kommentiert [LK201]: I: z.B. Sekretariat, Stationssekretäre, Schreibkräfte

Kommentiert [SD202]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, ...

Indikationsstellung & Diagnostik

Hinweis

Die folgenden Fragen werden abhängig davon gestellt, welche Form der Kindeswohlgefährdung vorlag und demnach je nachdem, welche Antwortmöglichkeit bei der Frage A10 angegeben wurde.

Indikationsstellung

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

E1 Haben ein Facharzt oder ein Weiterbildungsassistent und ein Facharzt besprochen, ob eine Indikation, für eine weiterführende Diagnostik im Sinne einer körperlichen Untersuchung, bildgebender Diagnostik und Labordiagnostik besteht?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

E2 Ist mindestens einer der Ärzte ein kinderschutzerfahrener Arzt oder Facharzt für Kinder-. und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie, Radiologie oder Gynäkologie?
☐ Ja/ ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

E3 Wurde bei gezielten Fragestellungen, z.B. zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen ein Facharzt mit spezieller Expertise (z.B. mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie) hinzugezogen?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

Diagnostik

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

Hinweis: Die folgenden Fragen werden abhängig davon gestellt, welche Form der Kindeswohlgefährdung vorlag und demnach je nachdem, welche Antwortmöglichkeit bei der Frage A10 angegeben wurde.

Misshandlungsverdächtige Hämatome

G1 Bitte geben sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde

	In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
INR	☐	☐	☐	☐	☐
aPTT	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW203]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW204]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW205]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW206]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW207]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW208]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [PB209]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

		Fibrinogen	☐	☐	☐	☐	☐
		Blutbild mit Leukozytendiff	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Auffälligkeiten Einzelfaktoren: Faktor XIII	☐	☐	☐	☐	☐
		Faktoren VIII & IX bei Jungen	☐	☐	☐	☐	☐
		Von-Willebrand Diagnostik: VWF-Antigen	☐	☐	☐	☐	☐
		VWF-Kollagenbindungsaktivität	☐	☐	☐	☐	☐
		VWF-Aktivität	☐	☐	☐	☐	☐
		Blutgruppe	☐	☐	☐	☐	☐
	G2 Bitte geben Sie an, ob eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine hämostatseologische Erkrankung und Empfehlung für eine weitere Diagnostik erfolgt ist	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt					
	G3 Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist		In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
		Röntgenskelettscreening: Schädel a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Schädel seitlich	☐	☐	☐	☐	☐
		Thorax a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW210]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW211]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

		Unterarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a links	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Ggf. Zusammenfassung bei kleinem Kind wie folgt: Ober-/Unterarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Falls keine Rippenfrakturen gefunden wurden: Thorax schräg links	☐	☐	☐	☐	☐
		Thorax schräg rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen: Wirbelsäule seitlich	☐	☐	☐	☐	☐
		Becken und Hüften a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Trotz fehlender Detektion von Frakturen und bestehendem begründeten Verdacht auf Kindesmisshandlung: Thorax a-p nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW212]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB213]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW214]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB215]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

		Oberarm a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Auffälligkeiten im Röntgenskelettscreening: Funduskopie	☐	☐	☐	☐	☐
		MRT Schädel	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei auffälligem Befund von Schädelsonographie oder MRT Schädel: Durchführung MRT Wirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW216]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB217]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW218]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB219]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

		Bei auffälligem Befund MRT Wirbelsäule: Ganzkörper MRT	☐	☐	☐	☐	☐
	G4/5 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt					
Misshandlungsverdächtige Frakturen	**H1: Bitte geben sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde**		In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
		kl. Blutbild	☐	☐	☐	☐	☐
		Kalzium	☐	☐	☐	☐	☐
		Phosphat	☐	☐	☐	☐	☐
		alkalische Phosphatase	☐	☐	☐	☐	☐
		Gallensäuren	☐	☐	☐	☐	☐
		Kreatinin	☐	☐	☐	☐	☐
		25 OH-Vitamin D	☐	☐	☐	☐	☐
		Parathormon	☐	☐	☐	☐	☐
		Transaminasen	☐	☐	☐	☐	☐
	H2: Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine Erkrankung mit Einfluss auf den Knochenstoffwechsel und Empfehlung für eine weitere Diagnostik?	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt					
	H3 Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist		In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt

Kommentiert [AW220]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [PB221]: I. Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW222]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW223]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

		Röntgenskelettscreening: Schädel a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Schädel seitlich	☐	☐	☐	☐	☐
		Thorax a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a links	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Ggf. Zusammenfassung bei kleinem Kind wie folgt: Ober-/Unterarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Falls keine Rippenfrakturen gefunden wurden: Thorax schräg links	☐	☐	☐	☐	☐
		Thorax schräg rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen: Wirbelsäule seitlich	☐	☐	☐	☐	☐
		Becken und Hüften a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Trotz fehlender Detektion von Frakturen und bestehendem begründeten Verdacht auf Kindesmisshandlung:	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW224]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB225]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW226]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB227]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

		Thorax a-p nach 11-14 Tagen					
		Oberarm a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Auffälligkeiten im Röntgenskelettscreening: Funduskopie	☐	☐	☐	☐	☐
		MRT Schädel	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei auffälligem Befund von Schädelsonographie oder MRT Schädel: Durchführung MRT Wirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei auffälligem Befund MRT Wirbelsäule: Ganzkörper MRT	☐	☐	☐	☐	☐
	H4/5: **Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren**	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst					

Kommentiert [AW228]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW229]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW230]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB231]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

	durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt
Misshandlungsverdächtige thermische Verletzung	**L1 In welchem zeitlichen Abstand zum Unfallereignis wurde das Kind / Jugendlicher vorgestellt?**	☐ Unmittelbar ☐ < 3 Stunden ☐ > 3 Stunden ☐ Nicht dokumentiert
	Wurde die Unfallanamnese dokumentiert?	☐ Ja / ☐ Nein
	Wurde das Vernachlässigen der Aufsichtspflicht thematisiert?	☐ Ja / ☐ Nein
	L2 Bitte geben Sie an, was/wie in Bezug auf die thermische Verletzung dokumentiert wurde	

	In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
Dokumentation des Verletzungsmusters	☐	☐	☐	☐	☐
Dokumentation der Lokalisation	☐	☐	☐	☐	☐
Dokumentation der Verbrühungs- / Verbrennungsausmaß in % Körperoberfläche	☐	☐	☐	☐	☐
Dokumentation der Verbrühungs- / Verbrennungstiefe	☐	☐	☐	☐	☐
Fotodokumentation	☐	☐	☐	☐	☐

Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	**I1 Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde**	

	In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
INR	☐	☐	☐	☐	☐
aPTT	☐	☐	☐	☐	☐
Fibrinogen	☐	☐	☐	☐	☐
Blutbild mit Leukozytendiff.	☐	☐	☐	☐	☐
Transaminasen	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW232]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [PB233]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [PB234]: I: Regelmäßig / unregelmäßig; symmetrisch / unsymmetrisch; Demarkationslinien

Kommentiert [PB235]: I: Basislabor mit vollständiger Gerinnungsdiagnostik

Kommentiert [PB236]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

		Pankreasenzyme	☐	☐	☐	☐	☐
		Creatinkinase	☐	☐	☐	☐	☐
		Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
		Kupfer	☐	☐	☐	☐	☐
		Coeruloplasmin	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Auffälligkeiten: - Einzelfaktoren: Faktor XIII	☐	☐	☐	☐	☐
		Faktoren VIII & IX bei Jungen	☐	☐	☐	☐	☐
		Von-Willebrand Diagnostik: VWF-Antigen	☐	☐	☐	☐	☐
		VWF-Kollagenbindungsaktivität	☐	☐	☐	☐	☐
		VWF-Aktivität	☐	☐	☐	☐	☐
		Urin: Organische Säuren	☐	☐	☐	☐	☐
		Drogenscreening	☐	☐	☐	☐	☐
	I2 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine hämostaseologische oder andere differentialdiagnostische Erkrankung und Empfehlung für eine weitere Diagnostik?	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt					
	I3 Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist		In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
		MRT-Schädel mit diffusionsgewichtender Sequenz, ggf. suszeptibilitätsgewichtete Sequenz	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW237]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW238]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

MRT-Wirbelsäule mit diffusionsgewichtender Sequenz, ggf. suszeptibilitätsgewichtete Sequenz	☐	☐	☐	☐	☐
Ganzkörper MRT	☐	☐	☐	☐	☐
Bei vitaler Bedrohung CT-Schädel	☐	☐	☐	☐	☐
Funduskopie	☐	☐	☐	☐	☐

	In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
Röntgenskelettscreening: Schädel a-p	☐	☐	☐	☐	☐
Schädel seitlich	☐	☐	☐	☐	☐
Thorax a-p	☐	☐	☐	☐	☐
Oberarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
Oberarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
Unterarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
Unterarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
Hand p-a links	☐	☐	☐	☐	☐
Hand p-a rechts	☐	☐	☐	☐	☐
Oberschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
Oberschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
Unterschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
Unterschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
Fuß d-p links	☐	☐	☐	☐	☐
Fuß d-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
Ggf. Zusammenfassung bei kleinem Kind wie folgt: Ober-/Unterarm a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
Ober-/Unterarm a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW239]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW240]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB241]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW242]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [PB243]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

		Ober-/Unterschenkel a-p links	☐	☐	☐	☐	☐
		Ober-/Unterschenkel a-p rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Falls keine Rippenfrakturen gefunden wurden: Thorax schräg links	☐	☐	☐	☐	☐
		Thorax schräg rechts	☐	☐	☐	☐	☐
		Bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen: Wirbelsäule seitlich	☐	☐	☐	☐	☐
		Becken und Hüften a-p	☐	☐	☐	☐	☐
		Trotz fehlender Detektion von Frakturen und bestehendem begründeten Verdacht auf Kindesmisshandlung: Thorax a-p nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberarm a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterarm a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Hand p-a rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Oberschenkel a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Unterschenkel a-p rechts nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐
		Fuß d-p links nach 11-14 Tagen	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW244]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW245]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW246]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

		Fuß d-p rechts nach 11-14 Tagen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	I4/5 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt
Sexueller Missbrauch	**J1 Wie lange lag das Ereignis vermutlich zurück?**	☐ < 72 h / ☐ > 72 h
	Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde	J11 Wenn < 72 h

	In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
Schwangerschaftstest bei Mädchen im gebärfähigen Alter	☐	☐	☐	☐	☐
Erfolgte eine Nofallkontrazeption?	☐	☐	☐	☐	☐
ggf. toxikologische Untersuchung (erster) Urin und Serum (Rückstellprobe forensisch akkreditiertes Labor)	☐	☐	☐	☐	☐
Spurensicherung: Abstriche	☐	☐	☐	☐	☐
Kleidungsstücke	☐	☐	☐	☐	☐
Schneiden der Fingernägel	☐	☐	☐	☐	☐
Auskämmen der Schamhaare	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [PB247]: I: Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße

Kommentiert [AW248]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [PB249]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>J12 Wenn > 72 h
<table>
<tr><th></th><th>In eigener Einrichtung durchgeführt</th><th>Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)</th><th>Veranlasst</th><th>Nicht erfolgt</th><th>Aus guten Gründen nicht erfolgt</th></tr>
<tr><td>Schwangerschaftstest bei Mädchen im gebärfähigen Alter</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Untersuchung auf sexuell übertragbare Erkrankungen bei chron. sexuellem Missbrauch / unklaren Ereignissen: Chlamydia trachomatis</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Neisseria gonorrhea</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Trichomonas vaginalis</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>J2 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf einen sexuell-körperlichen Übergriff?</td>
<td>☐ In eigener Einrichtung durchgeführt
☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)
☐ Veranlasst
☐ Nicht erfolgt
☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt</td>
</tr>
</table>

Kommentiert [AW250]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW251]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

	Bitte geben Sie an, was/wie erfolgt ist?		In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
		bei schwerwiegender akuter Verletzung: Trauma Bauchraum/Becken untersucht	☐	☐	☐	☐	☐
		ergänzende Diagnostik wie bei Verdacht auf misshandlungsverdächtige Hämatome / Frakturen	☐	☐	☐	☐	☐
	J4 Erfolgte eine Kolposkopie?	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt					
	J5/6 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	☐ In eigener Einrichtung durchgeführt ☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt) ☐ Veranlasst ☐ Nicht erfolgt ☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt					
Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen	**K1 Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde**		In eigener Einrichtung durchgeführt	Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)	Veranlasst	Nicht erfolgt	Aus guten Gründen nicht erfolgt
		Drogenscreening im Urin oder Mekonium	☐	☐	☐	☐	☐
		z.B. Finnigan-Score mindestens 4 - 7 Tage nach Geburt	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW252]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW253]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW254]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [AW255]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

<table>
<tr><td></td><td>K2 Wurde ein Besuchs- und Interaktionsprotokoll geführt?</td><td>☐ In eigener Einrichtung durchgeführt
☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)
☐ Veranlasst
☐ Nicht erfolgt
☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt</td></tr>
<tr><td>Emotionale und / oder körperliche Vernachlässigung / emotionale Misshandlung</td><td>M1 Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>In eigener Einrichtung durchgeführt</th><th>Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)</th><th>Veranlasst</th><th>Nicht erfolgt</th><th>Aus guten Gründen nicht erfolgt</th></tr>
<tr><td>Indikation für die Diagnostik von Defiziten in folgenden Bereichen überprüft:
a. Bereich Motorik</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>b. Bereich Sprache</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>c. Sozial-emotionaler Bereich</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>d. Bereich Kognition</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Zahnärztliche Vorstellung empfohlen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Organische Ursachen ausgeschlossen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td>M2 Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen die Überprüfung von Hinweisen auf Defizite des elterlichen Eingehens erfolgte: (Mehrfachnennung möglich)</td><td>☐ Gesundheitsfürsorge
☐ Aufsichtspflicht
☐ Emotionale Fürsorge und Förderung
☐ Bindung
☐ Körperliche Unversehrtheit
☐ Pflege
☐ Es lagen keine der genannten Hinweise vor
☐ Fehlendes elterliches Eingehen wurde nicht überprüft
☐ Nicht dokumentiert</td></tr>
</table>

Kommentiert [AW256]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [PB257]: I: Hiermit ist gemeint, dass nach begründeter ärztlicher Einschätzung, die jeweilige Diagnostik aus guten Gründen nicht erfolgt ist. Gründe sind z.B. eine fehlende Indikation.

Kommentiert [PB258]: Hierzu zählen auch die Versorgung mit Hilfsmitteln, die Medikamentengabe, Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen / Arztterminen / Therapieterminen

Interne/externe Kommunikation

Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

E4 Fand ein interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Initiierung des Abklärungsprozesses statt?
☐ ja
☐ nein
☐ nicht dokumentiert

Wenn ja: **E41 Wie lange hat der interne fachliche Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung gedauert?**
☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten
☐ Zeitangabe nicht dokumentiert

E42 Wer war daran beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)

	Beteiligt	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐
2. Arzt	☐	☐	☐
3. Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
2. Pflegekraft	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐
2. Psychologe	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
2. Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
Weitere nicht-medizinische Fachkraft	☐	☐	☐

Interprofessionelle fallspezifische Besprechung

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

Wenn ja: **E51 Wie häufig im kompletten Fall?**

Geben Sie bitte die Dauer pro Fallbesprechung an:
E521 Dauer Fallbesprechung 1: **☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 40 Minuten ☐ 41 - 60 Minuten ☐ 61 - 80 Minuten ☐ > 80 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**

Kommentiert [AW259]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW260]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW261]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [SD262]: I = d.h. Austausch zwischen mind. 2 Fachkräften - unabhängig von festen Terminen zu Fallbesprechungen

Kommentiert [AW263]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW264]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und ...

Kommentiert [AW265]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW266]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [LK267]: I: hiermit ist die Dauer der Fallbesprechung gemeint und nicht die Zeiten für Vorbereitung o.ä.

E5 Fand eine (zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung statt? ☐ ja ☐ nein	☐ 1 Mal ☐ 2 Mal ☐ 3 Mal ☐ 4 Mal ☐ > 4 Mal	**E522** Dauer Fallbesprechung 2: ☐ **< 20 Minuten** ☐ **20 - 40 Minuten** ☐ **41 - 60 Minuten** ☐ **61 - 80 Minuten** ☐ **> 80 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert** **E523** Dauer Fallbesprechung 3: ☐ **< 20 Minuten** ☐ **20 - 40 Minuten** ☐ **41 - 60 Minuten** ☐ **61 - 80 Minuten** ☐ **> 80 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert** **E524** Dauer Fallbesprechung 4: ☐ **< 20 Minuten** ☐ **20 - 40 Minuten** ☐ **41 - 60 Minuten** ☐ **61 - 80 Minuten** ☐ **> 80 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**

Wenn > 4 Mal angekreuzt wurde.

E511 Bitte geben Sie an, wie häufig im gesamten Abklärungsprozess Fallbesprechungen stattgefunden haben:

☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ > 9

E52X1 Bitte geben Sie an, welches Personal bei der/den Fallbesprechung(en) beteiligt war

	1. Fallbesprechung	2. Fallbesprechung	3. Fallbesprechung	4. Fallbesprechung
Arzt	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐	☐
Anderes Unitpersonal	☐	☐	☐	☐
Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der **1. Fallbesprechung** Kontakt zu Kind / Eltern / Personensorgeberechtigten hatte:

	Ja	Nein	Nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
Anderes Unitpersonal	☐	☐	☐

Wenn Arzt angekreuzt wurde: War mind. Einer der an der 1. Fallbesprechung beteiligten Ärzte Facharzt?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der **2. Fallbesprechung** Kontakt zu Kind / Eltern / Personensorgeberechtigten hatte:

	Ja	Nein	Nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
Anderes Unitpersonal	☐	☐	☐

Kommentiert [AW268]: i: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW269]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Wenn Arzt angekreuzt wurde: War mind. Einer der an der 2. Fallbesprechung beteiligten Ärzte Facharzt?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der **3. Fallbesprechung** Kontakt zu Kind / Eltern / Personensorgeberechtigten hatte:

	Ja	Nein	Nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
Anderes Unitpersonal	☐	☐	☐

Wenn Arzt angekreuzt wurde: War mind. Einer der an der 3. Fallbesprechung beteiligten Ärzte Facharzt?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt der 4**. Fallbesprechung** Kontakt zu Kind / Eltern / Personensorgeberechtigten hatte:

	Ja	Nein	Nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
Anderes Unitpersonal	☐	☐	☐

Wenn Arzt angekreuzt wurde: War mind. Einer der an der 4. Fallbesprechung beteiligten Ärzte Facharzt?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

Wenn durchgeführt:
E54 Wurde den Eltern / Personensorgeberechtigten angeboten, bei der Fallbesprechung anwesend zu sein?
☐ Ja / ☐ Nein / ☐ begründet nicht möglich und dokumentiert

E55 War ein Vertreter des Jugendamts bei den Fallbesprechungen anwesend?

Kommentiert [AW270]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

☐ Ja / ☐ Nein, von Seiten des Jugendamts nicht möglich / ☐ Nein (sonstige Gründe)

Wenn durchgeführt

E56 Was wurde in den Fallbesprechung besprochen? (Mehrfachnennung möglich - die Frage bezieht sich auf alle durchgeführten Fallbesprechungen. Bitte geben Sie an, was mindestens in einer Fallbesprechung besprochen wurde)

	Ja	Nein	Nein, begründet nicht notwendig und dokumentiert	Nicht dokumentiert
Besprechung aller gesammelten Informationen aus Anamnese	☐	☐	☐	☐
Befundauswertung /Besprechung der vorliegenden Untersuchungsbefunde	☐	☐	☐	☐
Besprechung dokumentierter Interaktionsbeobachtungen von Personensorgeberechtigten bzw. Eltern/ Kind	☐	☐	☐	☐
Besprechung, ob Jugendamt involviert werden muss	☐	☐	☐	☐
Besprechung, ob Polizei involviert werden muss	☐	☐	☐	☐
Besprechung, wer ein Gespräch mit dem Kind/dem Jugendlichen führt	☐	☐	☐	☐
Besprechung, wer ein Gespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten führt	☐	☐	☐	☐

Kommentiert [AW271]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Wenn Fallbesprechung durchgeführt: **E57** Was wurde in Bezug auf die Fallbesprechung bei JEDER Fallbesprechung dokumentiert? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Inhalte der Besprechung
☐ fachliche Einschätzung der Inhalte
☐ Festlegung der Handlungsschritte
☐ Datum /Uhrzeit
☐ Teilnehmende der Fallbesprechung
☐ Nicht dokumentiert

Gefährdungseinschätzung

E58 Was wurde zum Fallabschluss für die weitere Vorgehensweise berücksichtigt? (Mehrfachnennung möglich)
☐ Notwendigkeit und Einleitung von Schutzmaßnahmen
☐ Notwendigkeit und Einleitung von Hilfemaßnahmen
Wenn ja: **E581** Werden die Hilfemaßnahmen durch medizinische Einrichtungen abgedeckt?
☐ Ja, nur durch medizinische Einrichtungen
☐ Ja, durch medizinische Einrichtungen und nichtmedizinische Einrichtungen
Mit wem erfolgten Gespräche in Bezug auf Hilfemaßnahmen?
☐ Eltern/Personensorgeberechtigte
☐ Kind/Jugendlicher
☐ Nicht dokumentiert
☐ Mitteilung der abschließende Gefährdungsabschätzung an die weiterbehandelnde medizinische Einrichtung
☐ Nicht dokumentiert

E582 Wer war an der Gefährdungseinschätzung beteiligt:
☐ Arzt
☐ Pflegekraft
☐ Psychologe
☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes
☐ Anderes Unitpersonal
☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

E59 Bitte geben Sie an, wer bei der Gefährdungseinschätzung Kontakt zu Kind /Eltern /Personensorgeberechtigten hatte

	Ja	Nein	Nicht dokumentiert
Arzt	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐
Psychologe	☐	☐	☐
Mitarbeiter des Sozialdienstes	☐	☐	☐
Anderes Unitpersonal	☐	☐	☐

Wenn Arzt angekreuzt wurde:
E591 War mind. einer der an der Gefährdungseinschätzung beteiligten Ärzte Facharzt? ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Nicht dokumentiert

E510 Was beinhaltet die Dokumentation der Gefährdungseinschätzung? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Gefährdungseinschätzung in Bezug auf die aktuelle Situation /Schädigung des Kindes / Jugendlichen
☐ Gefährdungseinschätzung in Bezug auf die zukünftige Situation möglicher Schädigungen
☐ Festlegung der Handlungsschritte nach Fallabschluss

Kommentiert [AW272]: I: Bevor Sie diese Antwort ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen diese Frage indirekt beantworten können. Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW273]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

	☐ Nicht dokumentiert	
Pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung (z.B. durch das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW, Medizinische Kinderhotline, nichtmedizinische Einrichtungen)		
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
E6 Wurde eine pseudonymisierte/ anonymisierte Fallberatung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein ☐ begründet nicht notwendig und dokumentiert	Wenn ja. **E61 Bitte geben Sie an, mit wem:** (Mehrfachnennung möglich) ☐ Beratung durch Medizinische Kinderschutzhotline ☐ Beratung durch das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen ☐ Beratung durch das Jugendamt oder durch das Jugendamt beauftragte Einrichtungen ☐ Beratung durch (eigene oder andere) MeKidS.unit / Kinderschutzgruppen an einer MeKidS.unit ☐ Beratung durch andere Krankenhäuser / Kinderschutzgruppen an einem anderen Krankenhaus ☐ Beratung durch niedergelassene Ärzte ☐ Sonstige ☐ Nicht dokumentiert	**Wenn ja: E62 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist** ☐ Arzt **E621 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **E622 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **E623 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 30 Minuten ☐ 31 - 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **E624 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Fallspezifischer Austausch mit Jugendamt		
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
		Wenn ja: E71 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist

Kommentiert [AW274]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW275]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW276]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW277]: I: Zu den MeKidS.Units gehören die folgenden:

Katholisches Klinikum gGmbH Bochum (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln - Universität Witten / Herdecke, Klinikum Dortmund (Westfälisches Kinderzentrum Dortmund), Helios Klinikum Duisburg (Kinder- und Jugendklinik), Elisabeth-Krankenhaus Essen (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Bergmannsh...

Kommentiert [SD279]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können.

Kommentiert [LK278]: I: alle Krankenhäuser außer.die MeKidS.Units.

Kommentiert [AW280]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der

Kommentiert [AW281]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW282]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

E7 Fand ein fallspezifischer Austausch (ausgenommen ist die Kontaktaufnahme im Rahmen der erweiterten Anamnese) mit dem Jugendamt statt? ☐ ja ☐ nein ☐ nein, fachlich begründet und dokumentiert		☐ Arzt **E711 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 50 Minuten ☐ 51 - 70 Minuten ☐ 71 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **E712 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 50 Minuten ☐ 51 - 70 Minuten ☐ 71 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Psychologe **E713 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ anderes Unitpersonal **E714 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 35 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	E72 Was war Inhalt des fallspezifischen Austausches? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Telefonische Meldung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ☐ Austausch über Gefährdungseinschätzung ☐ Austausch über Schutzmaßnahmen ☐ Austausch über Hilfemaßnahmen ☐ Klärung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses, bei welcher medizinischen Einrichtung oder Behörde die Fallverantwortung liegt ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	
	E73 Bitte geben Sie an, was in Bezug auf den Fallaustausch dokumentiert wurde? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Gemeinsame Gefährdungseinschätzung ☐ Fallverantwortung ☐ Planung von Schutz-/Hilfemaßnahmen ☐ Datum /Uhrzeit ☐ Teilnehmende des Fallaustausches ☐ Nicht dokumentiert	
Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
		Wenn ja: E81 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist

Kommentiert [SD283]: I = Prüfung und Kontaktaufnahme vor / unmittelbar nach der Anamnese, ob bereits Kontakte zu anderen Einrichtungen, Beratungsstellen oder Behörden, wie bspw. Jugendamt, besteht

Kommentiert [SD284]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [LK285]: I: Hier wird erfragt, ob die Fallverantwortung bei einer medizinischen oder nichtmedizinischen Einrichtung liegt bzw. eine gemeinsame Fallverantwortung vorliegt

Kommentiert [AW286]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW287]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW288]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

E8 Wurde ein Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt? ☐ ja ☐ nein		☐ Arzt **E811 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 50 Minuten ☐ 51 - 70 Minuten ☐ 71 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **E812 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 50 Minuten ☐ 51 - 70 Minuten ☐ 71 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **E813 Dauer (gesamt): ☐ < 60 Minuten ☐ 60 - 75 Minuten ☐ 76 - 90 Minuten ☐ 91 - 105 Minuten ☐ > 105 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **E814 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 50 Minuten ☐ 51 - 70 Minuten ☐ 71 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
E9 Erfolgten aufgrund des Abklärungsprozesses zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen/Behörden mit Bezug zum Abklärungsprozess, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden? (ausgenommen sind Kontakte zum Jugendamt)? ☐ **ja** ☐ **nein**		**Wenn ja: E91 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist** ☐ Arzt **E911 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Pflegekraft **E912 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Psychologe **E913 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **E914 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **E915 Dauer (gesamt): ☐ < 10 Minuten ☐ 10 - 20 Minuten ☐ 21 - 30 Minuten ☐ 31 - 40 Minuten ☐ > 40 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
	E92 Erfolgte ein fallspezifischer Austausch mit Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft, Familiengericht)?	

Kommentiert [SD289]: I = Kontakte im Zusammenhang mit medizinischem Kinderschutz zu med. Einrichtungen (z.B. Therapeuten, niedergelassenen Kollegen, etc.).

Kommentiert [AW290]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [SD291]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, ...

Kommentiert [AW292]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [AW293]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW294]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [AW295]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [SD296]: I = z.B. Drogenberatungsstelle, Wohneinrichtungen/-gruppen für Jugendliche, Behörden (ausgenommen Jugendamt) etc.

Kommentiert [AW297]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der ...

Kommentiert [SD298]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, ...

	☐ Ja, mit der Polizei ☐ Ja, mit der Staatsanwaltschaft ☐ Ja, mit dem Familiengericht ☐ Nein

Dokumentation und Entlassung

Arztbrief		
Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den im Folgenden erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.		
F1 Wurde ein Arztbrief erstellt? ☐ ja ☐ nein	Wenn ja: **F11** Bitte geben Sie an, welche der folgenden Inhalte der Arztbrief enthält? (Bitte kreuzen Sie alles an, was stimmt.) ☐ Gefährdungseinschätzung aus multiprofessioneller Sicht ☐ Gefährdungseinschätzung nur aus ärztlicher Sicht ohne multiprofessionelle Beteiligung ☐ Dokumentation in laienverständlicher Sprache ☐ T74 Kodierung	
		Wenn ja: F12 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit insgesamt dafür angefallen ist
		☐ Arzt **F121 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Psychologe **F122 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 50 Minuten ☐ 51 - 70 Minuten ☐ 71 - 90 Minuten ☐ > 90 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **F123 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**

Kommentiert [LK299]: I: Entlassbrief/Ambulanzbrief/Notfallbericht

Kommentiert [AW300]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung.

Kommentiert [AW301]: I: Hiermit sind alle prä-/teil-/nachstationären Aufenthalte der stationäre Fälle bzw. alle Vorstellungen in den Ambulanzen mit gemeint.

Kommentiert [AW302]: I: Einleitung des Abklärungsprozesses zur Gefährdungseinschätzung

Kommentiert [LK303]: I: dies kann in dem Arztbrief / Entlassbrief integriert sein oder als zusätzlicher Brief bestehen

Kommentiert [LK304]: Entfällt, wenn nicht kodiert wurde

		☐ anderes Unitpersonal **F124 Dauer (gesamt): ☐ < 30 Minuten ☐ 30 - 40 Minuten ☐ 41 - 50 Minuten ☐ 51 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Zusätzliche Dokumentation		
F2 Wurde zusätzlich eine fallspezifische kinderschutzbezogene Dokumentation durchgeführt, d.h. zusätzlich zu der sonst üblichen Dokumentation? ☐ ja ☐ nein	**F21** Welches Dokumentationstool wurde benutzt? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Papiervordrucke ☐ Textvorlagen für Einträge im Arztinformationssystem ☐ MeKidS.support ☐ iGOBSIS ☐ Sonstige	**Wenn ja: F22 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist** ☐ Arzt **F221 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 30 Minuten ☐ 31 - 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Pflegekraft **F222 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 30 Minuten ☐ 31 - 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Psychologe **F223 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 30 Minuten ☐ 31 - 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **F224 Dauer (gesamt): ☐ < 20 Minuten ☐ 20 - 40 Minuten ☐ 41 - 60 Minuten ☐ 61 - 80 Minuten ☐ > 80 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ anderes Unitpersonal **F225 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 30 Minuten ☐ 31 - 45 Minuten ☐ 45 - 60 Minuten ☐ > 60 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Koordinations- und Organisationsaufgaben (z.B. im Rahmen von Absprachen, Terminfindung, Entlassmanagement, etc.)		
F3 Sind zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben aufgrund des Abklärungsprozesses bzw. des Weiterleitungsprozesses eines Kinderschutzfalls (z.B. im Rahmen von Absprachen, Terminfindung, Entlassmanagement etc.) angefallen, die bisher nicht berücksichtigt sind? ☐ ja ☐ nein		**Wenn ja: F31 Bitte geben Sie an, wer bei dem zusätzlichen Organisations- und Koordinationsaufwand beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist** ☐ Arzt **F311 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Pflegekraft **F312 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Psychologe **F313 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes

Kommentiert [SD305]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [LK306]: Für die Baselinerhebung: MeKidS.support nicht abfragen

Kommentiert [SD307]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [LK308]: I: z.B. Absprachen mit Kollegen, Terminierungen von Fallbesprechungen etc.

		F314 Dauer (gesamt): ☐ **< 30 Minuten** ☐ **30 - 50 Minuten** ☐ **51 - 70 Minuten** ☐ **71 - 90 Minuten** ☐ **> 90 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Administrative Mitarbeiter **F315 Dauer (gesamt)**: ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ anderes Unitpersonal **F316 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Weiterer interner fachlicher Austausch		
F4 Gab es darüber hinaus weiteren internen (schriftlichen und / oder mündlichen) fachlichen Austausch aufgrund des Abklärungsprozesses (bspw. im Rahmen der Erstellung des Arztbriefs, Rücksprachen zwischen den Berufsgruppen)? ☐ Ja ☐ Nein		**Wenn ja: F41 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist** ☐ Arzt **F411 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Pflegekraft **F412 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Psychologe **F413 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **F414 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ anderes Unitpersonal **F415 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Nur stationär: Tag der Entlassung		
F5 Sind am Tag der Entlassung noch zusätzliche bisher nicht abgebildete Gespräche (z.B. Entlassgespräch) oder besondere Aufgaben mit Bezug zum Abklärungsprozess für die Entlassung (z.B. Betreuung des Kindes bis	Wenn ja: **F51** Was erfolgte am Tag der Entlassung? ☐ zusätzliche bisher nicht abgebildete Gespräche (z.B. Entlassgespräch) mit dem Kind/Jugendlichen	**Wenn ja: F52 Bitte geben Sie an, wer beteiligt war und wie viel Zeit dafür angefallen ist** ☐ Arzt **F521 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**
		☐ Pflegekraft **F522 Dauer (gesamt):** ☐ **< 5 Minuten** ☐ **5 - 15 Minuten** ☐ **16 - 25 Minuten** ☐ **26 - 35 Minuten** ☐ **> 35 Minuten** ☐ **Zeitangabe nicht dokumentiert**

Kommentiert [LK309]: I: z.B. Sekretariat, Stationssekretäre, Schreibkräfte

Kommentiert [SD310]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [SD311]: I = ausgenommen sind Terminabsprachen, Kommunikation im Rahmen des Entlassmanagements oder der Befundauswertungen.

Kommentiert [SD312]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [LK318]: Bei Dauer für jede Berfufsgruppe i Punkt einfügen:

Bei der Angabe der Dauer berücksichtigen Sie bitte neben ggf. Aufgaben/Maßnahmen, die bisher noch nicht abgebildet wurden und am Entlasstag angefallen ...

Kommentiert [AW313]: I: hiervon ausgenommen sind vorbereitende Maßnahmen im Rahmen des Entlassmanagements als auch Gespräche mit dem Jugendamt oder Absprachen zum Arztbrief.

Kommentiert [AW314]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und ...

Personensorgeberechtigte oder Jugendamt vor Ort ist) angefallen? ☐ Ja ☐ Nein	☐ zusätzliche bisher nicht abgebildete Gespräche (z.B. Entlassgespräch) mit den Eltern / Personensorgeberechtigten ☐ Sonstige besondere Aufgaben	☐ Psychologe **F523 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Mitarbeiter des Sozialdienstes **F524 Dauer (gesamt): ☐ < 15 Minuten ☐ 15 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ 36 - 45 Minuten ☐ > 45 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ anderes Unitpersonal **F525 Dauer (gesamt): ☐ < 5 Minuten ☐ 5 - 15 Minuten ☐ 16 - 25 Minuten ☐ 26 - 35 Minuten ☐ > 35 Minuten ☐ Zeitangabe nicht dokumentiert** ☐ Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Worüber wurde der/die Personensorgeberechtigte(n) befragt/informiert bzw. was wurde erörtert? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ressourcen
- ☐ Möglichkeit der Mitarbeit für die Eltern
- ☐ Belastungen
- ☐ Schritte des Abklärungsprozess
- ☐ Diagnosen
- ☐ Rechtliche Aspekte
- ☐ Erörterung der Sorge um das Kind
- ☐ Nicht dokumentiert

Was wurde in Bezug auf das Gespräch mit den Personensorgeberechtigten dokumentiert? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Gesprächsinhalte
- ☐ Datum/Uhrzeit
- ☐ Teilnehmende des Gesprächs
- ☐ Nicht dokumentiert.

Worüber wurde das Kind / der Jugendliche befragt / informiert? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Zu aktuellen Ereignissen
- ☐ Zu früheren Ereignissen
- ☐ Zum psychischen Befinden
- ☐ Zum Willen des Kindes/ des Jugendlichen
- ☐ Zum Abklärungsprozess
- ☐ Nicht dokumentiert

Was wurde in Bezug auf das Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen dokumentiert? (Mehrfachnennung möglich)

Kommentiert [AW315]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [SD316]: I = hiervon ausgenommen sind die vorbereitenden Maßnahmen im Rahmen des Entlassmanagements als auch Gespräche mit dem Jugendamt oder Absprachen zum Arztbrief

Kommentiert [AW317]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [SD319]: I: Bevor Sie diese Antwortoption ankreuzen, prüfen Sie bitte, ob Sie anhand der Angaben in den vorliegenden Unterlagen indirekt ableiten können, welche Berufsgruppe(n) beteiligt war(en). Diese Angaben können z.B. aus dem Anamnese-/Untersuchungsbogen, Visiteneinträgen in der Kurve, Einträgen im Pflegebericht, Gesprächsdokumentationen in der Akte / im Kliniksystem oder weiteren fallbezogenen Dokumenten entstammen.

Kommentiert [AW320]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die Eltern, es können aber auch andere Personen dazu benannt sein.

Kommentiert [AW321]: I: Hiermit sind die Personen gemeint, die die Personensorgeberechtigung für das Kind/den Jugendlichen haben. In der Regel sind dies die ...

Kommentiert [LK322]: I: Dokumentation der erhobenen Gesprächsinhalte ohne Bewertung

Kommentiert [AW323]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess ...

☐ Gesprächsinhalte
☐ Datum / Uhrzeit
☐ Teilnehmende des Gesprächs
☐ Zum Willen des Kindes / des Jugendlichen
☐ Zum Abklärungsprozess
☐ Nicht dokumentiert

F6 Gab es zusätzlichen Betreuungs- und / oder Pflegeaufwand aufgrund des Abklärungsprozesses, d.h. Betreuungs- und / oder Pflegeaufwand, der höher als bei einem anderen gleichaltrigen Kind mit vergleichbarem Entwicklungsstand / Gesundheitszustand war?
☐ Ja ☐ Nein

Kommentiert [LK324]: I: Dokumentation der erhobenen Gesprächsinhalte ohne Bewertung

Kommentiert [AW325]: I: Hiermit ist die Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht, gemeint. Der Abklärungsprozess beschreibt somit den gesamten Prozess (inkl. Gespräche, Beobachtungen, fachlicher Austausch und apparative sowie nonapparative Diagnostik) bis zur Gefährdungseinschätzung

Abrechnungsdaten

Erfassung der Abrechnungsdaten von ambulanten MeKidS.best-Fällen		
Informationen sind vom (Medizin-) Controlling oder der Abrechnung der MeKidS.unit einzuholen: Ausfüllhinweis: Anzugeben sind alle mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechneten Positionen, die im Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung des konkreten Kinderschutzfalles in der jeweiligen MeKidS.unit zum Tragen gekommen sind. Mehrfachnennungen sind daher möglich.		
Bitte geben Sie alle dokumentierten Behandlungsdiagnosen (ICD) inkl. Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit an: *(Bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)*		
Wie wurde die ambulante Behandlung in dem oben genannten Zeitraum abgerechnet?	☐ Notfallpauschale • Anzahl der Notfallpauschalen: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Vorstationäre Pauschale	

Kommentiert [AW326]: I: Inkludiert sind auch vorläufig gesetzlich versicherte Patienten

Kommentiert [AW327]: I: A (ausgeschlossene Diagnose), G (gesicherte Diagnose, V (Verdachtsdiagnose), Z ((symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose)

Kommentiert [PB328]: I: Hier sind ambulante Kontakte gemeint, denen sich keine stationäre Aufnahme angeschlossen hat. Vorstationäre Kontakte, die im Vorfeld einer stationären Behandlung erfolgten, sind über die stationäre Behandlung zu dokumentieren.

(Mehrfachnennung möglich)	• Welche vorstationäre Pauschale? ☐ Pädiatrie ☐ Andere Fachabteilung ☐ Großgerätezuschlag (DKG-NT-Leistungsziffern) ☐ Abklärungsuntersuchung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V • Anzahl der Abklärungsuntersuchungen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum • Bitte geben sie die Quartalspauschale in € an: _____ • Anzahl der abgerechneten Quartalspauschalen: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Institutsambulanz • Bitte geben Sie die Gebührenordnungspositionen (EBM) der Institutsambulanz an: *(Bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)* _____ ☐ Persönliche Ermächtigung • Bitte geben Sie die Gebührenordnungspositionen (EBM) an, die im Rahmen der persönlichen Ermächtigung abgerechnet wurden: *(Bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)* _____ ☐ Pädiatrische Spezialambulanz nach § 120 Abs. 1a SGB V • Bei Abrechnung über eine Pauschale: In welcher Höhe wird die Pauschale für die pädiatrische Spezialambulanz abgerechnet (in €)? _____ • Anzahl abgerechneter Pauschalen für die pädiatrische Spezialambulanz: ☐ 1 ☐ 2 • Andere Vergütung der pädiatrischen Spezialambulanz (Entgelthöhe in €): _____ ☐ Hochschulambulanz • In welcher Höhe wird die Pauschale für die Hochschulambulanz abgerechnet (in €)? _____ • Anzahl abgerechneter Pauschalen für die Hochschulambulanz: ☐ 1 ☐ 2 • Weitere Pauschalen der Hochschulambulanz (gesamte Entgelthöhe in €): _____ ☐ Ambulante Operation nach § 115b SGB V • Bitten geben sie die Gebührenordnungspositionen (EBM) der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an: *(Bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)*_____ ☐ Frühförderung (SGB IX, Rehabilitationsträger) • Bei Behandlung im Zusammenhang mit einer Frühförderung: Was wurde mit dem Eingliederungshilfeträger (SGB IX, Rehabilitationsträger) abgerechnet (in €)? _____ • Bei Behandlung im Zusammenhang mit einer Frühförderung: Was wurde mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet (in €)? _____ ☐ Andere Vergütung

Kommentiert [PB329]: I: Hier ist nicht die Privatambulanz gemeint, es geht um die Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung

	• Bei einer anderen, als den aufgeführten Vergütungsformen: Was wurde mit der gesetzlichen Krankenversicherung (gemäß SGB V) abgerechnet (in €)? _____ • Bei einer anderen, als den aufgeführten Vergütungsformen: Was wurde mit dem Rehabilitationsträger (gemäß SGB IX) abgerechnet (in €)? _____ • Bei einer anderen, als den aufgeführten Vergütungsformen: Was wurde mit der Kinder- und Jugendhilfe (gemäß SGB VIII) abgerechnet (in €)? _____	
Erfassung der Abrechnungsdaten von stationären MeKidS.best-Fällen		
Informationen sind vom (Medizin-) Controlling oder der Abrechnung der MeKidS.unit einzuholen: Ausfüllhinweis: Anzugeben sind alle mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechneten Positionen, die im Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung des konkreten Kinderschutzfalles in der jeweiligen MeKidS.unit zum Tragen gekommen sind. Mehrfachnennungen sind daher möglich.		
Bitte geben sie die Aufnahmediagnosen (ICD) an: *(Bei Mehrfachnennungen bitte durch Semikolon getrennt)*		
Bitte geben sie die Hauptdiagnose (ICD) an: *(Ihre Antwort muss ein ICD-Code sein.)*		
Bitte geben sie die Nebendiagnosen (ICD) an: *(bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)*		
Bitte geben sie die Prozeduren (OPS) an:		
Bitte geben sie die Verweildauer (in Belegungstagen) an:		
Wurde eine DRG abgerechnet?	☐ Ja **Bitte geben sie die DRG an**: _____ **Bitte geben Sie das DRG-Entgelt (inklusive Zu- und Abschläge) in € an:** _____ **Bitte geben Sie das Pflegeentgelt in € an:** _____ ☐ Nein **Bitte geben Sie die PEPP an:** _____ **Bitte geben sie das PEPP-Entgelt in € an:** _____	
Bitte geben Sie den Entlassungsgrund an:	☐ Behandlung regulär beendet	

Kommentiert [AW330]: I: gemäß Fallpauschalenvereinbarung

Kommentiert [AW331]: I: Bei Nicht-Vorliegen einer Vereinbarung über die Höhe des krankenhausindividuellen Pflegebudgets sind die jeweils geltenden gesetzlichen, vorläufigen Pflegeentgeltwerte zu berücksichtigen.

	☐ Behandlung regulär beendet, nächststationäre Behandlung vorgesehen ☐ Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet ☐ Verlegung in ein anderes Krankenhaus ☐ Tod ☐ Anderer Entlassungsgrund	
Erfolgten vor der stationären Aufnahme vorstationäre Behandlungen?	☐ Ja **Geben sie bitte die Anzahl an in Bezug auf:** • Vorstationäre Behandlungen ☐ 1 ☐ 2 ☐ >2 **Was wurde für die vorstationäre Behandlung abgerechnet?** ☐ Vorstationäre pädiatrische Pauschale ☐ Vorstationäre Pauschale andere Fachabteilungen ☐ Großgerätezuschläge (DKG-NT-Leistungsziffern) • **Bitte geben Sie die abgerechneten Großgerätezuschläge (DKG-NT-Leistungsziffern) an:** *(Bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)* _____ **Geben sie bitte die Anzahl in Bezug auf:** • Vorstationäre pädiatrische Pauschlage ☐ 1; ☐ 2; ☐ >2 • Vorstationäre Pauschale andere Fachabteilungen ☐ 1; ☐ 2; ☐ >2 ☐ Nein	
Wurde bei diesem Fall eine nachstationäre Behandlung gesondert abgerechnet?	☐ Ja **Was wurde für diesen Fall für die nachstationäre Behandlung gesondert abgerechnet?** *(Mehrfachnennung möglich)* ☐ Nachstationäre pädiatrische Pauschale ☐ Vorstationäre Pauschale andere Fachabteilungen ☐ Großgerätezuschläge (DKG-NT-Leistungsziffern) • **Bitte geben Sie die abgerechneten Großgerätezuschläge (DKG-NT-Leistungsziffern an:** *(Bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt)* _____ ☐ Nein	
Wurde bei diesem Fall ein Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt abgerechnet?	☐ Ja **Bitte geben Sie die OPS an:** (bei Mehrfachnennung bitte durch Semikolon getrennt) _____ **Bitte geben sie das OPS-Entgelt in € an:** _____ ☐ Nein	
Wurde eines der folgenden Entgelte abgerechnet?	☐ Teilstationäre Behandlung **Welcher Betrag (in €) wurde für die teilstationäre Behandlung abgerechnet?** _____	

Kommentiert [AW332]: I: Alternativ (nicht zusätzlich) können die Entgeltschlüssel angegeben werden, die mit der GKV abgerechnet werden

Kommentiert [AW333]: I: In der Erprobungsphase darf das Zusatzentgelt, das sich aus dem OPS 1-945 generiert, nicht mit der GKV abgerechnet werden

Kommentiert [BN334]: I: Summe aller E2, E3.2 und NUB-Entgelte

	☐ Medizinisch begründete Begleitperson (mit GKV abgerechnet) **Welcher Betrag (in €) wurde für die medizinisch begründete Begleitperson (mit der GKV) abgerechnet?** _____ ☐ Andere Entgelte **Bitte geben Sie die Summe der anderen Entgelte in € an:** _____

Kommentiert [AW335]: I: Bei mehr als einem anderen Entgelt die Summe.

Misshandlungsverdächtige Hämatome

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik)		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**aus guten Gründen nicht erfolgt**
	G1 Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde:					
	Basislabor* mit vollständiger Gerinnungsdiagnostik					
	INR,	o	o	o	o	o
	aPTT	o	o	o	o	o
	Fibrinogen	o	o	o	o	o
	Blutbild mit Leukozytendiff.	o	o	o	o	o
	*bei Auffälligkeiten:					
	- Einzelfaktoren:					
	Faktor XIII	o	o	o	o	o
	Faktoren VIII & IX bei Jungen	o	o	o	o	o
	- von-Willebrand Diagnostik:					
	VWF-Antigen	o	o	o	o	o
	VWF-Kollagenbindungsaktivität	o	o	o	o	o
	VWF-Aktivität	o	o	o	o	o
	Blutgruppe	o	o	o	o	o
	G2 Bitte geben Sie an, ob einenachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine hämostatseologische Erkrankung und Empfehlung für eine weitere Diagnostik erfolgt ist	o	o	o	o	o

Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**aus guten Gründen nicht erfolgt**
	G3 Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist: Röntgenskelettscreening					
	1. Schädel a-p	O	O	O	O	O
	2. Schädel seitlich	O	O	O	O	O
	3. Thora a-p	O	O	O	O	O
	4. Oberarm a-p links	O	O	O	O	O
	5. Oberarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	6. Unterarm a-p links	O	O	O	O	O
	7. Unterarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	8. Hand p-a links	O	O	O	O	O
	9. Hand p-a rechts	O	O	O	O	O
	10. Oberschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	11. Oberschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	12. Unterschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	13. Unterschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	14. Fuß d-p links	O	O	O	O	O
	15. Fuß d-p rechts	O	O	O	O	O
	Ggf. Zusammenfassung bei kleinem Kind wie folgt:					
	Ober-/Unterarm a-p links	O	O	O	O	O
	Ober-/Unterarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	Ober-/Unterschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	Ober-/Unterschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	Falls keine Rippenfrakturen gefunden wurden:					
	16. Thorax schräg links	O	O	O	O	O
	17. Thorax schräg rechts	O	O	O	O	O

	Bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen:					
	18. Wirbelsäule seitlich	O	O	O	O	O
	19. Becken und Hüften a-p	O	O	O	O	O
	Trotz fehlender Detektion von Frakturen und bestehendem begründeten Verdacht auf Kindesmisshandlung					
	Wiederholung Thorax a-p und Nr. 4-15 nach 11-14 Tagen	O	O	O	O	O
	Bei Auffälligkeiten im Röntgenskelettscreening:					
	Funduskopie	O	O	O	O	O
	MRT Schädel	O	O	O	O	O
	Bei auffälligem Befund von Schädelsonographie oder MRT Schädel:					
	Durchführung MRT Wirbelsäule	O	O	O	O	O
	Bei auffälligem Befund MRT Wirbelsäule:					
	Ganzkörper MRT	O	0	0	0	O
	*Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße (dies soll vermerkt werden)	O	O	O	O	O
	G4 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der	O	O	O	O	o

	bildgebenden Diagnostik durch einen Radiologen und einen weiteren Arzt mit Kinderschutzerfahrung mit Hinblick auf eine körperliche Misshandlung?					
	G5 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	O	O	O	O	o

Misshandlungsverdächtige Frakturen

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik)		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	H1 Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde:					
	Labor:					
	im Blut:					
	kl. Blutbild	O	O	O	O	O
	Kalzium	O	O	O	O	O
	Phosphat	O	O	O	O	O
	alkalische Phosphatase	O	O	O	O	O
	Gallensäuren	O	O	O	O	O
	Kreatinin	O	O	O	O	O
	25 OH-Vitamin D	O	O	O	O	O
	Parathormon	O	O	O	O	O

	Transaminasen	O	O	O	O	O
	H2 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine Erkrankung mit Einfluss auf den Knochenstoffwechsel und Empfehlung für eine weitere Diagnostik?	o	o	o	o	o
Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	H3 Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist: Röntgenskelettscreening					
	1. Schädel a-p	O	O	O	O	O
	2. Schädel seitlich	O	O	O	O	O
	3. Thora a-p	O	O	O	O	O
	4. Oberarm a-p links	O	O	O	O	O
	5. Oberarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	6. Unterarm a-p links	O	O	O	O	O
	7. Unterarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	8. Hand p-a links	O	O	O	O	O
	9. Hand p-a rechts	O	O	O	O	O
	10. Oberschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	11. Oberschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	12. Unterschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	13. Unterschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	14. Fuß d-p links	O	O	O	O	O
	15. Fuß d-p rechts	O	O	O	O	O
	Ggf. Zusammenfassung bei kleinem Kind wie folgt: Ober-/Unterarm a-p links	O	O	O	O	O

	Ober-/Unterarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	Ober-/Unterschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	Ober-/Unterschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	Falls keine Rippenfrakturen gefunden wurden:					
	16. Thorax schräg links	O	O	O	O	O
	17. Thorax schräg rechts	O	O	O	O	O
	Bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen:					
	18. Wirbelsäule seitlich	O	O	O	O	O
	19. Becken und Hüften a-p	O	O	O	O	O
	Trotz fehlender Detektion von Frakturen und bestehendem begründeten Verdacht auf Kindesmisshandlung Wiederholung Thorax a-p und Nr. 4-15 nach 11-14 Tagen	O	O	O	O	O
	Bei Auffälligkeiten im Röntgenskelettscreening:					
	Funduskopie	O	O	O	O	O
	MRT Schädel	O	O	O	O	O
	Bei auffälligem Befund von Schädelsonographie oder MRT Schädel:					
	Durchführung MRT Wirbelsäule	O	O	O	O	O
	bei auffälligem Befund MRT Wirbelsäule:					

	Ganzkörper MRT *Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße (dies soll vermerkt werden)	O O	O O	O O	O O	O O
	H4 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der bildgebenden Diagnostik durch einen Radiologen und einen weiteren Arzt mit Kinderschutzerfahrung n Hinblick auf eine körperliche Misshandlung?	O	O	O	O	o
	Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	O	O	O	O	O

NASHT

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik)		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	I1 Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde: Basislabor* mit vollständiger Gerinnungsdiagnostik INR, aPTT	 o o	 o o	 o o	 o o	 o o

	Fibrinogen	o	o	o	o	o
	Blutbild mit Leukozytendiff.	o	o	o	o	o
	Transaminasen	o	o	o	o	o
	Pankreasenzyme	o	o	o	o	o
	Creatinkinase	o	o	o	o	o
	Creatinin	o	o	o	o	o
	Kupfer	o	o	o	o	o
	Coeruloplasmin					
	*bei Auffälligkeiten:					
	- Einzelfaktoren:	o	o	o	o	o
	Faktor XIII	o	o	o	o	o
	Faktoren VIII & IX bei Jungen	o	o	o	o	o
	- von-Willebrand Diagnostik:					
	VWF-Antigen	o	o	o	o	o
	VWF-Kollagenbindungsaktivität	o	o	o	o	o
	VWF-Aktivität	o	o	o	o	o
	Urin:					
	Organische Säuren	o	o	o	o	o
	Drogenscreening	o	o	o	o	o
	I2 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine hämostatseologische oder andere differentialdiagnostische Erkrankung und Empfehlung für eine weitere Diagnostik?	o	o	o	o	o

Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	I3 Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist:MRT-Schädel mit diffusionswichtender Sequenz, ggf. suszeptibilitätsgewichtete Sequenz	o	o	o	o	o
	MRT-Wirbelsäule mit diffusionswichtender Sequenz, ggf. suszeptibilitätsgewichtete Sequenz	o	o	o	o	o
	Ganzkörper MRT	o	o	o	o	o
	Bei vitaler Bedrohung	o	o	o	o	o
	CT-Schädel	o	o	o	o	o
	Funduskopie					
	Röntgenskelettscreening:	O	O	O	O	O
	1. Schädel a-p	O	O	O	O	O
	2. Schädel seitlich	O	O	O	O	O
	3. Thora a-p	O	O	O	O	O
	4. Oberarm a-p links	O	O	O	O	O
	5. Oberarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	6. Unterarm a-p links	O	O	O	O	O
	7. Unterarm a-p rechts	O	O	O	O	O
	8. Hand p-a links	O	O	O	O	O
	9. Hand p-a rechts	O	O	O	O	O
	10. Oberschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	11. Oberschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O
	12. Unterschenkel a-p links	O	O	O	O	O
	13. Unterschenkel a-p rechts	O	O	O	O	O

	14. Fuß d-p links 15. Fuß d-p rechts Ggf. Zusammenfassung bei kleinem Kind wie folgt: Ober-/Unterarm a-p links Ober-/Unterarm a-p rechts Ober-/Unterschenkel a-p links Ober-/Unterschenkel a-p rechts Falls keine Rippenfrakturen gefunden wurden: 16. Thorax schräg links 17. Thorax schräg rechts Bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen: 18. Wirbelsäule seitlich 19. Becken und Hüften a-p Trotz fehlender Detektion von Frakturen und bestehendem begründeten Verdacht auf Kindesmisshandlung Wiederholung Thorax a-p und Nr. 4-15 nach 11-14 Tagen *Fehlertoleranz für Röntgen Hände und Füße (dies soll vermerkt werden)	O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O	O O O O O O O O O O
	I4 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der bildgebenden Diagnostik durch	O	O	O	O	O

	einen Radiologen und einen weiteren Arzt mit Kinderschutzerfahrung mit Hinblick auf eine körperliche Misshandlung?					
	I5 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?	O	O	O	O	O

Sexueller Missbrauch

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik)		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	J1: Wie lange lag das Ereignis vermutlich zurück? < 72h >72h Ereignis vermutlich < 72h zurückliegend :	o	o	o	o	o
	J11: Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde: Schwangerschaftstest bei Mädchen im gebärfähigen Alter	O				O
	Erfolgte eine Nofallkontrazeption?	O	O	O	O	O

	ggf. toxikologische Untersuchung	O	O	O	O	O
	(erster) Urin und Serum	O	O	O	O	O
	(Rückstellprobe forensisch	O	O	O	O	O
	akkreditiertes Labor)	O	O	O	O	O
		O	O	O	O	O
	Spurensicherung					
	Abstriche					
	Kleidungsstücke					
	Schneiden der Fingernägel					
	Auskämmen der Schamhaare					
	Ereignis vermutlich > 72h zurückliegend:					
	J12: Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde?					
	Schwangerschaftstest bei Mädchen im gebärfähigen Alter	O	O	O	O	O
	Untersuchung auf sexuell übertragbare Erkrankungen bei chron. sexuellem Missbrauch / unklaren Ereignissen					
	Chlamydia trachomatis	O	O	O	O	O
	Neisseria gonorrhea	O	O	O	O	O
	Trichomonas vaginalis	O	O	O	O	O

	J2 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf einen sexuell-körperlichen Übergriff?	o	o	o	o	o
Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
Grundlage 1 O Facharzt mit weiterem Arzt	J3: Bitte geben Sie an, was/wie erfolgt ist? bei schwerwiegender akuter Verletzung: Trauma Bauchraum/Becken untersucht	O	O	O	O	O
	ggf. ergänzende Diagnostik wie bei Hämatomen/Frakturen oder dokumentieren, warum nicht	O	O	O	O	O
	J4: Erfolgte eine Kolposkopie?	O	O	O	O	O
	J5 Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der bildgebenden Diagnostik durch einen Radiologen und einen weiteren Arzt mit Kinderschutzerfahrung mit Hinblick auf eine körperliche Misshandlung?	O	O	O	O	O
	J6 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch	O	O	O	O	O

	einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?					

Neonatales Drogenentzugssyndrom

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik)		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	K1 Bitte geben Sie an, was /wie durchgeführt wurde: Drogenscreening im Urin oder Mekonium z.B. Finnigan-Score mindestens 4 - 7 Tage nach Geburt	O O	O O	O O	O O	O O
Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**Aus guten Gründen nicht erfolgt**
	K2 Wurde ein Besuchs- und Interaktionsprotokoll geführt?	o	o	o	o	o

Misshandlungsverdächtige Thermische Verletzung

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik)		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Nicht erfolgt**	**aus guten Gründen nicht erfolgt**		
	L1 Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde: - Vorstellungszeitpunkt in Relation zum Verletzungszeitpunkt - (Unterscheidung: akute Vorstellung < 3h nach Ereignis oder Vorstellung > 3h nach Ereignis) dokumentiertUnfallanamnese erhoben - Thematisierung der Aufsichtspflicht	O O O	O O O	O O O		
Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**		**nicht erfolgt**	**aus guten Gründen nicht erfolgt**
	L2 Bitte geben Sie an, was/wie in Bezug auf die thermische Verletzung dokumentiert wurde: - Dokumentation des Verletzungsmusters - Dokumentation der Lokalisation - Dokumentation der Verbrühungs-	O O O	O O O		O O O	O O O

	/Verbrennungsausmaß in % Körperoberfläche - Dokumentation der Verbrühungs-/Verbrennungstiefe - Fotodokumentation	O	O		O	O

Körperliche oder emotionale Vernachlässigung / Emotionale Misshandlung

Item 3 erweiterte Diagnostik (mit Ausnahme der bildgebenden Diagnostik		**In eigener Einrichtung durchgeführt**	**Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)**	**veranlasst**	**nicht erfolgt**	**aus guten Gründen nicht erfolgt**	**Nicht dokumentiert**
	M1 Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde: Indikation für die Diagnostik von Defiziten in folgenden Bereichen überprüft: a. Bereich Motorik b. Bereich Sprache c. Sozial-emotionaler Bereich d. Bereich Kognition Zahnärztliche Vorstellung empfohlen Organische Ursachen ausgeschlossen	O O O O O O o	O O O O O O o	O O O O O O o	O O O O O O o	O O O O O O o	O O O O O O o

Item 4 fallspezifische Zusatzdiagnostik/bildgebende Diagnostik							
Grundlage 1 Facharzt mit weiterem Arzt	M2 Bitte geben Sie in welchen Bereichen die Überprüfung von Hinweisen auf Defizite des elterlichen Eingehens erfolgte: (Mehrfachauswahl) ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Aufsichtspflicht ☐ Emotionale Fürsorge und Förderung ☐ Bindung ☐ Körperliche Unversehrtheit ☐ Pflege ☐ Es lagen keine der genannten Hinweise vor ☐ Fehlendes elterliches Eingehen wurde nicht überprüft ☐ Nicht dokumentiert						

.

.

.

Manual zum Ausfüllen der fallbezogenen Evaluationsbögen (FED)

Baselinephase und Erprobungsphase

MeKidS.units

Einleitung

Wozu dient dieses Manual?

Dieses Manual versteht sich als Ausfüllhilfe zu dem Fragebogen der fallbezogenen Evaluation in der Erprobungsphase.

Bei der retrospektiven Eingabe der ersten abgeschlossenen MeKidS.best-Fälle in den **F**allbezogenen **E**valuations-**D**okumentations-Bogen (FED-Bogen) im Dokumentationssystem Lime Survey ist es auf Seiten der MeKidS.units zu Rückfragen gekommen. Schwierigkeiten ergaben sich in Bezug auf einige Begriffsdefinitionen (siehe auch „Manual für die Baselinephase“) sowie hinsichtlich der Erfassung der zeitlichen Ressourcenverbräuche und ihrer Aufteilung auf die unterschiedlichen Fragenkomplexe im FED-Bogen.

Das Manual ist insofern als Ausfüllhilfe für eine einheitliche Übertragung der MeKidS.unit-internen dokumentierten Informationen in den FED-Bogen in Lime Survey zu verstehen.

Es ist sinnvoll, das Manual nicht als alleiniges Werk zu verstehen, sondern sich kombiniert mit dem Fragebogen entweder in LimeSurvey oder in der Wordversion anzuschauen.

Wie ist dieses Manual aufgebaut?

Das Manual ist in zwei Blöcke aufgeteilt

I. Begriffsbestimmungen
II. Ausfüllhilfe zu den Ressourcenverbräuchen

zu I: Die „Begriffsbestimmungen“ dienen dazu, Begrifflichkeiten eindeutig zu erläutern. Dieser Abschnitt wurde den MeKidS.units schon zur Baseline zur Verfügung gestellt und hat sich seitdem nicht mehr verändert.

zu II: Die „Ausfüllhilfe zu den Ressourcenverbräuchen“ soll an einem Beispiel die Logik darstellen, mit der die intern dokumentierten Zeitverbräuche auf die einzelnen Fragen im Fragebogen verteilt werden. Diese Logik lässt sich dann auf die individuellen MeKidS.best-Fälle übertragen.

Der Aufbau des FED-Bogens

Im FED-Fragebogen wird entlang des Versorgungsablaufs im Rahmen von verschiedenen Fragekomplexen gezielt nach einzelnen Leistungsschritten gefragt. Diese Fragen erfüllen zum einen den Zweck, die

Prozessqualität der Versorgung des individuellen MeKidS.best-Falls bewerten zu können (= Prozessevaluation). Zum anderen wird entlang dieser Leistungsschritte der zeitliche Ressourcenverbrauch des beteiligten Personals erhoben, mit dessen Hilfe die Kosten für die fallbezogene Versorgung ermittelt werden (= Gesundheitsökonomische Evaluation). Die Zeitangaben für die Ressourcenverbräuche werden nur im Fragebogen der Erprobungsphase erfasst. Die Reihenfolge der Fragenkomplexe im Fragebogen folgt dabei nicht immer dem klinischen Untersuchungsablauf. Daher müssen eventuell Zeitaufwände, die im klinischen Kontext bei einer einzigen Gelegenheit auftraten, auf verschiedene Fragenkomplexe „aufgeteilt" werden.

Folgende Leistungsschritte/Fragenkomplexe in folgenden Kategorien werden erfasst:

Kategorie	Leistungsschritt/Fragenkomplex
Anamnese, Untersuchung und, Gespräche	Wurde eine *Anamnese und/oder eine körperliche Untersuchung* durchgeführt?
	Wurde eine *erweiterte Anamnese* aufgrund des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt?
	Wurde ein *Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Personensorgeberechtigten (PSB)* mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?
	Wurden *weitere Gespräche mit PSB* mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?
	Wurde ein *Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit dem Kind/Jugendlichen* mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?
	Wurden *weitere Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen* mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?
Diagnostik	Wurde eine *MRT* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurde eine *CT/cCT* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurde ein *initiales Röntgenskelettscreening* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurden *weitere Röntgenaufnahmen über das initiale Röntgenskelettscreening* hinaus im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurde eine *Sonographie* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurde eine *Spurensicherung* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurde eine *Laborabnahme (Blut, Urin)* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Wurden *weitere Untersuchungen* im Rahmen des Abklärungsprozesses durchgeführt?
	Sind *Koordinations- und Organisationsaufgaben* durch die aufgrund des Abklärungsprozesses initiierten diagnostischen Verfahren angefallen?
Indikationsstellung und Diagnostik	Fallspezifische Zusatzfragen je nach Form der Kindeswohlgefährdung, die keine Ressourcenverbräuche erfassen.
Interne/externe Kommunikation	Fand ein *interner fachlicher Austausch* zum Zeitpunkt der Initiierung des Abklärungsprozesses statt?
	Fand eine *zusätzliche interprofessionelle Fallbesprechung* statt?
	Wurde eine *pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung* durchgeführt?

	Fand ein *fallspezifischer Austausch (außerhalb der Anamnese) mit dem Jugendamt* statt?
	Wurde ein *Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen* mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?
	Erfolgten *zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen/Behörden* mit Bezug zum Abklärungsprozess, die noch nicht berücksichtigt wurden.
Dokumentation und Entlassung	Wurde ein *Arztbrief* erstellt?
	Wurde zusätzlich eine *fallspezifische kinderschutzbezogene Dokumentation* durchgeführt?
	Sind *zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben* aufgrund des Kinderschutzfalles angefallen, die bislang nicht berücksichtigt wurden?
	Gab es darüber hinaus *weiteren internen fachlichen Austausch* aufgrund des Abklärungsprozesses?
	Sind am Tag der *Entlassung noch zusätzliche, bisher nicht abgebildete Gespräche* mit Bezug zum Abklärungsprozesse für die Entlassung angefallen?

Zu jedem Leistungsschritt, der im Rahmen der fallbezogenen Versorgung erbracht wurde, werden wiederum weiterführende Fragen gestellt, die sich u.a.

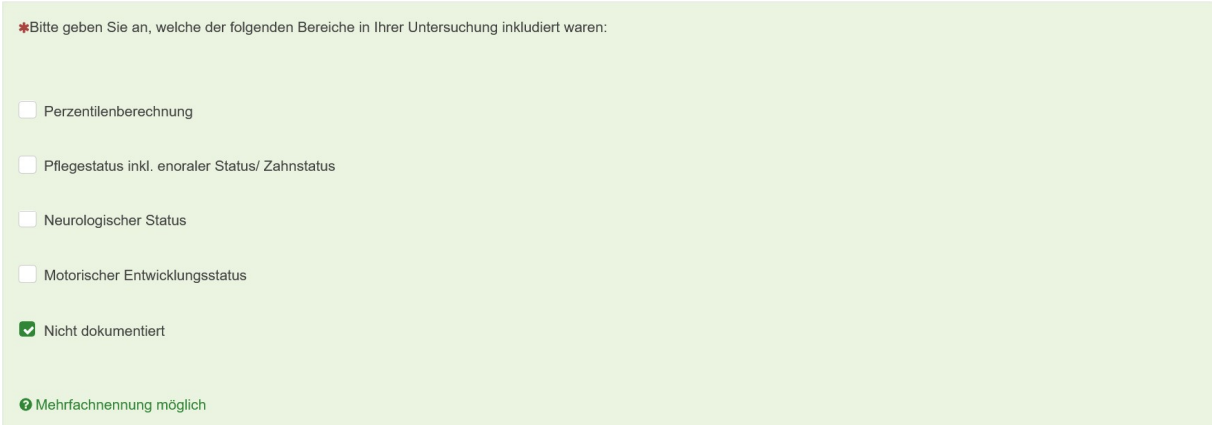
a) auf die kinderschutzfachliche Versorgung und
b) auf die Ressourcenverbräuche beziehen.

Anmerkung!	Den Evaluatoren ist bewusst, dass in der realen Versorgung die einzelnen Leistungsschritte in der Regel nicht chronologisch erfolgen und zudem häufig nicht ganz voneinander abzugrenzen sind. Insofern wird davon ausgegangen, dass in der MeKidS.unit-internen Dokumentation einige Leistungsschritte ggf. zusammengefasst und mit einem einzigen „Gesamtzeitverbrauch“ hinterlegt sind.

I. Begriffsbestimmungen/Begriffserläuterungen

1.1 Begriff: „körperliche Untersuchung“

Auch wenn im Bogen angegeben wurde, dass keine körperliche Untersuchung erfolgte, erscheint dennoch die Frage: „Bitte geben Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Untersuchung inkludiert waren.“ Hier sollte, falls keine körperliche Untersuchung erfolgte, die Antwortmöglichkeit „nicht dokumentiert“ gewählt werden (Im Scoring entsteht dadurch kein Nachteil).



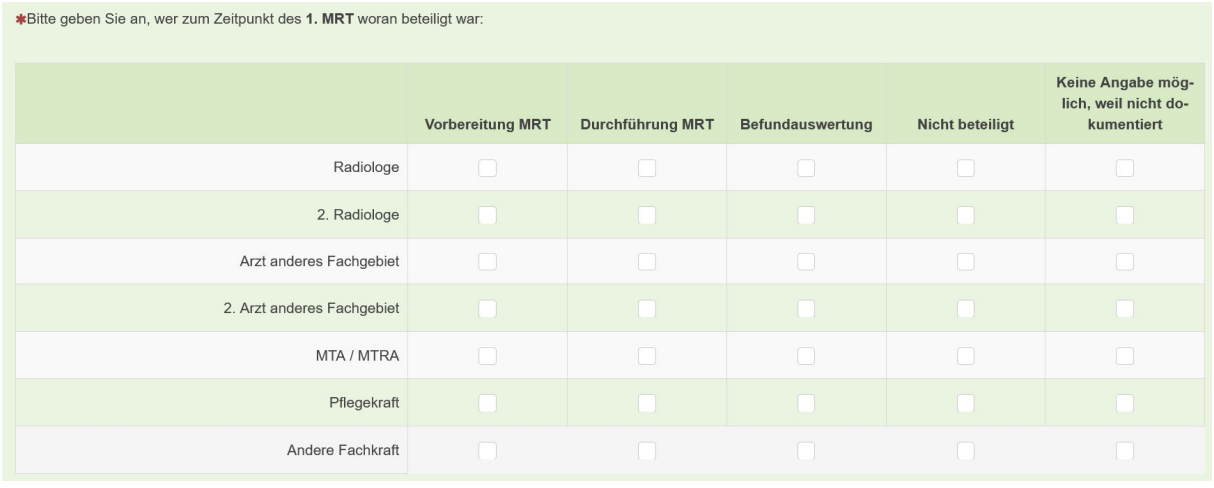
1.2 Begriff: „Beteiligte Berufsgruppen“

An unterschiedlichen Stellen im FED-Bogen wird zu den einzelnen Leistungsschritten nach den an der Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen gefragt, wobei es möglich ist, aus vorgegebenen Berufsgruppen auszuwählen.

Wichtig!	Bitte dokumentieren Sie ALLE Berufsgruppen, die an der Versorgung beteiligt gewesen sind – unabhängig davon, ob die/der jeweilige Mitarbeiter:in über das Projekt als MeKidS.unit-Personal abgerechnet wird oder nicht.

Die Unterteilung der Berufsgruppen erfolgt dabei auf Professionsebene (Arzt, Pflegekraft, Psychologe, Mitarbeiter des Sozialdienstes, anderes Unitpersonal, Dolmetscher, administrative Mitarbeiter). Es wird bei verschiedenen Fragen jeweils eine Auswahl aus diesen Berufsgruppen angeboten. Eine weitere Unterteilung in Kategorisierungsebenen (z.B. Facharzt) oder Fachdisziplinen (z.B. Pädiater, Chirurg) gibt es nicht. Sind also z.B. ein Oberarzt und ein Facharzt an der Versorgung beteiligt, so werden beide unter der Berufsgruppe „Arzt“ subsummiert. [Erläuterungen zu den zugehörigen Ressourcenangaben: s.u.]

In einigen wenigen Fragen wird allerdings explizit nach weiteren Ärzten bzw. Radiologen/Fachärzten (erster, zweiter, dritter Arzt) etc. gefragt. Diese Fragen befinden sich in der Kategorie „Diagnostik“ und den fallspezifischen Fragen. In diesen Fragen sollen die erfragten Inhalte explizit auf Ebene der einzelnen Ärzte erfasst werden.



Ist die Auswahlmöglichkeit „*anderes Unitpersonal*“ gegeben, können und sollen ALLE Professionen angegeben werden, die nicht zu den bereits explizit aufgelisteten Professionen gehören. Auch hier gilt die Regel, dass es sich dabei nicht zwangsläufig um über das Projekt abgerechnete Personal handeln muss.

Wichtig!	Die Frage „*Welche Berufsgruppe war beteiligt?*“, wird für die verschiedenen Leistungsschritte (Anamnese/körperliche Untersuchung, erweiterte Anamnese, Aufnahme-/Eröffnungsgespräche, usw.) immer wieder erneut gestellt und muss auch jedes Mal beantwortet werden. [Erläuterungen zu den zugehörigen Ressourcenangaben: s.u.]

1.3 Begriff „Maßnahmen“ (bei der Frage „*Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?*“)

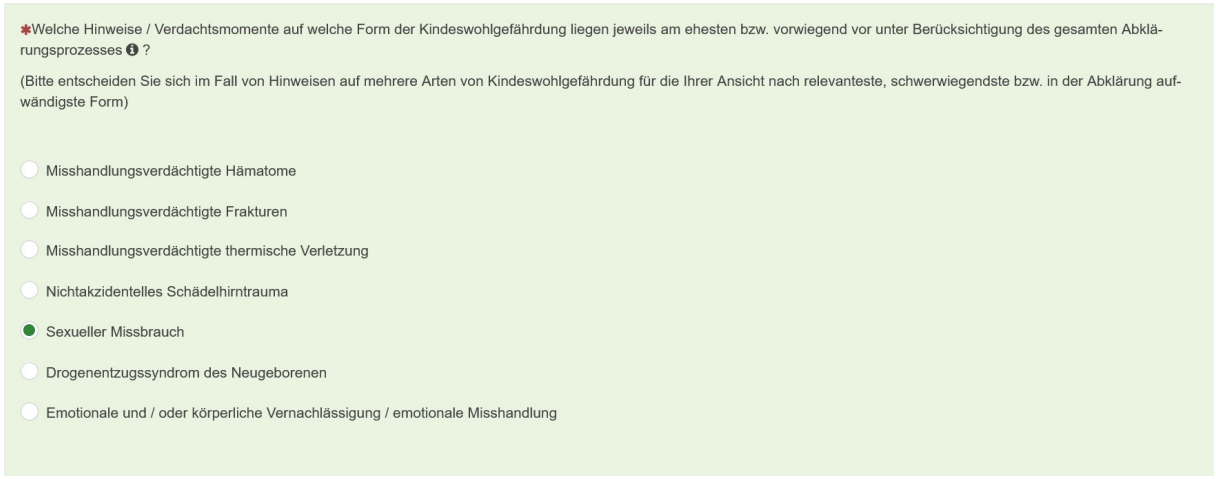
Der Maßnahmenbegriff bei der oben genannten Frage bezieht sich darauf, ob seitens der MeKidS.unit eigene Untersuchungen *veranlasst* wurden. Für eine positive Beantwortung der Frage ist es dabei unerheblich, ob diese Aufgabe in der MeKidS.unit selbst vorgenommen oder von anderen Institutionen (niedergelassener Kinderarzt, Jugendamt, …) übernommen wurde.

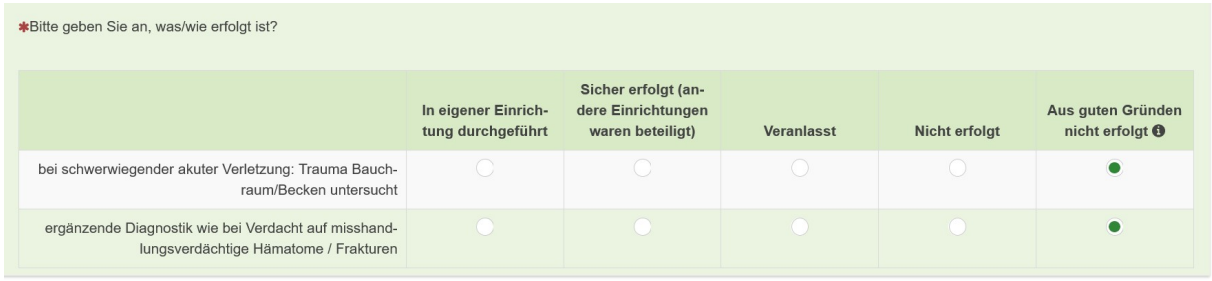
1.4 Antwortmöglichkeit „aus guten Gründen nicht erfolgt“

Es werden vor allem im Bereich der fallspezifischen Fragen auch Ereignisse erfragt, die in der Kinderschutzleitlinie Erwähnung finden, jedoch nicht in jedem Fall vorkommen oder notwendig sind; etwa abhängig von der Form der Kindeswohlgefährdung bei den Fragen zur fallspezifischen Diagnostik im Leistungsschritt *Indikationsstellung und Diagnostik* .

Wenn beispielsweise für Ereignisse, die in der Leitlinie aufgeführt sind, im konkreten Fall aber nicht vorlagen und eine weitere Diagnostik keinen Sinn ergeben würde und daher nicht durchgeführt wurde, bietet sich die Antwortkategorie „aus guten Gründen nicht erfolgt“ an.

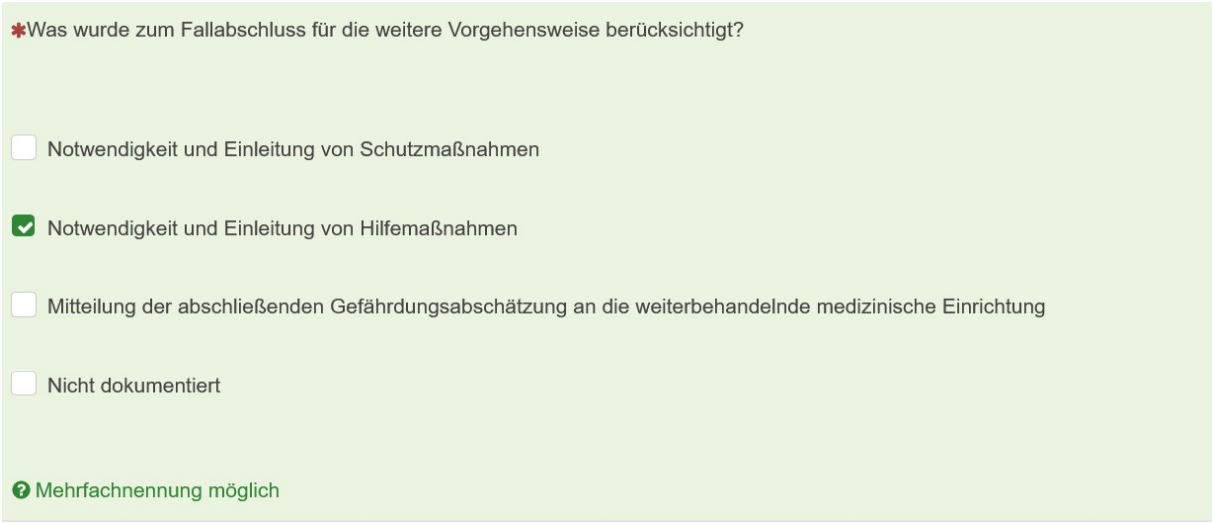
> *Beispiel: Bei den Fällen zum sexuellen Missbrauch wird in den meisten Fällen kein schweres Bauchtrauma vorliegen. Da dieses aber in der Leitlinie gesonderte Erwähnung findet, wurde es in den Fragebogen übernommen. Fand also die entsprechende Diagnostik nicht statt, da kein schweres Bauchtrauma vorlag, sollte „aus guten Gründen nicht erfolgt“ angegeben werden.*





1.5 Frage „Werden Hilfemaßnahmen durch medizinische Einrichtungen abgedeckt?

Hier gibt es keine Antwortmöglichkeit „Ja, nur durch nichtmedizinische Einrichtungen“, da davon ausgegangen wurde, dass immer zumindest ein Hausarzt/Kinderarzt involviert ist. Sind nichtmedizinische Einrichtungen involviert, daher bitte die Antwortmöglichkeit „Ja, durch medizinische und nichtmedizinische Einrichtungen.“ wählen.



*Werden die Hilfemaßnahmen durch medizinische Einrichtungen abgedeckt?

- ○ Ja, nur durch medizinische Einrichtungen
- ● Ja, durch medizinische Einrichtungen und nichtmedizinische Einrichtungen

II. Ausfüllhilfe zu den Ressourcenverbräuchen

2.1 Voraussetzung für die Dokumentation der Ressourcenverbräuche in der FED

Grundlage für die Dokumentation der Ressourcenverbräuche im FED-Bogen ist die MeKidS.unit-interne Dokumentation der erbrachten Leistungen und der zugehörigen Zeitaufwände, die von den an einem Fall beteiligten Mitarbeiter:innen erbracht wurden.

Im Folgenden soll nun an einigen Leistungsschritten auf Basis einer exemplarischen MeKidS.unit-internen Dokumentation erläutert werden, wie die MeKidS.unit-internen Zeitaufwände in die FED übertragen werden können und welche Regeln es dabei zu beachten gilt.

Faustregel!	Die Summe der in der MeKidS.unit-internen dokumentierten Zeiten müssen für jede Berufsgruppe mit der Summe der in der FED dokumentierten Zeiten (alle Fragen zusammengenommen) übereinstimmen.

Zudem enthält der Lime Survey-Bogen am Ende die Möglichkeit der Eingaben eines **Freitext**, um zum Beispiel auf außergewöhnlich hohe Zeitverbräuche im Fall hinzuweisen oder andere Kommentare zu ergänzen. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit insbesondere, um detailliertere Angaben zu den von Ihnen eingegebenen Zeitverbräuchen zu machen, falls Sie den Eindruck haben sollten, der Zeitaufwand liegt deutlich über dem, was über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten angegeben werden kann.

Wichtig!	**Bei der Nutzung der Freitextmöglichkeit muss die Anonymität des Falles unbedingt gewahrt werden!!!**

Bei der Erfassung der Zeitverbräuche je Berufsgruppe gilt es zu beachten, dass sich die Abfrage der Zeitverbräuche nur auf je eine Person der jeweiligen Berufsgruppe bezieht. Waren weitere Personen der jeweiligen Berufsgruppe anwesend, kann dieses in der darauffolgenden Frage „War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt“ angegeben werden. Wenn „ein weiterer Arzt war während des gesamten Vorganges dabei“ geantwortet wurde, wird die zuvor angegebene Zeit im Nachgang durch die Gesundheitsökonomen bei den Arztminuten verdoppelt. Hieraus entstehende mögliche Unschärfen werden bei der Auswertung berücksichtigt.

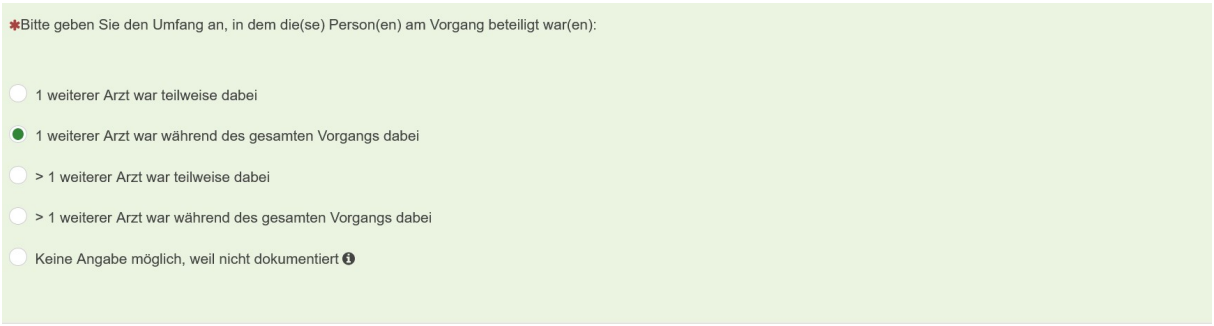


*Geben Sie die Dauer an, mit der diese Berufsgruppe beteiligt war.

	< 45 Minuten	45 - 55 Minuten	56 - 65 Minuten	66 - 75 Minuten	> 75 Minuten	Zeitangabe nicht dokumentiert
Arzt	●	○	○	○	○	○

*War mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt?

	Ja	Nein	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Arzt	●	○	○



2.2 Beispiel einer MeKidS.unit-internen Dokumentation eines MeKidS.best-Falls in ambulanter Vorstellung (einmaliger Termin)

Eine Familie wird gemeinsam mit einem Vertreter des Jugendamts in der Ambulanz vorstellig. Es besteht der Verdacht eines sexuellen Missbrauches durch den Lebenspartner der Mutter. Der Ambulanzkontakt wurde in der MeKidS.unit von einer Ärztin, einer Psychologin und einer Sozialarbeiterin betreut.

Zeitaufwände während des Ambulanzkontakts

Arzt und Psychologe:	Anamnese und Untersuchung (20 min)
Arzt und Psychologe:	separates Gespräch mit Mutter (40 min)
Sozialarbeiter:	weiteres Gespräch mit Mutter (20 min)
Arzt und Psychologe:	gemeinsames Anamnesegespräch mit Jugendamtsvertreter u. Mutter (10 min)
Arzt und Psychologe:	Gespräch mit Kind (40 min)
Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter:	Abschlussgespräch mit JA-Vertreter, Mutter u. Kind (15 min)

Zeitaufwände über den Ambulanzkontakt hinaus

Arzt und Psychologe:	Telefonat mit der pädagogischen Beratungsstelle zur Planung der Hilfemaßnahmen (20 min)
Arzt:	Telefonat mit niedergelassenem Kinderarzt (10 min)
Psychologe:	Telefonat mit niedergelassener Kinderpsychotherapeutin (45 min)
Sozialarbeiter:	Telefonat mit Mutter am nächsten Tag (15 min)
Arzt und Psychologe:	weiteres Telefonat mit Jugendamt (20 min)

Diagnostikleistungen

Arzt:	Spurensicherung (15min)

Interne Fallbesprechungen

Arzt, Psychologe & Sozialarbeiter:	Fallbesprechung während des Ambulanzkontakts (10 min)
	Fallbesprechung zur gemeinsamen Einschätzung (20 min)
Arzt & Psychologe:	weitere Fallbesprechung zur gemeinsamen Einschätzung (10 min)

Weitere Fallbesprechungen

Arzt:	Abschließendes Gespräch mit dem Jugendamt (15 min)

Dokumentation	
Arzt:	Arztbrief (20 min, inkl. 10 min. Diktatzeit),
Psychologe: (= multiprofessionelle Beteiligung)	psychologischer Bericht im Arztbrief (15 min, inkl. 5 min Diktatzeit)
Psychologe:	Dokumentationstool iGOBSIS genutzt (20 min)

2.3 Übertragung der MeKidS.unit-internen Dokumentation des Beispiels auf…

Wichtig!	Die Herausforderung bei der Übertragung der eigenen Dokumentation in die FED besteht vor allem darin, dass einzelne Zeitverbräuche in verschiedenen Bereichen des Fragebogens Berücksichtigung finden. D.h. Zeitverbräuche, die u.U. in der Dokumentation einem bestimmten Gespräch und einer bestimmten Person/Profession zugeordnet wurden, werden im FED ggf. unter verschiedenen Fragestellen berücksichtigt. Dies führt dazu, dass Zeiten geteilt und an anderer Stelle wieder addiert werden müssen. Dabei ist stets zu beachten, dass am Ende die Summe der intern dokumentierten Zeiten für jede Berufsgruppe mit der Summe der in der FED dokumentierten Zeiten (alle Fragen zusammengenommen) übereinstimmen. Es empfiehlt sich, dass vor Beginn der Bearbeitung des FED genau überlegt wird, welche Zeiten unter welchen Fragestellungen berücksichtigt werden müssen. Hier kann der in Tabelle 1 abgebildete Fragenkomplex zur Orientierung und Sortierung herangezogen werden.

a) …die Leistungsschritte der Kategorie Anamnese, Untersuchung & Gespräche

Anamnese/Untersuchung:

➔ 20 min Arzt
➔ 20 min Psychologe

Hinweis!	Sollte eine Fotodokumentation erfolgt sein, sind die dafür aufgewendeten Zeiten zum Zeitverbrauch der entsprechenden Berufsgruppe innerhalb des Bereiches „Anamnese und Untersuchung“ dazuzurechnen.

Erweiterte Anamnese:

Arzt telefoniert mit
niedergelassenem Kinderarzt: 10 min (müssen durch 2 geteilt werden, da das Telefonat mit dem niedergelassenen Arzt sowohl die „erweiterte Anamnese“ als auch den „Kontakt mit externen medizinischen Einrichtungen“ umfasst)
➔ 5min Arzt

Psychologe telefoniert mit niedergelassener Kinderpsychotherapeutin: 45 min (müssen durch 2 geteilt werden, da das Telefonat mit der Kinderpsychotherapeutin sowohl die „erweiterte Anamnese“ als auch den „Kontakt mit externen medizinischen Einrichtungen“ umfasst)

➔ 22,5 min Psychologe

Arzt und Psychologe sprechen mit Jugendamtsvertreter: 10 min (auch die Zeiten dieses Gesprächs mit JA-Vertreter und Mutter müssen halbiert werden, da die andere Hälfte bei „Gespräch mit Personensorgeberechtigten“ notiert werden muss)

➔ 5 min. Arzt

➔ 5 min Psychologe





Aufnahme-/Eröffnungsgespräch Personensorgeberechtigte:

➔ 40 min Arzt

➔ 40 min Psychologe





Aufnahme-/Eröffnungsgespräch Kind/Jugendlicher:

➔ 40 min Arzt

➔ 40 min Psychologe

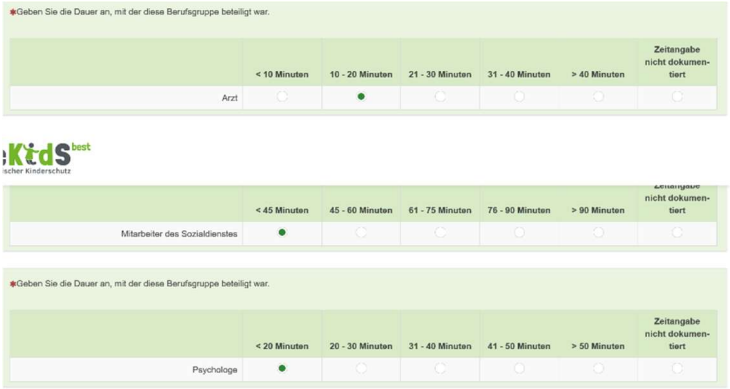




Hinweis!	Hier gäbe es die Möglichkeit, im Freitextfeld am Ende des Fragebogens zu erläutern, wieviel größer der Zeitaufwand tatsächlich war.

Weiteres Gespräch mit Personensorgeberechtigten:

- ➔ 40 min Sozialarbeiter (Gespräch mit Mutter alleine 20 min + Anteil Abschlussgespräch 5 min + Telefonat mit Mutter am Folgetag 15 min)
- ➔ 10 min Arzt (Anteil aus Gespräch mit JA-Vertreter und Mutter 5 min + Anteil Abschlussgespräch 5 min)
- ➔ 10min Psychologe (Anteil aus Gespräch mit JA-Vertreter und Mutter 5 min + Anteil Abschlussgespräch 5 min)



Weitere Gespräche mit Kind:

- ➔ 5 min Sozialarbeiter (Anteil Abschlussgespräch mit JA, Mutter und Kind)
- ➔ 5 min Arzt (Anteil Abschlussgespräch mit JA, Mutter und Kind)
- ➔ 5 min Psychologe (Anteil Abschlussgespräch mit JA, Mutter und Kind)

Hinweis!	Vor allem bei längeren stationären Aufenthalten fallen zum Teil deutlich mehr Ressourcenverbräuche an. Insbesondere möchten wir hier auf die täglichen Visiten hinweisen, die in den meisten Fällen Gesprächszeiten aus verschiedenen Bereichen (Gespräch mit Personensorgeberechtigten, Gespräch mit Kind/Jugendlichem, o.ä.) erfüllen. Diese Zeiten dürfen bei der Dokumentation nicht vergessen werden und sind für den gesamten stationären Aufenthalt zu kumulieren und entsprechend im Fragebogen wiederum aufgeteilt anzugeben. Selbstverständlich können auch hier im Freitextfeld am Ende des Lime Survey Bogens Erläuterungen gegeben werden.

b) …die Leistungsschritte der Oberkategorie Diagnostik

MRT	keine
CT	keine
Initiales Röntgenskelettscreening	keines
Weitere Röntgenaufnahmen	keine
Sonografie	keine
Spurensicherung durch Arzt:	15 min
Laborentnahmen	keine
Weitere Untersuchungen	keine

Koordinations- und Organisationsaufgaben

➔ keine

c) …die Leistungsschritte der Kategorie interne/externe Kommunikation

Interner fachlicher Austausch (Zeitpunkt Prozessinitiierung)

➔ 10 min Sozialarbeiter
➔ 10 min Arzt
➔ 10 min Psychologe

Zusätzliche interprofessionelle Fallbesprechung

Hinweis!	Hier sind immer die internen Fallbesprechungen gemeint. Gespräche mit Externen werden weiter unten gesondert abgefragt. Auch wenn hier nach interPROFESSIONELLEN Gesprächen gefragt wird, sollen auch solche Fallbesprechungen angegeben werden, bei denen lediglich zwei Vertreter derselben Profession beteiligt waren.

➔ 1. Fallbesprechung:
Dauer: 20 Minuten
beteiligte Professionen: Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter

➔ 2. Fallbesprechung:
Dauer: 10 Minuten
beteiligte Professionen: Arzt, Psychologe

Achtung!	Auch wenn wir in unserer Beispielrechnung die Zeiten für jede einzelne Berufsgruppe ausgewiesen haben, wird im FED-Bogen lediglich abgefragt, a) wie lange die jeweilige interprofessionelle Fallbesprechung gedauert hat und b) welche Berufsgruppen beteiligt waren. Hier ist es somit nicht möglich, die Dauer für jede einzelne Berufsgruppe separat im FED-Bogen anzugeben.

*Geben Sie bitte die Dauer pro Fallbesprechung an:

	< 20 Minuten	20 - 40 Minuten	41 - 60 Minuten	61 - 80 Minuten	> 80 Minuten	Zeitangabe nicht dokumen-tiert
1. Fallbesprechung	○	●	○	○	○	○
2. Fallbesprechung	●	○	○	○	○	○

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **1. Fallbesprechung** beteiligt war:

- [x] Arzt
- [ ] Pflegekraft
- [x] Psychologe
- [x] Mitarbeiter des Sozialdienstes
- [ ] Anderes Unitpersonal
- [ ] Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

*War mind. einer der an der **1. Fallbesprechung** beteiligten Ärzte Facharzt?

- ○ Ja
- ● Nein
- ○ Nicht dokumentiert

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **2. Fallbesprechung** beteiligt war:

- [x] Arzt
- [ ] Pflegekraft
- [x] Psychologe
- [ ] Mitarbeiter des Sozialdienstes
- [ ] Anderes Unitpersonal
- [ ] Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

*War mind. einer der an der **2. Fallbesprechung** beteiligten Ärzte Facharzt?

- ○ Ja
- ● Nein
- ○ Nicht dokumentiert

Achtung!	Sollten mehr als 4 Fallbesprechungen stattgefunden haben, tritt eine Sonderrechnung in Kraft. Dazu gibt es ein Bespiel am Ende dieses Dokuments.

Pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung

➔ keine

fallspezifischer Austausch mit Jugendamt
(außerhalb der Kontaktaufnahme im Rahmen der erweiterten Anamnese)

- ➔ 40 min Arzt (20 min Telefonat JA + 5 min aus Abschlussgespräch mit JA, Mutter und Kind + 15 min abschließendes Gespräch JA)
- ➔ 25min Psychologe (20 min Telefonat JA + 5 min aus Abschlussgespräch mit JA, Mutter und Kind)
- ➔ 5 min Sozialarbeiter (Anteil aus Abschlussgespräch mit JA, Mutter und Kind)

Fallaustausch mit externen, medizinischen Einrichtungen

- ➔ 5 min Arzt (Anteil Telefonat mit niedergelassenem Kinderarzt)
- ➔ 22,5 min Psychologe (Anteil Telefonat mit Kinderpsychotherapeutin)

Zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen und Behörden

- ➔ 20 min Arzt (Telefonat mit Beratungsstelle)
- ➔ 20 min Psychologe (Telefonat mit Beratungsstelle)

d) …die Leistungsschritte der Oberkategorie Dokumentation und Entlassung

Arztbrief

Hinweis!	In die Zeiten für den Arztbrief werden nicht nur die interprofessionellen Ressourcen für die fachliche Erstellung, sondern auch die Ressourcen für Diktat und Schreibleistungen erfasst. Erfolgt der Arztbrief als Diktat, so ist einerseits der Zeitverbrauch, den der Arzt / Psychologe für das Diktat benötigt, anzugeben und andererseits der Zeitverbrauch, den die Schreibkraft benötigt unter „anderes Unitpersonal“ anzugeben. Üblicherweise wird die Diktatdauer bei der Berechnung der Schreibdauer verfünffacht: Für ein fünfminütiges Diktat wird von einer Schreibdauer von 25 min ausgegangen.

- ➔ 20 min Arzt
- ➔ 15 min Psychologe
- ➔ 75 min anderes Unitpersonal (Schreibkraft: 15 min Diktatzeit * 5)

Hinweis! 	Wird der Arztbrief nicht diktiert, sondern vom Arzt selbst verfasst, so entfällt die Angabe eines Zeitverbrauchs der Schreibkraft. Der Aufwand des Psychologen für das Diktieren/Schreiben seines Berichts soll selbstverständlich auch erfasst werden, auch wenn der Arzt lediglich den Bericht des Psychologen in den Arztbrief kopiert. Hier gäbe es darüber hinaus die Möglichkeit, im Freitextfeld am Ende des Fragebogens zu erläutern, wie groß der Zeitaufwand tatsächlich war.

Fallspezifische kinderschutzbezogene Dokumentation

➔ 20 min Psychologe

zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben

➔ keine

weiterer interner fachlicher Austausch

➔ keiner

Noch nicht abgebildete Gespräche am Entlasstag

➔ keine

2.4 Sonderfall bei „interprofessioneller Fallbesprechung“ mit mehr als vier Gesprächen

Insbesondere bei stationären Aufenthalten kann es vorkommen, dass für einen MeKidS.best-Fall mehr als vier „interprofessionelle Fallbesprechungen“ über die Prozessinitiierung hinaus stattgefunden haben. Um den Dokumentationsaufwand für diese Besprechungen in Grenzen zu halten, können im FED-Bogen dennoch lediglich vier Gesprächsdauern dokumentiert werden. Während bei weniger als vier Fallbesprechungen jede einzelne Besprechung nach ihrer tatsächlichen Dauer dargestellt wird (siehe Seite 12), wird ab 5 Fallbesprechungen der folgenden Vorgehensweise gefolgt:

Rechenbeispiel für mehr als vier interne Fallbesprechungen

Interne Fallbesprechungen

Es fanden sechs Fallbesprechungen über insgesamt 120 min statt. Insgesamt waren Arzt, Psychologe, Pflege, Sozialdienst und anderes Unitpersonal mit folgender Zeitverteilung involviert:

Erste Fallbesprechung:	30 min / Arzt, Pflege
Zweite Fallbesprechung:	10 min / Arzt, Psychologe
Dritte Fallbesprechung:	10 min / Arzt, Pflege, Sozialdienst
Vierte Fallbesprechung:	20 min / Arzt, Psychologe, Sozialdienst
Fünfte Fallbesprechung:	20 min / Sozialdienst, anderes Unitpersonal
Sechste Fallbesprechung:	30 min / Arzt, Psychologe

e) …die Leistungsschritte der Kategorie interne/externe Kommunikation

Zusätzliche interprofessionelle Fallbesprechung

➔ Zeitangabe nur für vier Fallbesprechungen möglich: 120 min (Gesamtzeit für 6 Fallbesprechungen) geteilt durch 6

→ 20 min mittlere Gesprächsdauer (= für die Gespräche wird viermal die Zeitgruppe 20-40 min angeben

Hinweis!	Die beteiligten Berufsgruppen sollen so angegeben werden, wie sie tatsächlich beteiligt waren. Demnach sind in diesem Fall nur diejenigen Berufsgruppen anzugeben, die in den ersten vier Fallbesprechungen beteiligt waren. War eine (oder mehrere) Berufsgruppe(n) ausschließlich ab der fünften Fallbesprechung beteiligt und nicht während der ersten vier Fallbesprechungen anwesend, so gibt es die Möglichkeit, dies im Freitextfeld am Ende des Fragebogens zu erwähnen. Im o.g. Beispiel sollten Arzt, Pflege, Psychologe und Sozialdienst entsprechend ihrer Anwesenheit in den jeweiligen Fallbesprechungen angekreuzt werden.

*Fand eine (zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung statt?

- (●) Ja
- ( ) Nein

*Wie häufig im kompletten Fall?

- ( ) 1 Mal
- ( ) 2 Mal
- ( ) 3 Mal
- ( ) 4 Mal
- (●) > 4 Mal

MeKidS best
Medizinischer Kinderschutz

*Bitte geben Sie an, wie häufig im gesamten Abklärungsprozess ⓘ Fallbesprechungen stattgefunden haben:

- ( ) 5 Mal
- (●) 6 Mal
- ( ) 7 Mal
- ( ) 8 Mal
- ( ) 9 Mal
- ( ) > 9 Mal

*Geben Sie bitte die Dauer pro Fallbesprechung an:

MeKidS best
Medizinischer Kinderschutz

*Geben Sie bitte die Dauer pro Fallbesprechung an:

	< 20 Minuten	20 - 40 Minuten	41 - 60 Minuten	61 - 80 Minuten	> 80 Minuten	Zeitangabe nicht dokumentiert
1. Fallbesprechung	( )	(●)	( )	( )	( )	( )
2. Fallbesprechung	( )	(●)	( )	( )	( )	( )
3. Fallbesprechung	( )	(●)	( )	( )	( )	( )
4. Fallbesprechung	( )	(●)	( )	( )	( )	( )

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **1. Fallbesprechung** beteiligt war:

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **1. Fallbesprechung** beteiligt war:

- [x] Arzt
- [x] Pflegekraft
- [ ] Psychologe
- [ ] Mitarbeiter des Sozialdienstes
- [ ] Anderes Unitpersonal
- [ ] Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **2. Fallbesprechung** beteiligt war:

- [x] Arzt
- [ ] Pflegekraft
- [x] Psychologe
- [ ] Mitarbeiter des Sozialdienstes
- [ ] Anderes Unitpersonal
- [ ] Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **3. Fallbesprechung** beteiligt war:

- [x] Arzt
- [x] Pflegekraft
- [ ] Psychologe
- [x] Mitarbeiter des Sozialdienstes
- [ ] Anderes Unitpersonal
- [ ] Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

*Bitte geben Sie an, welches Personal bei der **4. Fallbesprechung** beteiligt war:

- [x] Arzt
- [ ] Pflegekraft
- [x] Psychologe
- [x] Mitarbeiter des Sozialdienstes
- [ ] Anderes Unitpersonal
- [ ] Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert

Manual zum Ausfüllen der fallbezogenen Evaluationsbögen (FED)

Baselinephase

MeKidS.units

Einleitung

Wozu dient dieses Manual?

Dieses Manual versteht sich als Ausfüllhilfe zu dem Fragebogen der fallbezogenen Evaluation in der Baselinephase.

Bei der retrospektiven Eingabe der ersten abgeschlossenen MeKidS.best-Fälle in den fallbezogenen Evaluationsbogen (FED-Bogen) im Dokumentationssystem Lime Survey ist es auf Seiten der MeKidS.units noch zu ein paar Rückfragen gekommen. Schwierigkeiten ergaben sich dabei in Bezug auf einige Begriffsdefinitionen (insbesondere bei den rein ambulanten Fällen).

Das Manual ist insofern als Ausfüllhilfe für eine einheitliche Übertragung der MeKidS.unit-internen dokumentierten Informationen in den FED-Bogen in Lime Survey Bogen zu verstehen.

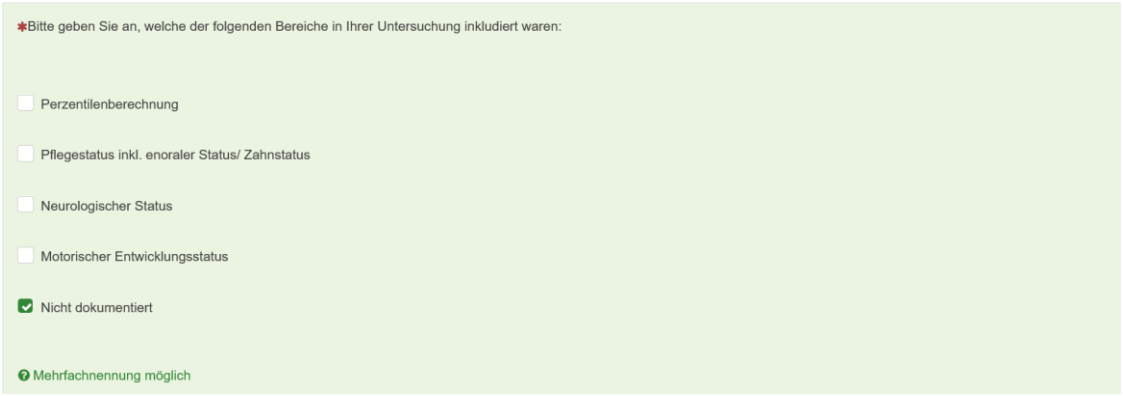
Da in der Baselinephase keine Ressourcenverbräuche erfragt werden, werden im Folgenden lediglich die Begriffsbestimmungen erläutert.

Hinweis: Für den Fragebogen der Erprobungsphase folgt in Kürze ein Manual, das zusätzlich eine Ausfüllhilfe zu den Fragen, die die Ressourcenverbräuche betreffen, beinhaltet.

Begriffsbestimmungen/Begriffserläuterungen

1. **Begriff: „körperliche Untersuchung“**

Auch wenn im Bogen angegeben wurde, dass keine körperliche Untersuchung erfolgte, erscheint dennoch die Frage: *„Bitte geben Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Untersuchung inkludiert waren.“* Hier sollte, falls keine körperliche Untersuchung erfolgte, die Antwortmöglichkeit „nicht dokumentiert“ gewählt werden (Im Scoring entsteht dadurch kein Nachteil).



2. Begriff: „Beteiligte Berufsgruppen“

An unterschiedlichen Stellen im FED-Bogen wird zu den einzelnen Leistungsschritten nach den an der Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen gefragt, wobei es möglich ist, aus vorgegebenen Berufsgruppen auszuwählen.

Wichtig!	Bitte dokumentieren Sie ALLE Berufsgruppen, die an der Versorgung beteiligt gewesen sind – unabhängig davon, ob die/der jeweilige Mitarbeiter:in über das Projekt als MeKidS.unit-Personal abgerechnet wird oder nicht.

Die Unterteilung der Berufsgruppen erfolgt dabei auf Professionsebene (Arzt, Pflegekraft, Psychologe, Mitarbeiter des Sozialdienstes, anderes Unitpersonal, Dolmetscher, administrative Mitarbeiter). Es wird bei verschiedenen Fragen jeweils eine Auswahl aus diesen Berufsgruppen angeboten. Eine weitere Unterteilung in Kategorisierungsebenen (z.B. Facharzt) oder Fachdisziplinen (z.B. Pädiater, Chirurg) gibt es nicht. Sind also z.B. ein Oberarzt und ein Facharzt an der Versorgung beteiligt, so werden beide unter der Berufsgruppe „Arzt“ subsummiert.

In einigen wenigen Fragen wird allerdings explizit nach einem ersten und zweiten Arzt bzw. Radiologe/Facharzt etc. gefragt. Diese Fragen befinden sich in der Kategorie „Diagnostik“ und den fallspezifischen Fragen. In diesen Fragen sollen die erfragten Inhalte explizit auf Ebene der einzelnen Ärzte erfasst werden.



*Bitte geben Sie an, wer zum Zeitpunkt des **1. MRT** woran beteiligt war:

	Vorbereitung MRT	Durchführung MRT	Befundauswertung	Nicht beteiligt	Keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert
Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Radiologe	☐	☐	☐	☐	☐
Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
2. Arzt anderes Fachgebiet	☐	☐	☐	☐	☐
MTA / MTRA	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegekraft	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Fachkraft	☐	☐	☐	☐	☐

Ist die Auswahlmöglichkeit „*anderes Unitpersonal oder andere Fachkraft*“ gegeben, können und sollen ALLE Professionen angegeben werden, die nicht zu den bereits explizit aufgelisteten Professionen gehören. Auch hier gilt die Regel, dass es sich dabei nicht zwangsläufig um über das Projekt abgerechnetes Personal handeln muss.

Wichtig!	Die Frage „W*elche Berufsgruppe war beteiligt?*“, wird für die verschiedenen Leistungsschritte (Anamnese/körperliche Untersuchung (B12), erweiterte Anamnese (B62), Aufnahme-/Eröffnungsgespräche (C12), usw.) immer wieder erneut gestellt und muss auch jedes Mal beantwortet werden.

3. **Begriff „Maßnahmen“** (bei der Frage „Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?“)

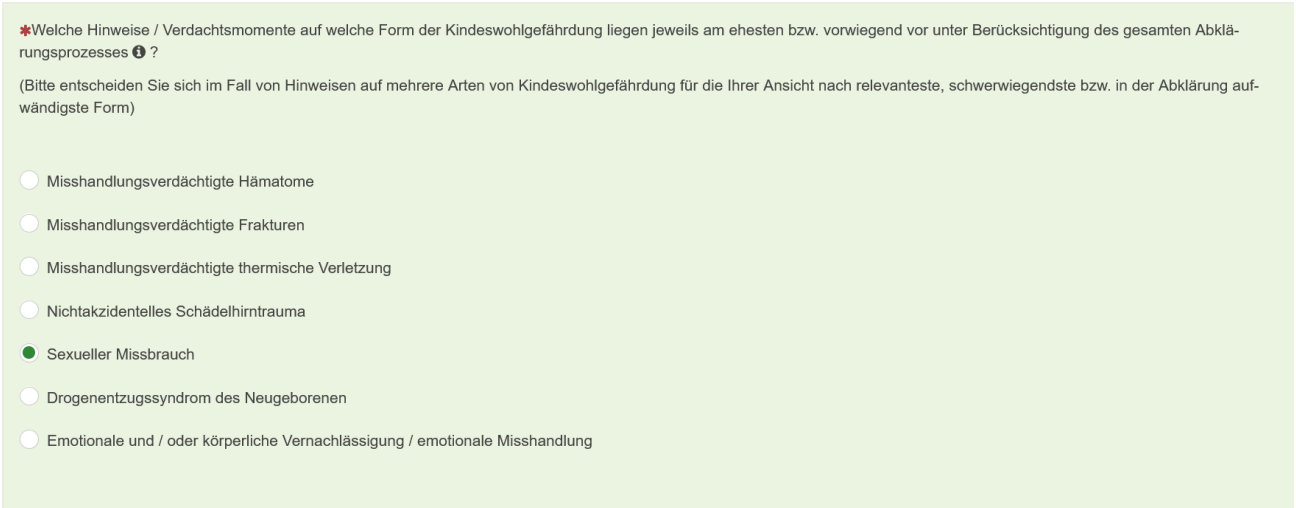
Der Maßnahmenbegriff bei der Frage „*Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?*“, bezieht sich darauf, ob seitens der MeKidS.unit eigene Untersuchungen vorgenommen wurden. Für eine positive Beantwortung der Frage ist es dabei unerheblich, ob diese Aufgabe in der MeKidS.unit selbst übernommen oder an andere Institutionen (niedergelassener Kinderarzt, Jugendamt, …) übertragen wurde.

4. **Antwortmöglichkeit „aus guten Gründen nicht erfolgt“**

Es werden vor allem im Bereich der fallspezifischen Fragen auch Ereignisse erfragt, die in der Kinderschutzleitlinie Erwähnung finden, jedoch nicht in jedem Fall vorkommen. Dies ist bei den Fragen zur fallspezifischen Diagnostik im Leistungsschritt *Indikationsstellung und Diagnostik* abhängig von der Form der Kindeswohlgefährdung der Fall.

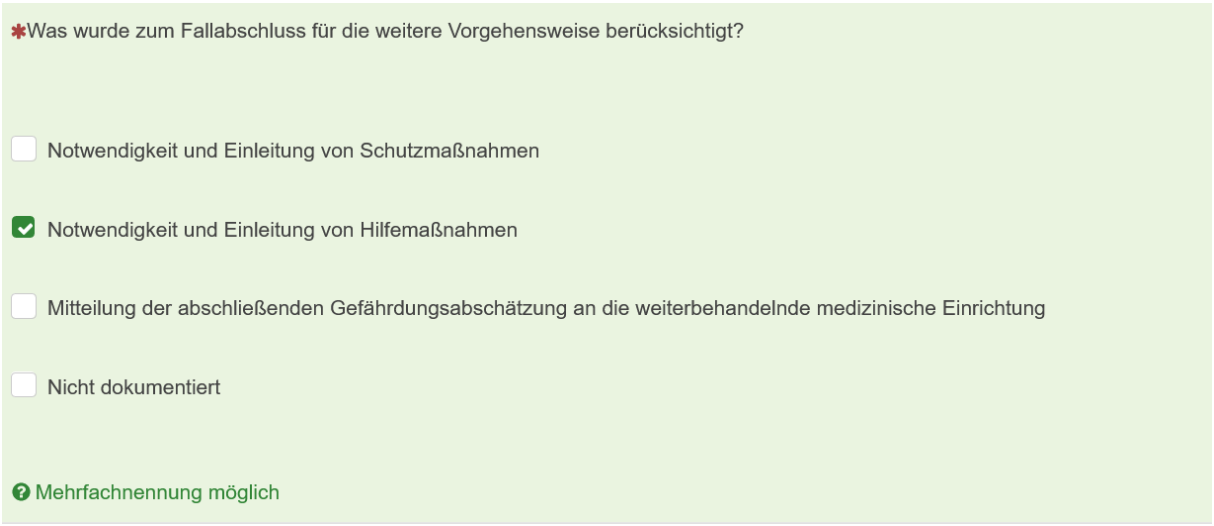
Auch wenn für Ereignisse, die nicht vorlagen, eine weitere Diagnostik keinen Sinn ergeben würde und daher nicht durchgeführt wurde, muss hier dennoch eine Antwort gegeben werden. Hierfür bietet sich die Antwortkategorie „aus guten Gründen nicht erfolgt“ an.

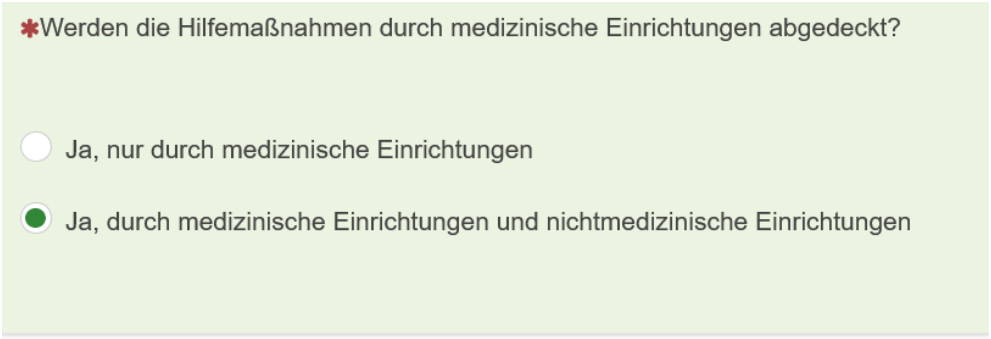
> *Beispiel: Bei den Fällen zum sexuellen Missbrauch wird in den meisten Fällen kein schweres Bauchtrauma vorliegen. Da es aber in der Leitlinie gesonderte Erwähnung findet, wurde es in den Fragebogen übernommen. Fand also die entsprechende Diagnostik nicht statt, da kein schweres Bauchtrauma vorlag, sollte „aus guten Gründen nicht erfolgt“ angegeben werden.*





5. Frage „Werden Hilfemaßnahmen durch medizinische Einrichtungen abgedeckt?





Hier gibt es die Antwortmöglichkeit „Ja, nur durch nichtmedizinische Einrichtungen.“, nicht, da wir davon ausgehen, dass immer ein Hausarzt/Kinderarzt involviert ist. Sind nichtmedizinische Einrichtungen involviert, bitte die Antwortmöglichkeit „Ja, durch medizinische und nichtmedizinische Einrichtungen.“ wählen.

Ausfüllhilfe zum Erhebungsbogen der fallbezogenen Evaluation (FAQ)
MeKidS.units

Wie kann ich meine Fälle dokumentieren?

Für die Dokumentation der Fälle nutzen Sie bitte die untenstehenden Links. Es gibt einen Link für die zu dokumentierenden Fälle innerhalb der Baselinephase (01.07.2020-31.12.2020) und einen Link für die zu dokumentierenden Fälle innerhalb der Erprobungsphase (01.01.2021-31.12.2022).

Bitte lesen Sie sich die Fragen in Ruhe durch und beantworten Sie diese auf Basis Ihrer Dokumentation zum jeweiligen MeKidS.best Fall. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Die im Rahmen dieser Erhebung erhobenen Daten werden in anonymisierter Form elektronisch erfasst. Der Link kann für alle MeKidS.best Fälle fortwährend genutzt werden. **Jeder Fall muss durchgehend eingegeben und abgeschlossen werden. Eine Zwischenspeicherung der Eingaben ist nicht möglich.** Vermeiden Sie längerfristige Inaktivität, da sonst der Computer in den Ruhemodus wechselt und damit Datenverlust einhergeht. Prüfen Sie bitte, dass Ihnen alle erforderlichen Angaben vorliegen (ggf. unter Zuhilfenahme der als Anlage beigefügten Dokumente). Nach erfolgreichem Abschluss der kompletten Dateneingabe kann der nächste MeKidS.best Fall eingegeben werden[1]. Dies geschieht über den gleichen Link und den gleichen Zugangscode.

Baselinephase: Fallbezogene Evaluation der MeKidS.units - Baseline

Erprobungsphase: Fallbezogene Evaluation der MeKidS.best units - Erprobungsphase

Woher bekomme ich meinen Zugangscode?

Der Zugangscode wurde Ihnen über MedEcon Ruhr per Mail zur Verfügung gestellt und ist sowohl für beide Links zur fallbezogenen Dokumentation (Baseline und Erprobungsphase), als auch für jeden Link zur Inzidenzerhebung und für die Links zur Strukturerhebung gültig. Sollten Sie Probleme mit der Verwendung des Zugangscodes haben, wenden Sie sich bitte an

Dr. Laura Hörster
0234.97836-55
hoerster@medecon.ruhr

Welche Fälle werden über die Links dokumentiert?

Es werden die Fälle über die Links dokumentiert, die zuvor anhand der bestehenden Einschlusskriterien in die Versorgungstudie eingeschlossen und die innerhalb des Zeitraums vom 01.07.2020 bis 31.12.2022 **abgeschlossen** wurden. Bitte dokumentieren Sie alle MeKidS.best Fälle inhaltlich, die Sie in der Inzidenzerhebung als abgeschlossen bewertet haben. Sollte es Fälle geben, die mit Datum 31.12.2022 noch nicht abgeschlossen sind, so können diese nicht über den Link dokumentiert werden.

[1] Eine parallele Nutzung des Links und des Universalpasswortes ist über zwei (bzw. mehrere) Endgeräte möglich.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Es wird in zwei verschiedene Links dokumentiert, in einem die Fälle aus der Baselinephase für den Zeitraum vom 01.07.2020 bis 31.12.2020 und in einem Link die Fälle aus der Erprobungsphase für den Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.12.2022.

Die Zuordnung der Fälle zur Baseline- und Erprobungsphase erfolgt anhand des Datums, an dem die Fälle als abgeschlossen gekennzeichnet wurden.

Ein MeKidS.best Fall ist folgendermaßen definiert (= Einschlusskriterien in die Versorgungsstudie):

- Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren
- UND bei denen Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
- UND bei denen ein Abklärungsprozess initiiert wird
- UND die gesetzlich krankenversichert sind.



Abschluss eines MeKidS.best Falls:

- MeKidS.best-Fälle sind durch den Beginn und den Abschluss des Abklärungsprozesses bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung definiert. Demnach endet ein MeKidS.best-Fall dann, wenn auch der Abklärungsprozess abgeschlossen ist.
- Als abgeschlossen eingestuft werden kann und muss jeder MeKidS.best Fall, dessen Abklärungsprozess zur Kindeswohlgefährdung durch den behandelnden Kinder- und Jugendarzt bzw. in Verantwortung des MeKidS.teams liegt und bei dem erwartet wird, dass keine kinderschutzbezogenen Leistungen entsprechend des Selektivvertrags durch die jeweilige MeKidS.best Einrichtung mehr erbracht werden wird.
- Selektivvertragliche Leistungen zum Ende des Abklärungsprozesses sind u.a. die Gefährdungseinschätzung mit Entwicklung eines entsprechenden Strategieplans für den weiteren Verlauf (ggf. auch gemeinsam mit Personensorgeberechtigten /Eltern/Bezugspersonen und/oder den Kindern und Jugendlichen) und die sichere Einleitung weitere Handlungsschritte. Die Umsetzung der Handlungsschritte ist dagegen nicht mehr Bestandteil des Abklärungsprozesses.
- Lediglich bei Fällen, deren Fallverantwortung in der MeKidS.unit verbleibt – also bei denen die Fallverantwortung weder an eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens oder das Jugendamt abgegeben wurde – ist die Option der „Durchführung und Begleitung mit den Familien vereinbarter Maßnahmen“ gegeben. Hierunter fallen u.a. ein kontinuierliches Screening auf Hinweise für eine Gefährdung des Kindes, regelmäßige Reflektionen, ob die vereinbarten Maßnahmen auch ausreichend und wirksam sind oder das Jugendamt hinzugezogen werden muss, sowie ggf. Wiedereinbestellungen.



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zu welchem Zeitpunkt dürfen die Fälle dokumentiert werden?

Da es sich um eine retrospektive Datenanalyse handelt können abgeschlossene Fälle zu jeder Zeit eingegeben werden. Bitte beginnen Sie mit den abgeschlossenen Fällen aus Quartal 3 des Jahres 2020 (Baslinephase). Die letzten Fälle können bis zum 31.01.2023 dokumentiert werden. Bitte beachten Sie vor dem Hintergrund der fehlenden Möglichkeit einer Zwischenspeicherung der Eingaben, dass alle Informationen zum „Fall" vorliegen müssen (inklusive der Abrechnungsdaten; Abrechnungsdaten werden nur im Link zur Erprobungsphase erfasst).

Nach erfolgreichem Abschluss der kompletten Dateneingabe kann der nächste MeKidS.best Fall eingegeben/dokumentiert werden. Dies geschieht über den gleichen Link (entsprechend des Fallabschlusses dann Baseline oder Erprobung) und über den gleichen Zugangscode.

Welche Untersuchungen/Maßnahmen sind bei der Dokumentation des MeKidS.best Falls relevant?

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Vorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen sind, sollen nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses können zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und sollen bei den erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben werden.

Hinweis:

Hinter einigen Begriffen innerhalb der Fragen aus den Links findet sich ein (i). Hier haben Sie die Möglichkeit durch einen Mausklick weitere Definitionen, Erläuterungen und Beispiele zu dem Begriff anzuzeigen.

Anlagen:

- „Abrechnungsbogen – interne Dokumentation"

  ***Hinweis**: Diese Anlage dient nur der Erleichterung der internen Dokumentation zwischen der Verwaltung Ihrer MeKidS.unit und dem MeKidS.team. Dieser Bogen kann von Ihnen genutzt werden, muss aber selbstverständlich nicht zum Einsatz kommen. Eine Nutzung des Bogens entbindet nicht von der Erfassung der Daten in LimeSurvey.*

  Bei Rückfragen im Hinblick auf die Abrechnung wenden Sie sich bitte an:

  Dr. Nikola Blase
  0201.183-2912
  nikola.blase@medman.uni-due.de

- Checkliste zur Dokumentation der fallbezogenen Evaluation

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Befragung zu MeKidS.best-Fällen

Bitte lesen Sie sich die Fragen in Ruhe durch und beantworten Sie diese auf Basis Ihrer Dokumentation zum jeweiligen MeKidS.best-Fall. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Die im Rahmen dieser Erhebung erhobenen Daten werden in anonymisierter Form elektronisch erfasst.

1 Allgemeine Angaben

1.1 Ist der Patient[1] gesetzlich krankenversichert?

☐ ja ☐ nein (Eingabe beendet)

1.2 Bitte geben Sie das Jahr an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:

☐ 2021
☐ 2022

"wenn 2021 in 1.2 angekreuzt wurde"1.2.1: Bitte geben Sie das Quartal an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:
☐ 1/2021
☐ 2/2021
☐ 3/2021
☐ 4/2021

"wenn 2022 in 1.2 angekreuzt wurde"1.2.2: Bitte geben Sie das Quartal an, in dem der MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde:
☐ 1/2022
☐ 2/2022
☐ 3/2022
☐ 4/2022

1.3 Alter (zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung)

☐< 18 Monate
☐ 18 bis < 36 Monate
☐ 36 Monate bis < 6 Jahre
☐ 6 bis <12 Jahre
☐ 12 bis < 18 Jahre

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit sind im Folgenden unabhängig der gewählten Formulierung immer alle Geschlechter gemeint.

1.4 Geschlecht

☐ Männlich
☐ Weiblich

1.5 Wurden die Kontaktdaten der Personensorgeberechtigten des Patienten vollständig erfasst?

☐ ja ☐ nein

1.6 Wie kam der Verdacht, der den Abklärungsprozess einleitete, zustande?

☐ Verdacht innerhalb der Praxis:

1.6a: Wenn in 1.6 innerhalb der Praxis angegeben wurde:
Bitte geben Sie an, durch wen der Verdacht zustande kam:
☐ Kinder- und Jugendarzt
☐ Medizinische Fachangestellte (MFA)
☐ anderes Praxispersonal

☐ Verdacht außerhalb der Praxis

1.6b: Wenn in 1.6 außerhalb der Praxis angegeben wurde:
Bitte geben Sie an, durch wen der Verdacht zustande kam:
☐ Eltern/Personensorgeberechtigte
☐ Kind/Jugendlicher
☐ MeKidS.unit (inkl. Ambulanzen und Sozialpädiatrisches Zentrum)
☐ anderes Krankenhaus (inkl. Ambulanzen und Sozialpädiatrisches Zentrum)
☐ Anderer niedergelassener Arzt/Zahnarzt
☐ Psychologe/Psychotherapeut oder andere Therapeuten
☐ Frühförderstellen
☐ Öffentlicher Gesundheitsdienst
☐ Jugendamt
☐ Familiengericht/Strafgericht
☐ sonstige

☐ nicht dokumentiert

1.7 *Zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung:* Welche/r Hinweis/e hat/haben zur Prozessinitiierung geführt (Mehrfachnennung möglich)?

☐ Untersuchung/Beobachtung des bzw. Gespräch mit dem Kind(es)/Jugendlichen

1.7.1 Wenn Untersuchung/Beobachtung angekreuzt: Welche Hinweise lagen vor?
- Körperliche(r) Hinweis(e)
- Verhaltenshinweis(e)
- Verbale(r) Hinweis(e) des Kindes/des Jugendlichen zu einer Gefährdung

☐ Gespräche mit den bzw. Information/Beobachtung der Eltern/Personensorgeberechtigten

1.7.2 Wenn Gespräche/Information angekreuzt: Welche Hinweise lagen vor?
- Familiäre Belastungssituation
- Verhaltenshinweis(e)

- Information der Eltern/Personensorgeberechtigten zu einer Gefährdung

☐ Hinweis(e) durch Dritte

1.8 Welche Hinweise/Verdachtsmomente auf welche Form der Kindeswohlgefährdung liegen jeweils am ehesten bzw. vorwiegend vor unter Berücksichtigung des gesamten Abklärungsprozesses?
(Anmerkung: Bitte entscheiden Sie sich im Fall von Hinweisen auf *mehrere* Arten von Kindeswohlgefährdung für die Ihrer Ansicht nach relevanteste, schwerwiegendste bzw. in der Abklärung aufwändigste Form)

☐ Misshandlungsverdächtigte Hämatome

☐ Misshandlungsverdächtigte Frakturen

☐ Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung

☐ Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma

☐ Sexueller Missbrauch

☐ Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen

☐ Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung / emotionale Misshandlung

1.9 Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses: Bitte geben Sie Ihre Gefährdungseinschätzung des Kindes/des Jugendlichen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses an:

☐ Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten ist** bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl **besteht**

☐ Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten sein könnte** bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls **bestehen könnte**

☐ Einschätzung, dass **keine** Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht

1.10 Gibt es neben dem in 1.8 angekreuzten führenden Hinweis/Verdachtsmoment weitere Hinweise während des gesamten Abklärungsprozesses auf eine Kindeswohlgefährdung?

☐ Ja, weitere der genannten Hinweise/Verdachtsmomente

☐ Ja, keine der genannten Hinweise/Verdachtsmomente aber andere weitere Hinweise

☐ Nein

☐ nicht dokumentiert

1.11 Wurde erfasst, ob es Kontaktkinder gibt (Geschwister, Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister oder andere Kinder/Jugendliche, die dasselbe Betreuungssetting teilen)?

☐ Ja

Wenn ja: 1.11a Wurde diskutiert, ob eine Indikation für eine körperliche Untersuchung und/oder bildgebende Diagnostik bei den Kontaktkindern besteht?

☐ Ja, wurde diskutiert, es besteht eine Indikation

- Ja, wurde diskutiert, es besteht keine Indikation
- Nein, es wurde nicht diskutiert

☐ Nein

Wenn ja diskutiert/Indikation: 1.11b Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?
☐ Ja
☐ Nein

☐ nicht dokumentiert

1.12 *Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses:* Wurde der Fall als T.74 (ICD-10) kodiert?

- Ja
- Nein
  - 1.12.1 Wenn Nein: Warum erfolgte eine solche Kodierung nicht?
    ☐ keine passende Kodierung
    ☐ fehlende Transparenz gegenüber den Versicherten (Kind/Jugendlichen/Eltern/Personensorgeberechtigten) / mit den Versicherten (Kind/Jugendlichen/Eltern/Personensorgeberechtigten) nicht besprochen
    ☐ Angst vor den Konsequenzen in Bezug auf Aktenkundigkeit
    ☐ nicht dokumentiert
    ☐ Sonstiges

1.13 Wie viele Praxisvorstellungen und / oder Akteneinträge in Bezug auf den gesamten Abklärungsprozess von Prozessinitiierung bis zum Fallabschluss gab es?

- 1 – 2 Mal
- 3 – 5 Mal
- > 5 Mal

1.14 Über wie viele Quartale verlief der Abklärungsprozess (von Prozessinitiierung bis Fallabschluss)? [Anmerkung: Dabei spielt es keine Rolle, ob das Kind in jedem Quartal gesehen wurde]

- 1 Quartal
- 2 Quartale
- 3 Quartale
- 4 Quartale
- 5 Quartale
- 6 Quartale
- 7 Quartale
- 8 Quartale
- 9 Quartale
- 10 Quartale
- > 10 Quartale

1.15 Bitte geben Sie an, ob zu irgendeinem Zeitpunkt des Abklärungsprozesses eine Inobhutnahme durch das Jugendamt bestand?

☐ ja
☐ nein

Einleitungstext:
Die folgenden Fragen beziehen sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. Daher sollten alle Praxisvorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Wenn Zeitangaben abgefragt werden, beziehen diese sich ebenfalls auf den gesamten Abklärungsprozess.

2 Anamnese / primäre Befunderhebung

2.1.	**Wurde eine erweiterte Anamnese durchgeführt, die über die übliche Anamnese hinausgeht?**		
	ja	*nein*	
	☐1	☐2	
a.	Wenn Frage 2.1. mit *ja* beantwortet wurde: Wie häufig wurde eine erweiterte Anamnese im gesamten Abklärungsprozess durchgeführt?		
	1 Mal	*2 - 3 Mal*	*> 3 Mal*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.1.1 Prozess: Wenn Frage 2.1 mit ja beantwortet wurde: Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen Sie eine Anamnese erhoben haben: (Mehrfachnennung möglich) ☐ Familienanamnese ☐ Sozialanamnese ☐ Belastungen erfragt ☐ Ressourcen erfragt ☐ Gerinnungsanamnese ☐ Anamnese in Bezug auf frühere Hinweise auf Kindeswohlgefährdung		
b.	Bitte geben Sie an, wie viel Zeit für die erweiterte Anamnese im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses schätzungsweise benötigt wurde. Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich Zeiten, die im direkten Zusammenhang mit dem Abklärungsprozess stehen.		
	< 10 Minuten	*10 – 30 Minuten*	*> 30 Minuten*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.2	**Wurde eine Schweigepflichtentbindung zum Informationsaustausch mit beteiligten medizinischen und nichtmedizinischen Fachkräften/Institutionen oder zuständige Behörden eingeholt?**		
	ja	*nein*	
a	☐ 1 2.2a1 Wenn Frage 2.2. mit *ja* beantwortet wurde, erfolgte diese schriftlich oder mündlich? [Mehrfachnennung möglich]	☐ 2 2.2a2 Wenn nein: Warum wurde diese nicht eingeholt?	

	☐ schriftlich ☐ mündlich ☐ nicht dokumentiert	☐ Die Schweigepflichtentbindung wurde nicht eingeholt, weil ein gesetzlicher Erlaubnistatbestand vorlag. ☐ Die Schweigepflichtentbindung wurde nicht eingeholt, weil Eltern / Personensorgeberechtigten nicht einverstanden waren. ☐ Die Schweigepflichtentbindung wurde nicht eingeholt, weil kein Informationsaustausch nötig war ☐ Es liegen keine Informationen vor, warum diese nicht eingeholt wurde.
2.3	**Fand ein Arztgespräch / Erörterung mit Bezug zum Abklärungsprozess mit den Eltern / Personensorgeberechtigten statt?**	
	ja	*nein*
	☐ 1	☐ 2
a.	Wenn Frage 2.3. mit *ja* beantwortet wurde: War eine weitere Berufsgruppe (andere als Kinder- und Jugendarzt) bei dem Arztgespräch beteiligt? [Mehrfachnennung möglich]	
	ja, Medizinische Fachangestellte	*ja, anderes Praxispersonal* / *nein*
	☐ 1	☐ 2 / ☐ 3
b.	Wenn 2.3 mit „ja“ angekreuzt wurde, wurden die Eltern / Personensorgeberechtigten in den weiteren Abklärungsprozess mit einbezogen?	
	ja	*nein*
	☐ 1	☐ 2
2.4	**Fand ein Arztgespräch / Erörterung mit dem Kind/dem Jugendlichen mit Bezug auf den Abklärungsprozess statt?**	
	ja	*nein*
a	☐ 1 **2.4a1 Prozess:** wenn 2.4. ja: Wurde das Kind/der Jugendliche in die Diagnostik und den weiteren Abklärungsprozess mit einbezogen? ☐ Ja ☐ Nein	☐ 2 **2.4a2 Prozess:** wenn 2.4 nein: Warum erfolgte das Arztgespräch nicht mit dem Kind/mit dem Jugendlichen? ☐ Ein Gespräch konnte aufgrund von Verständigungsproblemen mit der Sprache Deutsch nicht erfolgen ☐ Das Kind konnte aufgrund seines Alters noch nicht sprechen

		☐ Sonstige fehlende kognitive Reife des Kindes/des Jugendlichen ☐ Das Kind/der Jugendliche hat das Gespräch abgelehnt ☐ Aus strafrechtlichen Gründen nicht erfolgt ☐ Dem Kind/dem Jugendlichen wurde das Gespräch aus anderen als den genannten nicht angeboten ☐ nicht dokumentiert
b.	Wenn Frage 2.4. mit *ja* beantwortet wurde: War eine weitere Berufsgruppe (andere als Kinder- und Jugendarzt) bei dem Arztgespräch beteiligt? [Mehrfachnennung möglich]	
	ja, Medizinische Fachangestellte	*ja, anderes Praxispersonal* / *nein*
	☐ 1	☐ 2 / ☐ 3
c	Wenn Frage 2.4 mit *ja* beantwortet wurde: Fand das Arztgespräch mit dem Kind/dem Jugendlichen mit oder ohne Eltern / Personensorgeberechtigten statt?	
	Mit Eltern / Personensorgeberechtigten	*Ohne Eltern / Personensorgeberechtigten* / Nicht dokumentiert
	☐ 1	☐ 2 / ☐ 3
d	Wenn 2.4c „mit Eltern / Personensorgeberechtigten“ angekreuzt wurde, wurden die Eltern / Personensorgeberechtigten in den weiteren Abklärungsprozess mit einbezogen?	
	ja	*nein*
	☐ 1	☐ 2

3. Diagnostik und Dokumentation

3.1	**Wurde eine körperliche Untersuchung in Bezug auf den Abklärungsprozess durchgeführt?**	
	ja	*nein*
	☐ 1	☐ 2
a	**Prozess**: Wenn 3.1. mit „ja“ beantwortet wurde: Haben Sie das Kind/den Jugendlichen in der körperlichen Untersuchung vollständig entkleiden lassen? ☐ Ja, Untersuchung am vollständig entkleideten Kind/Jugendlichen erfolgt mit anogenitaler Inspektion	

	☐ Ja, Untersuchung am vollständig entkleideten Kind/Jugendlichen OHNE anogenitaler Inspektion erfolgt. ☐ Nein, Untersuchung nur am teilweise entkleideten Kind/Jugendlichen erfolgt ☐ Nicht dokumentiert	

3.2	**Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt?**	
	ja	*nein*
	☐ 1	☐ 2
	3.2a Prozess: Wenn Frage 3.2 mit *ja* beantwortet wurde: Erfolgte die Fotodokumentation mit Maßstab? ☐ Ja ☐ Nein	**3.2b Prozess:** Wenn Frage 3.2 mit *nein* beantwortet wurde: Wurde es bedacht? ☐ Ja, Fotodokumentation wurde bedacht, aber begründet für nicht notwendig erachtet und dokumentiert ☐ Ja, Fotodokumentation wurde bedacht, konnte jedoch nicht durchgeführt werden ☐ Nein, die Durchführung einer Fotodokumentation wurde nicht in Betracht gezogen

c.	Wenn Frage 3.2. mit *ja* beantwortet wurde: Wurde eine Fotodokumentation häufiger als 1 Mal im gesamten Abklärungsprozess durchgeführt?			
	ja		*nein*	
	☐ 1		☐ 2	
d	Wenn Frage 3.2. mit *ja* beantwortet wurde: Wer hat die Fotodokumentation durchgeführt?			
	Kinder- und Jugendarzt	*Medizinische Fachangestellte*	*anderes Praxispersonal*	Nicht dokumentiert
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

3.3	**Wie häufig wurden weitere körperliche Untersuchungen oder Entwicklungsuntersuchungen mit Bezug zum Abklärungsprozesses durchgeführt?**		
	1 Mal	*2 - 3 Mal*	*> 3 Mal*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3

3.4	**Haben Sie weitere diagnostische Maßnahmen veranlasst, deren Ergebnisse Sie für den weiteren Abklärungsprozess verwendet haben?**		
	ja	*nein*	begründet nicht notwendig und dokumentiert
	☐ 1	☐ 2	☐ 3

3.5	**Wurde neben den Einträgen in der Patientenakte bzw. im Arztinformationssystem noch ein erweitertes Dokumentationstool für die Dokumentation genutzt?**		
	ja	*nein*	
	☐ 1	☐ 2	
a.	Wenn ja: Welches Dokumentationstool wurde genutzt? [Mehrfachnennung möglich] ☐ Papiervordrucke ☐ Textvorlagen für Einträge im Arztinformationssystem ☐ MeKidS.support ☐ iGOBSIS ☐ Sonstige		
b.	Wenn Frage 3.5. mit *ja* beantwortet wurde: War eine weitere Berufsgruppe (andere als Kinder- und Jugendarzt) an der Dokumentation beteiligt? [Mehrfachnennung möglich]		
	ja, Medizinische Fachangestellte	*ja, anderes Praxispersonal*	*nein*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c.	Gab es zusätzlichen Aufwand (durch z.B. Anfragen), welcher gesondert verschriftlicht werden musste?		
	ja	*nein*	
	☐ 1	☐ 2	
d	Bitte geben Sie an, wie viel Zeit für die zusätzliche Dokumentation in Bezug auf den Abklärungsprozess bzw. den zusätzlichen Aufwand durch schriftlich zu beantwortende Anfragen im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses schätzungsweise benötigt wurde. Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich Zeiten, die im direkten Zusammenhang mit dem Abklärungsprozess stehen.		
	< 10 Minuten	*10 – 30 Minuten*	*> 30 Minuten*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Fallbesprechungen innerhalb des Praxisteams

4.1.	**Wurde eine Fallbesprechung in Bezug auf den Abklärungsprozess innerhalb des Praxisteams durchgeführt?**	
	ja	*nein*
	☐ 1	☐ 2
	Wenn 4.1. ja: **a1)** Wurde eine Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung bei der Fallbesprechung berücksichtigt? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht dokumentiert	**a3) Prozess:** Wenn nein: Wurde es bedacht? ☐ Ja, eine Fallbesprechung in der Praxis wurde bedacht, aber begründet für nicht notwendig erachtet und dokumentiert

	a2) Wenn 4.1a1 „ja“: Wer hat diese Eltern-Kind Interaktionsbeobachtung dokumentiert? Mehrfachnennung möglich ☐ Kinder- und Jugendarzt ☐ Medizinische Fachangestellte ☐ anderes Praxispersonal	☐ Ja, eine Fallbesprechung wurde bedacht, konnte aber nicht durchgeführt werden. ☐ Nein, eine Fallbesprechung in der Praxis wurde nicht in Betracht gezogen.

b.	Wenn Frage 4.1. mit *ja* beantwortet wurde: Wie häufig wurde eine Fallbesprechung im gesamten Abklärungsprozess durchgeführt?		
	1 Mal	2 - 3 Mal	*> 3 Mal*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c.	Wenn Frage 4.1. mit *ja* beantwortet wurde: Wurde(n) die Fallbesprechung(en) dokumentiert?		
	ja	*nein*	teilweise
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d.	Wenn 4.1c mit *ja* oder *teilweise* beantwortet wurde: Wer hat die Fallbesprechung(en) dokumentiert? [Mehrfachnennung möglich]		
	Kinder- und Jugendarzt	*Medizinische Fachangestellte*	*Anderes Praxispersonal*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3

e.	Welche Berufsgruppe(n) war(en) an den Fallbesprechung(en) beteiligt? [Mehrfachnennungen möglich]			
	Kinder- und Jugendarzt	*Medizinische Fachangestellte*	*Anderes Praxispersonal*	Nicht dokumentiert
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

f.	Für jede angekreuzte Berufsgruppe, bitte die Häufigkeit angeben.		
	1 Mal	2 - 3 Mal	*> 3 Mal*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3

g.	Bitte geben Sie an, wie viel Zeit für die Fallbesprechung (ggf. inkl. Dokumentation) im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses, d.h. für alle Fallbesprechungen mit Bezug zum Abklärungsprozess insgesamt schätzungsweise benötigt wurde.			
	< 10 Minuten	*10 – 30 Minuten*	*31 - 60 Minuten*	*> 60 Minuten*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

5. Pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung

5.1	**Wurde eine pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung zum Abklärungsprozess (z.B. mit KKG NRW (Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen), MeKidS.unit, Medizinische Kinderschutzhotline, andere Kollegen, nichtmedizinische Einrichtungen) in Anspruch genommen?**							
	ja		*nein*		*Begründet nicht notwendig und dokumentiert*			
	□ 1		□ 2		□ 3			
a.	Wenn Frage 5.1. mit *ja* beantwortet wurde, geben Sie bitte an, wer an der **pseudonymisierten/anonymisierten Fallberatung** beteiligt war [Mehrfachnennungen möglich].							
	Beratung durch Medizinische Kinder-schutzhotline	*Beratung durch das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen*	*Beratung durch nichtmedizinische Einrichtungen*	*Beratung durch MeKidS.unit / Kinderschutzgruppe an einer MeKidS.unit*	*Beratung durch andere Krankenhäuser / Kinderschutzgruppen an einem anderen Krankenhaus*	*Beratung durch nieder-gelassene Ärzte*	*Sonstige*	*Nicht doku-mentiert*
	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6	□ 7	□ 8
b.	Bitte geben Sie an, wie viel Zeit für die pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung (ggf. inkl. Dokumentation) im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses insgesamt schätzungsweise benötigt wurde.							
	< 10 Minuten		*10 – 30 Minuten*		*> 30 Minuten*			
	□ 1		□ 2		□ 3			
c.	Wer war an der pseudonymisierten/anonymisierten Fallberatung beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)							
	Kinder- und Jugendarzt		*Medizinische Fachangestellte*		*anderes Praxispersonal*			
	□ 1		□ 2		□ 3			

6. Überweisungen und Weiterleitungen an medizinische Strukturen

6.1. Erfolgte aufgrund und während des Abklärungsprozesses eine Überweisung/Weiterleitung an medizinische Einrichtungen?

- □ Ja, als akute Erst- und Schutzmaßnahme
- □ Ja, als elektive Überweisung/Weiterleitung
- □ Nein
- □ Begründet nicht notwendig und dokumentiert

Wenn 6.1. „ja“

6.1a. An wen erfolgte aufgrund des Abklärungsprozesses eine Überweisung/Weiterleitung? [Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Mehrfachnennungen sind möglich.]

- ☐ Krankenhaus (Ambulanz)
  - Wenn Krankenhaus: Handelte es sich um eine MeKidS.unit? Ja/Nein
- ☐ Krankenhaus (Einweisung zur stationären Aufnahme)
  - Wenn Krankenhaus: Handelte es sich um eine MeKidS.unit? Ja/Nein
- ☐ Krankenhaus (Sozialpädiatrisches Zentrum)
  - Wenn Krankenhaus: Handelte es sich um eine MeKidS.unit? Ja/Nein
- ☐ Anderer niedergelassener Arzt / Zahnarzt
- ☐ Psychologe
- ☐ Frühförderstelle
- ☐ (Rechtsmedizinische) Gewalt- und Opferschutzambulanzen
- ☐ sonstige Heilberufe oder medizinische Einrichtungen

Wenn 6.1. „ja“
6.1b. Wurde überprüft, ob die Überweisung/Weiterleitung erfolgreich war? (z.B. Telefonat?)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn 6.1. „ja“
6.1c. War eine weitere Berufsgruppe (andere als Kinder- und Jugendarzt) innerhalb der Praxis bei der Überweisung / Weiterleitung beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ ja, Medizinische Fachangestellte
- ☐ ja, anderes Praxispersonal
- ☐ nein

Wenn 6.1. „ja“
6.1d. Bitte geben Sie an, wie viel Zeit für die Überweisung / Weiterleitung aufgrund des Abklärungsprozesses in weitere medizinische Strukturen (ggf. inkl. Dokumentation) im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses schätzungsweise benötigt wurde?

- ☐ < 10 Minuten
- ☐ 10 – 30 Minuten
- ☐ > 30 Minuten

6.2. Wurden wiederholte ambulante Vorstellungen im Rahmen des Abklärungsprozesses in Ihrer Praxis vereinbart? (hierzu zählen z.B. auch Telefonate, Initiierung einer Wiedervorstellung):

- ☐ Ja
- ☐ Nein

7. Einbindung Jugendamt

7.1. Erfolgte eine personenbezogene Meldung an das Jugendamt?

☐ ja ☐ nein ☐ begründet nicht notwendig und dokumentiert

Wenn 7.1 „ja“
7.1a. War eine weitere Berufsgruppe (andere als Kinder- und Jugendarzt) innerhalb der Praxis bei der personenbezogenen Meldung an das Jugendamt beteiligt? (Mehrfachnennung möglich)

☐ ja, Medizinische Fachangestellte
☐ ja, anderes Praxispersonal
☐ nein

Wenn 7.1 „ja“
7.1b. Bitte geben Sie an, wie viel Zeit für die personenbezogene Meldung an das Jugendamt (ggf. inkl. Dokumentation) im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses schätzungsweise benötigt wurde?

☐ < 10 Minuten
☐ 10 – 30 Minuten
☐ > 30 Minuten

Wenn 7.1 „ja“

7.1c. Haben Sie eine Rückmeldung von Seiten des Jugendamts in Bezug auf Ihre Meldung erhalten?

☐ ja, es gab eine Rückmeldung über den Eingang der Meldung

☐ ja, es gab eine Rückmeldung über den Eingang der Meldung sowie weitere Informationen

☐ nein, es gab keine Rückmeldung

8. Fallverantwortung

8.1 Wie sind Sie während des Abklärungsprozesses mit der Fallverantwortung umgegangen?

- ☐ Ich habe die Fallverantwortung an eine medizinische Einrichtung abgegeben
- ☐ Ich habe die Fallverantwortung an das Jugendamt abgegeben
- ☐ Ich habe die Fallverantwortung nur mit einer weiteren medizinischen Einrichtung geteilt
- ☐ Ich habe die Fallverantwortung nur mit dem Jugendamt geteilt
- ☐ Ich habe die Fallverantwortung mit einer weiteren medizinischen Einrichtung und dem Jugendamt geteilt
- ☐ Die Fallverantwortung lag die ganze Zeit bei mir
- ☐ Keine Angabe möglich

wenn Frage 8.1. „abgegeben“ oder „geteilt“ angegeben
8.1a: Wann haben Sie die Verantwortung für den Fall abgegeben bzw. geteilt?

- ☐ Direkt zu Beginn des Abklärungsprozesses im Rahmen der Notwendigkeit einer akuten Erst- und Schutzmaßnahme durch eine andere Institution

- ☐ im weiteren Verlauf des Abklärungsprozess
- ☐ zum Fallabschluss

8.1b: wenn Frage 8.1 mit dem JA geteilt:
Bitte geben Sie an, in welchem Verhältnis die Fallverantwortung jeweils in der eigenen Verantwortung bzw. in der Verantwortung des Jugendamts lag:

- ☐ Die Verantwortung lag mehr beim Jugendamt
- ☐ Die Verantwortung war gleich verteilt
- ☐ Die Verantwortung lag mehr in der eigenen Praxis

9 Hilfe- und Schutzkonzept

9.1	Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses: Welches Hilfe- / Schutzkonzept wurde entwickelt (Mehrfachnennung möglich)		
	Kein Konzept	*Konzept mit Schutzmaßnahmen*	*Konzept mit Hilfemaßnahmen*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
a.	Nicht stellen, wenn kein Konzept angekreuzt wurde Wer war an der Entwicklung dieses Konzepts/dieser Konzepte beteiligt? (Mehrfachantwort) ☐ Kinder- und Jugendarzt ☐ Medizinische Fachangestellte ☐ Anderes Praxispersonal ☐ Kind/Jugendlicher ☐ Eltern/Personensorgeberechtigte ☐ Jugendamtsmitarbeiter ☐ Fachkräfte anderer medizinischen Einrichtungen ☐ Andere ☐ Nicht dokumentiert		
b.	Wurde die Entwicklung eines Hilfe-/Schutzkonzeptes dokumentiert?		
	ja	*nein*	
	☐ 1	☐ 2	
c.	Wenn 9.1 mit „Konzept mit… “ beantwortet wurde (bei „Kein Konzept“ entfällt die Frage): Wer hat die Entwicklung eines Hilfe-/Schutzkonzeptes dokumentiert? (Mehrfachnennung möglich)		
	Kinder- und Jugendarzt	Medizinische Fachangestellte	anderes Praxispersonal
	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d.	Bitte geben Sie an, wie viel Zeit Sie für die Erstellungen eines Hilfe- und/oder Schutzkonzeptes im Rahmen des gesamten Abklärungsprozesses schätzungsweise aufgewendet haben.		
	< 10 Minuten	*10 – 30 Minuten*	*> 31 -60 Minuten*	> 60 Minuten

	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

10 Weitere Maßnahmen

10.1.	**Gab es weitere zeitlich aufwändige fallbezogene Maßnahmen im Rahmen des Abklärungs- und Weiterleitungsprozesses, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden?**		
	ja	*nein*	
	☐ 1	☐ 2	
a.	Wenn 10.1. „ja“: Bitte geben Sie an, wie viel Zeit Sie für diese Maßnahmen insgesamt schätzungsweise aufgewendet haben. Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich Zeiten, die im direkten Zusammenhang mit dem Abklärungsprozess stehen.		
	< 10 Minuten	*10 – 30 Minuten*	*> 30 Minuten*
	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Ausfüllhilfe zum Erhebungsbogen der fallbezogenen Evaluation (FAQ)
MeKidS.Praxen

Wie kann ich meine Fälle dokumentieren?

Für die Dokumentation der Fälle nutzen Sie bitte den untenstehenden Link.

Bitte lesen Sie sich die Fragen in Ruhe durch und beantworten Sie diese auf Basis Ihrer Dokumentation zum jeweiligen MeKidS.best Fall. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Die im Rahmen dieser Erhebung erhobenen Daten werden in anonymisierter Form elektronisch erfasst. Der Link kann für alle MeKidS.best Fälle fortwährend genutzt werden. **Jeder Fall muss durchgehend eingegeben und abgeschlossen werden. Eine Zwischenspeicherung der Eingaben ist nicht möglich**. Vermeiden Sie längerfristige Inaktivität, da sonst der Computer in den Ruhemodus wechselt und damit Datenverlust einhergeht.

Nach erfolgreichem Abschluss der kompletten Dateneingabe kann der nächste MeKidS.best Fall eingegeben werden.[1] Dies geschieht über den gleichen Link und den gleichen Zugangscode.

Erprobungsphase: https://cambase-limesurvey.uni-wh.de/index.php/249759?lang=de

Woher bekomme ich meinen Zugangscode?

Der Zugangscode in Form eines Universalpassworts wurde Ihnen über MedEcon Ruhr per Mail zur Verfügung gestellt und ist sowohl für den Link zur fallbezogenen Dokumentation, als auch für jeden Link zur Inzidenzerhebung und für die Links zur Strukturerhebung gültig. Sollten Sie Probleme mit der Verwendung des Zugangscodes haben, wenden Sie sich bitte an

Dr. Antje Hammer (BVKJ)
M. +49 172.385 0819
antje.hammer@bvkj.de

Welche Fälle werden über den Link dokumentiert?

Es werden die Fälle über den Link dokumentiert, die zuvor anhand der bestehenden Einschlusskriterien in die Versorgungstudie eingeschlossen und die innerhalb des Zeitraums vom 01.01.2021 und 31.12.2022 **abgeschlossen** wurden. **Bitte dokumentieren Sie alle MeKidS.best Fälle inhaltlich, die Sie in der Inzidenzerhebung als abgeschlossen bewertet haben**. Sollte es Fälle geben, die mit Datum 31.12.2022 noch nicht abgeschlossen sind, so können diese nicht über den Link dokumentiert werden.

[1] Eine parallele Nutzung des Links und des Universalpasswortes ist über zwei (bzw. mehrere) Endgeräte möglich.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ein MeKidS.best Fall ist folgendermaßen definiert (= Einschlusskriterien in die Versorgungsstudie):

- Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren
- UND bei denen Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
- UND bei denen ein Abklärungsprozess initiiert wird
- UND die gesetzlich krankenversichert sind.



Abschluss eines MeKidS.best Falls:

Jeder MeKidS.best Fall, dessen Abklärungsprozess zur Kindeswohlgefährdung durch den behandelnden Kinder- und Jugendarzt als

- abgeschlossen eingestuft wird

  [*Es ist natürlich möglich, dass ein MeKidS.best Fall abgeschlossen wurde, das Kind jedoch in späteren Quartalen erneut wegen des Verdachts bzw. wegen einer Kindeswohlgefährdung vorstellig wird. Dann handelt es sich um einen NEUEN MeKidS.best Fall, der wiederum erneut in die Inzidenzerhebungsbögen und demnach auch in die fallbezogene Evaluation Eingang findet.]*

  UND

- bei dem erwartet wird, dass zukünftig keine kinderschutzbezogenen Leistungen durch die jeweilige MeKidS.Praxis mehr erbracht werden.



Zu welchem Zeitpunkt dürfen die Fälle dokumentiert werden?

Da es sich um eine retrospektive Datenanalyse handelt können abgeschlossene Fälle zu jeder Zeit eingegeben werden. Bitte beginnen Sie mit den abgeschlossenen Fällen aus Quartal 1 des Jahres 2021. Die letzten Fälle können bis zum 15.01.2023 dokumentiert werden. Bitte beachten Sie vor dem Hintergrund der fehlenden Möglichkeit einer Zwischenspeicherung der Eingaben, dass alle Informationen zum „Fall“ vorliegen müssen.

Nach erfolgreichem Abschluss der kompletten Dateneingabe kann der nächste MeKidS.best Fall eingegeben/dokumentiert werden. Dies geschieht wieder über den oben genannten Link und über Ihren Zugangscode.

Welche Untersuchungen/Maßnahmen sind bei der Dokumentation des MeKidS.best Falls relevant?

Die fallbezogene Evaluation bezieht sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess, d.h. alle Vorstellungen zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss (des Kinderschutzfalls). Daher sollten alle Praxisvorstellungen oder Kontakte zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt werden. Wenn Zeitangaben abgefragt werden, beziehen sich diese ebenfalls auf den gesamten Abklärungsprozess.

Hinweis:

Hinter einigen Begriffen innerhalb der Fragen aus den Links findet sich ein (i). Hier haben Sie die Möglichkeit durch einen Mausklick weitere Definitionen, Erläuterungen und Beispiele zu dem Begriff anzuzeigen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 5: Scoringalgorithmus

- **Anlage 5a: Scoringalgorithmus MeKidS.Praxen**
- **Anlage 5b: Scoringalgorithmus MeKidS.units**

Anlage 5: Scoringalgorithmus

Scoringalgorithmus zu den Fallvignetten der MeKidS.Praxen

Fragen		Möglichkeiten	Für die Programmierung: Zuordnung Punkte zu AW bei kombinierten Fragen	Punkte	Additiv oder Gesamt-punkt-zahl?	Forderung bei welchen Altersgruppen	Forderung bei welcher Art der Kindeswohlgefährdung	Max. Punkte
1.11 / 1.11a	F1_Kontaktkinder	Ja, Kontaktkinder erfasst und weitere Abklärung diskutiert	1.11: AW 1 und 1.11a AW 1 oder 2	1	Gesamt	alle	alle	1
		Ja, Kontaktkinder erfasst, aber weitere Abklärung nicht diskutiert	1.11 AW1 und 1.11a AW3	0,25				
		Nein	1.11 AW2	0				
1.12	F2_T 74	Ja/Nein		1/0	Gesamt	alle	alle	1
2.1 2.1.1	F3_Anamnese: 6 Unterantworten: – Familienanamnese – Sozialanamnese – Belastungen erfragt – Ressourcen erfragt – Gerinnungs-anamnese – Frühere Kindeswohl-gefährdungen	Ja/Nein	Diese Punktevergabe gilt für die Vignetten: Hämatome, NASHT, Frakturen	1/0 PLUS: 0,05 0,05 0,25 0,25 0,1 0,3	Additiv	 alle alle alle alle alle alle	Diese Punkte für die anderen Vignetten: 0,05/0,9** 0,05/0,9 0,25/0,9 0,25/0,9 0 (Gerinnungsanamnese: nur Hämatome/NASHT/Frakturen) 0,3/0,9	2 *
2.2 / 2.2.a 2	F4_Schweigepflicht	Ja Nein, Erlaubnistatbestand Nein, Eltern wollen nicht Nein, kein Informations-austausch erfolgt Nein, keine Infos vorhanden	2.2 AW1 2.2 AW2 und 2.2a2 AW 1 2.2 AW2 und 2.2a2 AW 2 2.2 AW2 und 2.2a2 AW 3 2.2 AW2 und 2.2a2 AW 4	1 1 1 1 0	Gesamt	alle	alle	1
2.3	F5_ Gespräch Personensorgeberechtigte	Ja/nein		1,25/0	Gesamt	Nur bei den Gruppen < 12 Jahren gefordert ***	alle	1,25

Anlage 5: Scoringalgorithmus

2.3a	F6_Personensorgeberechtigte In Abklärungsprozess einbezogen	Ja/nein		1,25/0	Gesamt	Nur bei den Gruppen < 12 Jahren gefordert ***	alle	1,25
2.4 / 2.4a2	F7_Kind Gespräch	Ja	2.4 AW1	1,5	Gesamt	Dass Alters-gruppe 1 ausgenom-men ist, ergibt sich aus der Bepunktung der plausiblen Gründe	alle	1,5
		Nein und in Frage 2.4a2 plausible Gründe (Sprache / Alter / Reife / Ablehnung / strafrechtl. Gründe)	2.4 AW2 und 2.4a2 AW 1 oder 2 oder 3 oder 4 oder 5	1,5				
		Nein (und in Frage 2.4a2 „nicht angeboten“ oder „nicht dokumentiert“)	2.4 AW2 und 2.4a2 AW 6 oder 7	0				
2.4a1	F8_Kind Abklärungsprozess einbezogen	Ja/nein	Wenn aus plausiblen Gründen (Frage 2.4a2) kein Gespräch mit dem Kind stattfand, erscheint diese Frage in limesurvey nicht. Es wird „NULL“ ausgeworfen. Es müssen aber in diesem Fall auch hier 1,5 Punkte vergeben werden!	1,5/0	Gesamt	Dass Alters-gruppe 1 ausgenom-men ist, ergibt sich aus der Bepunktung der plausiblen Gründe		1,5
3.1 / 3.1a	F9_Körperl. Untersuchung	Nein	3.1 AW2	0	Gesamt	alle		
		Ja, voll entkleidet + anogenital	3.1 AW1 und 3.1a AW1	1			Nur bei sex. Missbrauch gefordert	1
		Ja, voll entkleidet ohne anogenital	3.1 AW1 und 3.1a AW2	1			Bei sex. Missbrauch: 0,5 Punkte	
		Ja, teilweise entkleidet	3.1 AW1 und 3.1a AW3	0,5				
		Ja, nicht dokumentiert	3.1 AW1 und 3.1a AW4	0				
3.2 / 3.2a/ 3.2b	F10_Fotodokumentation	Ja durchgeführt mit Maßstab	3.2 AW 1 und 3.2a AW 1	0,5	Gesamt	alle	alle	0,5
		Ja durchgeführt ohne Maßstab	3.2 AW 1 und 3.2a AW2	0,375				
		Nein, bedacht, nicht notwendig	3.2 AW 2 und 3.2b AW 1	0,5				
		Nein, bedacht, nicht möglich (technisch / organisatorisch)	3.2 AW 2 und 3.2b AW 2	0,25				
		Nein, nicht bedacht	3.2 AW 2 und 3.2b AW 3	0				
3.4	F11_Weitere Diagnostik	Ja/nein/nicht notwendig		1/0/1	Gesamt	alle	alle	1

Anlage 5: Scoringalgorithmus

4.1 / 4.1a3	F12_Interne Fallbesprechung	Ja	4.1 AW 1	1	Gesamt	alle	alle	1
		Nein, begründet nicht notwendig	4.1 AW2 und 4.1a3 AW 1	1 Punkt				
		Nein, konnte nicht durchgeführt werden	4.1 AW2 und 4.1a3 AW 2	0,5				
		Nein, nicht in Betracht gezogen	4.1 AW2 und 4.1a3 AW 3	0				
4.1a1	F13_Elternkindinteraktion einbezogen	Ja/nein/nicht dokumentiert		1/0/0	Gesamt	alle	alle	1
5.1	F14_Pseudonymisierte fachliche Beratung	Ja nein nicht notwendig		1 0 0, wenn 4.1 nein 1, wenn 4.1 Ja	Gesamt	alle	alle	1
6.1	F15_Weiterleitung	Ja, zum Schutz Ja, elektiv Nein Nicht notwendig		1 1 0 2	Gesamt	alle	alle	1
6.1.b	F16_Überprüfung Weiterleitg. Wenn 6.1 Ja Schutz od. elektiv Wenn 6.1 Nein Wenn 6.1 Nicht notwendig	 Ja Nein *Frage wird nicht gestellt* *Frage wird nicht gestellt* ****	 1 0	 1 0 *0* *0*	Gesamt	alle	alle	1
6.2	F17_Vorgehen vereinbart	Ja/nein		1/0	Gesamt	alle	alle	1
7.1	F18_Jugendamt einbezogen	Ja Nein Nicht notwendig		1 0 1	Gesamt	alle	alle	1
								Gesamt max 20

<u>Kommentare für die Programmierung:</u>

* **Frage 2.1**: Falls in 2.1 Anamnese „nein“ angekreuzt ist: Immer 0 Punkte vergeben.

** **Frage 2.1.1**: Die zweite Punktevergabe (0,9) gilt für die Vignetten: Thermische Verletzung, neonataler Drogenentzug, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung.
Bei den vier Vignetten Hämatome, NASHT, Frakturen: Bitte so wie hier angegeben berechnen.

Bei allen anderen Vignetten:

- Wenn bei diesen Vignetten eine Gerinnungs-anamnese erhoben wurde, dann wie o.g. (Hämatome, NASHT, Frakturen) bepunkten.
- Wenn aber bei diesen Vignetten eine Gerinnungsanamnese NICHT erhoben wurde, bitte Gerinnungsanamnese aus dem Scoring herausrechnen (da bei diesen Vignetten medizinisch nicht relevant); d.h. alles umrechnen, dass man trotzdem auf 1 Punkt für die anderen Unterantworten kommt im jeweils gleichen Verhältnis, wie bisher; d.h. wenn bspw. alles außer Gerinnungsanamnese angekreuzt wurde wird trotzdem 1 Punkt vergeben, zzgl. jeweils den Punkt für Anamnese ja/nein, d.h. volle Punktzahl auch ohne Gerinnungsanamnese.

*** **Frage 2.3.**
und **Frage 2.3.a**: Bei den über 12-jährigen werden immer 1,25 Punkte vergeben

**** **Frage 6.1.b**: Indirekt 0 Punkte, da die Frage nicht gestellt wird. Ausgleich bei „Nicht notwendig“ erfolgt durch die höhere Punktzahl in 6.1, sodass bei „Nicht notwendig“ für 6.1 und 6.1b zusammen ebenfalls 2 Punkte erreicht werden können.

Anlage 5: Scoringalgorithmus

Scoringalgorithmus zu den Fallvignetten der MeKidS.units

Dimension	Vignette	Fragen-nr.	Frage	Antwortmöglichkeiten	Punkte Personal	Punkte Inhalt	Erläuterungen
1	alle	B1	Wurde eine Anamnese und körperliche Untersuchung durchgeführt?	Ja	Punktevergabe möglich		
				Nein	Keine Punktevergabe		
		B11	Was wurde durchgeführt?	Symptomorientierte Anamnese		0,3 o. 0,2	0,3; 0,2 Punkte + Punkte aus Vorsorgefragen B2 ff., wenn Altersgruppe <6 Jahre und nicht emotionale Vernachl. und nicht neonat. Drogenentzug (bei emotional. V. kämen hier 0,3 Punkte + die Punkte aus Item 4; bei neonat. Drogenentzug 0,3 Punkte pauschal, da keine weiteren Vorsorgen erfolgen konnten
				Eigenanamnese		0,2	
				Familienanamnese		0,1	
				Sozialanamnese		0,1	
				Anamnese zu Vorsorgen/Impfungen			s. symptomorientierte Anamnese
		B12	Welche Berufsgruppe war beteiligt?	Arzt	0,1 oder 0,3 oder 0,8		0,1 Pkt: einer aus dieser Gruppe 0,3 Pkt: zwei aus dieser Gruppe 0,8 Pkt: drei oder mehr aus dieser Gruppe
				Pflege			
				Psychologe			
				Mitarbeiter des Sozialdienstes			
				anderes Unitpersonal			

Anlage 5: Scoringalgorithmus

		A13	Wurde erfasst, ob es Kontaktkinder gibt (Geschwister, Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister oder andere Kinder/Jugendliche, die dasselbe Betreuungssetting teilen)?	Ja, es wurde erfasst und es gibt Kontaktkinder		0,1	-- > Weiter zu Frage A131 und A132
				Ja, es wurde erfasst und es gibt keine Kontaktkinder		0,3	
				Nein		0	
		A131	Wurde diskutiert, ob eine Indikation für eine körperliche Untersuchung und/oder bildgebende Diagnostik bei den Kontaktkindern besteht?	Ja, es wurde diskutiert, es besteht eine Indikation		0,1	
				Ja, es wurde diskutiert, es besteht keine Indikation		0,2	
				Nein, es wurde nicht diskutiert		0	
		A132	Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?	Ja		0,1	
				Nein		0	
				Nicht dokumentiert		0	
		B2	Lag das Vorsorgeheft vor?	Ja		0,05	B2, B22 und B21 nur wenn Altersgruppe <6 Jahre und nicht
				Nein		0	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

		B22	Wurde das Vorsorgeheft angefordert?	Ja		0,025	emotionale Vernachl. und nicht neonat. Drogenentzug
				Nein		0	
		B21	Wurde das Vorsorgeheft auf Auffälligkeiten überprüft?	Ja		0,05	
				Nein		0	
		B3	Lagen weitere Risikofaktoren vor, die zum Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung führten?	minderjährige Eltern zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes			
				häusliche Gewalt			
				mehr als 4 Kinder in der Familie			
				niedriger Bildungsstatus			
				elterliche Erfahrung eigener Kindeswohlgefährdung			
				Fluchterfahrung			
				psychische Erkrankung der Eltern			
				Substanzmissbrauch von Eltern			
				Behinderung des betroffenen Kindes/Jugendlichen			
				Frühgeburt			
				Inobhutnahme eine Kontaktkindes			
				sonstige Risikofaktoren			
				keine Risikofaktoren		0,1	
				Nicht dokumentiert		0	
		B6	Wurde eine erweiterte Anamnese aufgrund des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt?	Ja		0,1	
				Nein		0	

0,1 Pkt., wenn mindestens eines davon vorlag

Anlage 5: Scoringalgorithmus

2	alle	B1 u. B11	Körperliche Untersuchung durchgeführt	Ja		0,2	- -> weiter zu Frage B111 und B112
				Nein		0	
		B111	Wenn eine körperliche Untersuchung erfolgte: Haben Sie das Kind/den Jugendlichen in der körperlichen Untersuchung vollständig entkleiden lassen?	Ja, Untersuchung am vollständig entkleideten Kind/Jugendlichen erfolgt, mit anogenitaler Inspektion		0,5	
				Ja, Untersuchung am vollständig entkleideten Kind/Jugendlichen erfolgt, ohne anogenitale Inspektion		0,5	
				Nein, Untersuchung nur am teilweise entkleideten Kind erfolgt		0,2	
				keine Angaben möglich		0	
		B112	Bitte geben Sie an, welche Bereiche in Ihre körperliche Untersuchung inkludiert waren:	Perzentilenberechnung		0,1 oder 0	nur für Altersgruppe bis < 6 Jahre gefordert: dann bei erfolgter Berechnung 0,1, sonst 0.
				Pflegestatus inkl. enoraler Status/Zahnstatus		0,3 oder 0,4	Wenn Altersgruppe > 6 Jahre, dann hier mit 0,4 bepunkten
				neurologischer Status		0,05	
				motorischer Entwicklungsstatus		0,05	
				Nicht dokumentiert		0	
		B12	Welche Berufsgruppe war beteiligt?	Arzt	0,1 oder 0,8		0,1 Punkte, wenn nur eine dieser beiden Berufsgruppen beteiligt war 0,8 Punkte, wenn beide Berufsgruppen beteiligt waren
				Pflege			
Für alle Vignetten sind die Fragen bei Dimensionen 3 und 4 zum Personal identisch und ergeben im Maximalfall 0,4 Punkte. Dazu kommen bei den Vignetten I-VII die jeweiligen vignettenspezifischen Punkte mit jeweils maximal 1,6 Punkten.							

3	I-VII	E1	Haben ein Facharzt oder ein Weiterbildungsassistent und ein Facharzt besprochen, ob eine Indikation für eine weiterführende Diagnostik im Sinne einer körperlichen Untersuchung, bildgebender Diagnostik oder Labordiagnostik besteht?	Ja	0,15		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
		E2	Ist mindestens einer der Ärzte ein kinderschutzerfahrener Arzt oder Facharzt für Kinder-. und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie, Radiologie oder Gynäkologie?	Ja	0,15		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
		E3	Wurde bei gezielten Fragestellungen, z.B. zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen ein Facharzt mit spezieller Expertise (z.B. mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie) hinzugezogen?	Ja	0,1		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
Für die folgenden Fragen gibt es, sofern nicht anders angegeben, für jeden Unterpunkt die folgenden Antwortmöglichkeiten und Punktzahlen:							
				in eigener Einrichtung erfolgt	volle Punktzahl		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				sicher erfolgt (andere Einrichtung war beteiligt)	volle Punktzahl	
				veranlasst	volle Punktzahl	
				aus guten Gründen nicht erfolgt	volle Punktzahl	(nachvollziehbare medizinische Gründe)
				nicht erfolgt	keine Punkte	
	I	G1	Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde.	INR	1,2/5	Nur für Altersgruppen 1 u. 2 gefordert. Ab Altersgruppe 3 gibt es jeweils 1,2/5=0,24 Punkte für die Labordiagnostik, wenn Frage G2 mit "aus guten Gründen nicht erfolgt" beantwortet wurde.
				aPTT	1,2/5	
				Fibrinogen	1,2/5	
				Blutbild mit Diff	1,2/5	
				Blutgruppe	1,2/5	
		B1	Anamnese durchgeführt	Ja	0,2	wenn hier bei Altersgruppe 1 und 2 kein Kreuz gesetzt wurde, Punkte nicht vergeben; wenn ab Altersgruppe 3 hier zwar kein Kreuz, Frage G2 aber mit "aus guten Gründen nicht erfolgt" ausgewählt wurde, dann 0,2 Punkte dennoch vergeben.
		B11	Unterpunkt Gerinnungsanamnese	angekreuzt		
		G2	Bitte geben Sie an, ob eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine hämostaseologische Erkrankung und Empfehlung für eine weitere Diagnostik erfolgt ist		0,2	
	II	H1	Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde.	kleines Blutbild	1,2/9	Jeweils 1,2/9 = 0,133 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt.
				Kalzium	1,2/9	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				Phosphat		1,2/9	Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				Alk. Phosphatase		1,2/9	
				Gallensäuren		1,2/9	
				Kreatinin		1,2/9	
				25-OH-Vitamin D		1,2/9	
				Parathormon		1,2/9	
				Transaminasen		1,2/9	
		B1	Anamnese durchgeführt	Ja		0,2	wenn hier bei Altersgruppe 1 und 2 kein Kreuz gesetzt wurde, Punkte nicht vergeben; wenn ab Altersgruppe 3 hier zwar kein Kreuz, Frage G2 aber mit "aus guten Gründen nicht erfolgt" ausgewählt wurde, dann 0,2 Punkte dennoch vergeben.
		B11	Unterpunkt Gerinnungsanamnese	angekreuzt			
		H2	Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine Erkrankung mit Einfluss auf den Knochenstoffwechsel und Empfehlung für eine weitere Diagnostik?			0,2	
	III	L1	In welchem zeitlichen Abstand zum Unfallereignis wurde das Kind/der Jugendliche vorgestellt?	unmittelbar		0,6	
				< 3 Stunden		0,6	
				> 3 Stunden		0,6	
				nicht dokumentiert		0	
			Wurde die Unfallanamnese dokumentiert?	Ja		0,5	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

			Wurde das Vernachlässigen der Aufsichtspflicht dokumentiert?	Ja		0,5	
	IV	I1	Bitte geben Sie an, welche Labordiagnostik durchgeführt wurde				
			im Blut:	INR		1,2/12	Jeweils 1,2/12 = 0,1 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				aPTT		1,2/12	
				Fibrinogen		1,2/12	
				Blutbild mit Leukozytendiff.		1,2/12	
				Transaminasen		1,2/12	
				Pankreasenzyme		1,2/12	
				Kreatinkinase		1,2/12	
				Kreatinin		1,2/12	
				Kupfer		1,2/12	
				Caeruloplasmin		1,2/12	
			im Urin:	Organische Säuren		1,2/12	
				Drogenscreening		1,2/12	
		B1	Anamnese durchgeführt	Ja		0,2	wenn hier bei Altersgruppe 1 und 2 kein Kreuz gesetzt wurde, Punkte nicht vergeben; wenn ab Altersgruppe 3 hier zwar kein Kreuz, Frage G2 aber mit "aus guten Gründen nicht erfolgt" ausgewählt wurde, dann 0,2 Punkte dennoch vergeben.
		B11	Unterpunkt Gerinnungsanamnese	angekreuzt			
		I2	Erfolgte eine nachvollziehbar dokumentierte Auswertung der Diagnostik in Hinblick auf eine hämostaseologische oder andere differentialdiagnostische			0,2	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

			Erkrankung und Empfehlung für eine weitere Diagnostik?				
	V	J1	Wie lange lag das Ereignis vermutlich zurück?	< 72 Stunden			
				> 72 Stunden			
		J11	< 72 Stunden: Bitte geben Sie an, was wie durchgeführt wurde.	Schwangerschaftstest		0,6	nur bei Mädchen der Altersgruppen 4 und 5
				Notfallkontrazeption		0,6	
				Spurensicherung:			
				Abstriche		0,1 o. 0,4	bei Mädchen 0,1 Punkte bei Jungen 0,4 Punkte
				Kleidungsstücke		0,1 o. 0,4	
				Schneiden der Fingernägel		0,1 o. 0,4	
				Auskämmen der Schamhaare		0,1 o. 0,4	
		J12	> 72 Stunden: Bitte geben Sie an, was wie durchgeführt wurde.	Schwangerschaftstest		1	nur bei Mädchen der Altersgruppen 4 und 5
				Chlamydia trachomatis		0,2 o. 1,6/3	bei Mädchen 0,2 Punkte, bei Jungen jeweils 1,6/3 = 0,533 Punkte
				Neisseria gonorrhea		0,2 o. 1,6/3	
				Trichomonas vaginalis		0,2 o. 1,6/3	
	VI	K1	Was wurde durchgeführt?	Drogenscreening in Urin oder Mekonium		0,8	
				z.B. Finnegan-Score 4-7 Tage nach der Geburt		0,8	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

	VII	M1	Was wurde durchgeführt?	Indikation für die Diagnostik von Defiziten in folgenden Bereichen geprüft:			
				Bereich Motorik		0,1	
				Bereich Sprache		0,1	
				Sozial-emotionaler Bereich		0,1	
				Bereich Kognition		0,1	
				Zahnärztliche Vorstellung empfohlen		0,1	
				Organische Ursachen ausgeschlossen		0,5	
		B2	Lag das Vorsorgeheft vor?	Lag vor		0,3	
		B21	Wurde das Vorsorgeheft auf Auffälligkeiten überprüft?	Ja		0,3	
		B22	Wurde das Vorsorgeheft angefordert?	Ja		0,1	
4	I-VII	E1	Haben ein Facharzt oder ein Weiterbildungsassistent und ein Facharzt besprochen, ob eine Indikation, für eine weiterführende Diagnostik im Sinne einer körperlichen Untersuchung, bildgebender Diagnostik und Labordiagnostik besteht?	Ja	0,15		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
		E2	Ist mindestens einer der Ärzte ein kinderschutzerfahrener Arzt oder Facharzt für Kinder-. und Jugendheilkunde,	Ja	0,15		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

			Kinderchirurgie, Radiologie oder Gynäkologie?				
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
		E3	Wurde bei gezielten Fragestellungen, z.B. zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen ein Facharzt mit spezieller Expertise (z.B. mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie) hinzugezogen?	Ja	0,1		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
Für die folgenden Fragen gibt es für jeden Unterpunkt die Antwortmöglichkeiten:							
				in eigener Einrichtung erfolgt	volle Punktzahl		
				sicher erfolgt (andere Einrichtung war beteiligt)	volle Punktzahl		
				veranlasst	volle Punktzahl		
				aus guten Gründen nicht erfolgt	volle Punktzahl		(nachvollziehbare medizinische Gründe)
				nicht erfolgt	keine Punkte		
	I	G3	Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist:	Röntgenskelettscreening:			
				1. Schädel a-p		1,2/15	Jeweils 1,2/15 = 0,08 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				2. Schädel seitlich		1,2/15	
				3. Thorax a-p		1,2/15	
				4. Oberam a-p links		1,2/15	
				5. Oberarm a-p rechts		1,2/15	
				6. Unterarm a-p links		1,2/15	
				7. Unterarm a-p rechts		1,2/15	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				8. Hand a-p links		1,2/15	
				9. Hand a-p rechts		1,2/15	
				10. Oberschenkel a-p links		1,2/15	
				11. Oberschenkel a-p rechts		1,2/15	
				12. Unterschenkel a-p links		1,2/15	
				13. Unterschenkel a-p rechts		1,2/15	
				14. Fuß a-p links		1,2/15	
				15. Fuß a-p rechts		1,2/15	
				ggf. bei kleinem Kind zusammengefasst:			
				Ober-/Unterarm a-p links in einer Aufnahme		2x 1,2/15	Jeweils 2 x 1,2/15 = 0,16 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				Ober-/Unterarm a-p rechts in einer Aufnahme		2x 1,2/15	
				Ober-/Unterschenkel a-p links in einer Aufnahme		2x 1,2/15	
				Ober-/Unterschenkel a-p rechts in einer Aufnahme		2x 1,2/15	
		G4/5	Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?			0,2	
		B1	Wurde eine Anamnese und/oder körperliche Untersuchung durchgeführt?	Ja		s.u.	
				Nein		0	
		B11	Was wurde durchgeführt?	Fotodokumentation: angekreuzt nicht angekreuzt		 s.u. 0	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

		B113	Wurde die Fotodokumentation vollständig dokumentiert?	Ja		0,2	
				Nein		0,1	
	II	H3	Bitte geben Sie an, welche Diagnostik erfolgt ist:	Röntgenskelettscreening:			
				Schädel a-p		1,2/15	Jeweils 1,2/15 = 0,08 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				Schädel seitlich		1,2/15	
				Thorax a-p		1,2/15	
				Oberam a-p links		1,2/15	
				Oberarm a-p rechts		1,2/15	
				Unterarm a-p links		1,2/15	
				Unterarm a-p rechts		1,2/15	
				Hand a-p links		1,2/15	
				Hand a-p rechts		1,2/15	
				Oberschenkel a-p links		1,2/15	
				Oberschenkel a-p rechts		1,2/15	
				Unterschenkel a-p links		1,2/15	
				Unterschenkel a-p rechts		1,2/15	
				Fuß a-p links		1,2/15	
				Fuß a-p rechts		1,2/15	
				ggf. bei kleinem Kind zusammengefasst:			
				Ober-/Unterarm a-p links in einer Aufnahme		2x 1,2/15	Jeweils 2 x 1,2/15 = 0,16 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				Ober-/Unterarm a-p rechts in einer Aufnahme		2x 1,2/15	
				Ober-/Unterschenkel a-p links in einer Aufnahme		2x 1,2/15	
				Ober-/Unterschenkel a-p rechts in einer Aufnahme		2x 1,2/15	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

		H4/5	Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?			0,4	
	III	L2	Bitte geben Sie an, was in Bezug auf die thermische Verletzung dokumentiert wurde.	Verletzungsmuster		0,5	
				Lokalisation		0,5	
				Ausmaß		0,2	
				Tiefe		0,2	
		B1	Wurde eine Anamnese und/oder körperliche Untersuchung durchgeführt?	Ja		s.u.	
				Nein		0	
		B11	Was wurde durchgeführt?	Fotodokumentation: angekreuzt nicht angekreuzt		 s.u. 0	
		B113	Wurde die Fotodokumentation vollständig dokumentiert?	Ja		0,2	
				Nein		0,1	
	IV	I1	Bitte geben Sie an, welche Diagnostik durchgeführt wurde:	MRT-Schädel mit diffusionsgewichtender Sequenz ggf. suszeptibilitätsgewichtete Sequenz		1,2*	*Detailliertes Scoring in Abhängigkeit einer vitalen Bedrohung (s. Ende der Tabelle)
				MRT-Wirbelsäule mit diffusionsgewichtender Sequenz ggf. suszeptibilitätsgewichtete Sequenz			

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				CT-Schädel			
				Funduskopie			
				Röntgenskelettscreening			
		I4/5	Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?			0,4	
	V	J3	Bitte geben Sie an, was erfolgt ist.	bei schwerwiegender akuter Verletzung: Trauma Bauchraum/Becken untersucht		0,8 o. 1,6	bei Mädchen mit 0,8 bei Jungen mit 1,6
		J4	Erfolgte eine Kolposkopie?	Ja		0,8	nur bei Mädchen
	VI	K2	Wurde ein Besuchs- und Interaktionsprotokoll geführt?			1,6	
	VII	M2	Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen die Überprüfung von Hinweisen auf Defizite des elterlichen Eingehens erfolgte:	Gesundheitsfürsorge		1,6/6	
				Aufsichtspflicht		1,6/6	Jeweils 1,6/6 = 0,267 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				emotionale Fürsorge und Förderung		1,6/6	
				Bindung		1,6/6	
				körperliche Unversehrtheit		1,6/6	
				Pflege		1,6/6	
				Es lagen keine der genannten Hinweise vor.		1,6/6	
				Fehlendes elterliches Eingehen wurde nicht überprüft.		0	
				nicht dokumentiert		0	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

5	alle	E5	Fand eine interprofessionelle fallspezifische Besprechung statt?	Ja	Punktevergabe		
		E52X1	Wer war beteiligt?	Arzt	0,043		Hierbei ist es egal, in welcher Fallbesprechung und wie häufig teilgenommen wurde.
				Pflegekraft	0,086		
				Psychologe	0,086		
				Mitarbeiter des Sozialdienstes	0,086		
				anderes Unitpersonal	0,086		
				keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	0		
		E52x2	Hatten die Beteiligten Kontakt zu Kind/ Personensorgeberechtigten?	Ja	0,04		Je beteiligter Berufsgruppe, die in irgendeiner Fallbesprechung Kontakt zu Kind/Personensorgeberechtigten hatte
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
		E53	War mindestens einer der an der Fallbesprechung beteiligten Ärzte Facharzt?	Ja	0,043		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
		E54	Wurde den Personensorgeberechtigten angeboten bei der Fallbesprechung dabei zu sein?	Ja	0,086		
				Nein	0		
				Begründet nicht notwendig und dokumentiert	0,086		
		E55	War ein Vertreter des Jugendamtes bei den Fallbesprechungen anwesend?	Ja	0,086		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				Nein, von Seiten des JA nicht möglich	0,086		
				Nein, sonstige Gründe	0		
		E56	Was wurde in den Fallbesprechungen besprochen?	Besprechung aller gesammelten Informationen aus Anamnese und Auskünften Dritter		0,15	
				Befundauswertung und -besprechung der vorliegenden Untersuchungsbefunde		0,15	
				Besprechung dokumentierter Interaktionsbeobachtung von Personensorgeberechtigten und Kind		0,15	
				Besprechung, ob Jugendamt involviert werden muss		0,15	
				Besprechung, ob Polizei involviert werden muss		0,15	
				Besprechung, wer ein Gespräch mit Kind/Jugendlichem führt		0,15	
				Besprechung wer ein Gespräch mit Personensorgeberechtigten führt		0,15	
				nicht dokumentiert		0	
		E6	Wurde eine pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung durchgeführt?	Ja		0,15	
				Nein		0	
				begründet nicht notwendig und dokumentiert		0,15	
6	alle	C4	Wurde ein Aufnahme-/ Eröffnungsgespräch mit dem Kind/Jugendlichen mit Bezug	Ja	Punktevergabe, s.u. unter C41 ff		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

			zum Abklärungsprozess durchgeführt?				
				Nein		0 oder 2	2 Punkte nur dann, wenn Frage C42 Antwortmöglichkeit 1-5 gegeben wurde.
		C41	Wurde die Partizipationsfähigkeit des Kindes / Jugendlichen überprüft und dokumentiert?	Ja		0,2	
				Nein		0	
		C42	Falls C4 mit Nein beantwortet: Warum erfolgte das Gespräch mit Bezug zum Abklärungsprozess mit dem Kind/Jugendlichen nicht?	Ein Gespräch konnte aufgrund von Verständigungsproblemen in der Sprache Deutsch nicht erfolgen.		2	wenn eines davon angekreuzt wurde
				Das Kind konnte aufgrund seines Alters noch nicht sprechen.			
				sonstige fehlende kognitive Reife des Kindes/Jugendlichen			
				Das Kind/der Jugendliche hat das Gespräch abgelehnt.			
				aus strafrechtlichen Gründen nicht erfolgt			
				Dem Kind/dem Jugendlichen wurden aus anderen als den genannten Gründen das Gespräch nicht angeboten.		0	
				nicht dokumenteiert		0	
		C43	Welche Berufsgruppe war beteiligt?	Arzt	0,16		
				Pflege	0,16		
				Psychologe	0,16		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				Mitarbeiter des Sozialdienstes	0,16		
				Anderes Unitpersonal	0,16		
				keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	0		
		CXX1	Worüber wurde das Kind/der Jugendliche befragt/informiert?	zu aktuellen Ereignissen		0,2	
				zu früheren Ereignissen		0,2	
				zum psychischen Befinden		0,2	
				zum Willen des Kindes/des Jugendlichen		0,2	
				zum Abklärungsprozess		0,2	
				nicht dokumentiert		0	
		C5	Wurden weitere Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen geführt?				Wenn hier (C5, C51, C52, C53) oder bei den Fragen C4, C41, C42, C43 eine Antwort gegeben wurde, werden die Punkte nur einmalig vergeben.
7	alle	C1	Wurde ein Aufnahme-/ Eröffnungsgespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten mit Bezug zum Abklärungsprozess durchgeführt?	Ja	Punktevergabe, s.u. (C11 ff)		
				Nein		0	
		C11	Wer war beim Aufnahme-/Eröffnungsgespräch dabei?	Personensorgeberechtigte	0,8/6		0,8/6 = 0,133 Punkte, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				andere als Personensorgeberechtigte			
				nicht dokumentiert	0		
		C12	Welche Berufsgruppe war beteiligt?	Arzt	0,8/6		Jeweils 0,8/6 = 0,133 Punkte pro Item, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt.
				Pflege	0,8/6		
				Psychologe	0,8/6		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				Mitarbeiter des Sozialdienstes	0,8/6		Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				anderes Unitpersonal	0,8/6		
				keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	0		
		C2	Wurde eine Schweigepflichtsentbindung zum Informationsaustausch mit beteiligten medizinischen und nichtmedizinischen Fachkräften/Institutionen oder zuständigen Behörden eingeholt?	Ja		0,15	
				Nein		0	
		C22	Warum wurde kein Schweigepflichtsentbindung eingeholt?	Die Schweigepflichtsentbindung wurde nicht eingeholt, weil ein gesetzlicher Erlaubnistatbestand vorlag.		0,15	
				Die Schweigepflichtsentbindung wurde nicht eingeholt, weil Eltern/Personensorgeberechtigte nicht einverstanden waren.		0,15	
				Die Schweigepflichtsentbindung wurde nicht eingeholt, weil kein Informationsaustausch notwendig war.		0,15	
				Es liegen keine Informationen vor, warum diese nicht eingeholt wurde.		0	
		CX3	Worüber wurden die Eltern/Personensorgeberechtigten informiert bzw. was wurde erörtert?	Ressourcen		0,15	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				Möglichkeit der Mitarbeit der Eltern/Personensorgeberechtigten		0,15	
				Belastungen		0,15	
				Schritte des Abklärungsprozesses		0,15	
				Diagnosen		0,15	
				rechtliche Aspekte		0,15	
				Erörterung der Sorge um das Kind		0,15	
				nicht dokumentiert		0	
		C3	Wurden weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten mit Bezug zum Abklärungsprozess geführt?				Wenn hier (C3, C31, C32) oder bei den Fragen C1, C11, C22 eine Antwort gegeben wurde, werden die Punkte nur einmalig vergeben.
8	alle	E7	Fand ein fallspezifischer Austausch (ausgenommen ist die Kontaktaufnahme im Rahmen der erweiterten Anamnese) mit dem Jugendamt statt?	Ja	Punktevergabe, s.u. (E71 ff)		
				Nein		0	
				Nein, fachlich begründet und dokumentiert		2	
		E71	Wer war beteiligt?	Arzt	0,2		
				Mitarbeiter des Sozialdienstes	0,2		
				Psychologe	0,2		
				sonstiges Unitpersonal	0,2		
				keine Angabe möglich, weil nicht dokumentiert	0		
		E72	Was war Inhalt des fallspezifischen Austausches?	telefonische Meldung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung		0,24	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

				Austausch über Gefährdungseinschätzung		0,24	
				Austausch über Schutzmaßnahmen		0,24	
				Austausch über Hilfemaßnahmen		0,24	
				Klärung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses, bei welcher medizinischen Einrichtung oder Behörde die Fallverantwortung liegt		0,24	
				nicht dokumentiert		0	
9	alle	E58	Was wurde zum Fallabschluss für die weitere Vorgehensweise berücksichtigt?	Notwendigkeit und Einleitung von Schutzmaßnahmen		0,4	
				Notwendigkeit und Einleitung von Hilfemaßnahmen		0,4	
				Mitteilung der abschließenden Gefährdungseinschätzung an die weiterbehandelnde medizinische Einrichtung		0,4	
				nicht dokumentiert		0	
		E582	Wer war beteiligt?	Arzt	0,05		
				Pflege	0,1		
				Psychologe	0,1		
				Mitarbeiter des Sozialdienstes	0,1		
				sonstiges Unitpersonal	0,1		
				nicht dokumentiert	0		
		E59	Bitte geben Sie an, wer bei der Gefährdungseinschätzung Kontakt zu	Arzt	0,06		

Anlage 5: Scoringalgorithmus

			Kind/Eltern/Personensorgeberechtigten hatte.				
				Pflege	0,06		
				Psychologe	0,06		
				Mitarbeiter des Sozialdienstes	0,06		
				sonstiges Unitpersonal	0,06		
				nicht dokumentiert	0		
		E591	War mindestens einer der an der Gefährdungseinschätzung beteiligten Ärzte Facharzt?	Ja	0,05		
				Nein	0		
				nicht dokumentiert	0		
10	alle	CXX2	Was wurde in Bezug auf das Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen dokumentiert?	Gesprächsinhalte		0,4/3	Wenn kein Gespräch möglich war (Frage C42/C52, Antwort-möglichkeiten 1-5), werden hier pauschal 0,4 Punkte vergeben. Ansonsten pro Item 0,4/3 = 0,133 Punkte, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				Datum/Uhrzeit		0,4/3	
				Teilnehmende des Gespräches		0,4/3	
				nicht dokumentiert		0	
		CX4	Was wurde in Bezug auf das Gespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten dokumentiert?	Gesprächsinhalte		0,4/3	Wenn kein Gespräch möglich war (Frage C42/C52, Antwort-möglichkeiten 1-5), werden hier pauschal 0,4 Punkte vergeben. Ansonsten pro Item 0,4/3 = 0,133 Punkte, falls erfolgt, veranlasst oder aus guten Gründen nicht erfolgt. Falls ohne Angabe von Gründen nicht erfolgt, 0 Punkte.
				Datum/Uhrzeit		0,4/3	
				Teilnehmende des Gespräches		0,4/3	
				nicht dokumentiert		0	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

		E57	Was wurde in Bezug auf die Fallbesprechung bei JEDER Fallbesprechung dokumentiert?	Inhalte der Besprechung		0,08	
				fachliche Einschätzung der Inhalte		0,08	
				Festlegung der Handlungsschritte		0,08	
				Datum/Uhrzeit		0,08	
				Teilnehmende des Gespräches		0,08	
				nicht dokumentiert		0	
		E510	Was beinhaltet die Dokumentation der Gefährdungseinschätzung?	Gefährdungseinschätzung in Bezug auf die aktuelle Situation/Schädigung des Kindes/Jugendlichen		0,1	
				Gefährdungseinschätzung in Bezug auf die zukünftige Situation möglicher Schädigungen		0,1	
				Festlegung der Handlungsschritte nach Fallabschluss		0,1	
				nicht dokumentiert		0	
		E73	Bitte geben Sie an, was in Bezug auf den Fallaustausch mit dem Jugendamt dokumentiert wurde.	Gemeinsame Gefährdungseinschätzung		0,8	
				Fallverantwortung		0,8	
				Planung von Schutz- und Hilfemaßnahmen		0,8	
				Datum/Uhrzeit		0,8	
				Teilnehmende des Fallaustausches		0,8	
				nicht dokumentiert		0	
		F1	Wurde ein Arztbrief erstellt?	Ja	Punktevergabe, s.u. (F11 ff)		
				Nein		0	

Anlage 5: Scoringalgorithmus

		F11	Bitte geben Sie an, welche der folgenden Inhalte der Arztbrief enthält.	Gefährdungseinschätzung aus multiprofessioneller Sicht		0,05	
				Gefährdungseinschätzung nur aus ärztlicher Sicht ohne multiprofessionelle Beteiligung		0,025	
				Dokumentation in laienverständlicher Sprache		0,025	
				T74 Kodierung		0,025	

*Vignette IV Frage I1 detailliertes Scoring

* Vignette IV Frage I1 (Bildgebugng) detailliertes Scoring				
	vitale Bedrohung		ohne vitale Bedrohung	
	Altersgruppe 1-2	Altersgruppe 3-5	Altersgruppe 1-2	Altersgruppe 3-5
MRT-Schädel	1,2/5 = 0,24 P.	1,2/3 = 0,4 P.	1,2/4 = 03 P.	1,2/2 = 0,6 P.
MRT-Wirbelsäule	1,2/5 = 0,24 P.	1,2/3 = 0,4 P.	1,2/4 = 03 P.	1,2/2 = 0,6 P.
CT – Schädel	1,2/5 = 0,24 P.	1,2/3 = 0,4 P.	kein Score	kein Score
Funduskopie	1,2/5 = 0,24 P.	kein Score	1,2/4 = 03 P.	kein Score
Röntgenskelettscreening	1,2/5 = 0,24 P.	kein Score	1,2/4 = 03 P.	kein Score

Anlage 6: Fragebogen zur Strukturqualität

- **Anlage 6a:** Fragebogen zur Strukturqualität_MeKidS.units
- **Anlage 6b:** Fragebogen zur Strukturqualität_MeKidS.Praxis

Hinter einigen Begriffen findet sich ein (i). Hier haben Sie die Möglichkeit durch einen Mausklick weitere Definitionen, Erläuterungen und Beispiele zu dem Begriff anzuzeigen. Aus Gründen der Lesbarkeit sind im Folgenden unabhängig der gewählten Formulierung immer alle Geschlechter gemeint.

Teil A: Allgemeine Daten

A1. Standort der MeKidS.unit

- ☐ Katholisches Klinikum gGmbH (Bochum)
- ☐ Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln - Universität Witten/Herdecke
- ☐ Klinikum Dortmund
- ☐ Helios St. Johannes Klinik Duisburg
- ☐ Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH
- ☐ Bergmannsheil und Kinderklinik Buer
- ☐ Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
- ☐ Marien Hospital Witten
- ☐ Helios Klinikum Wuppertal

Teil B: Strukturelle Rahmenbedingungen

B1. Wie viele Betten hat die Kinderklinik?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B2. Handelt es sich um eine eigenständige, chefärztlich geführte Kinderklinik?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

B3. Hat Ihre MeKidS.unit ein Sozialpädiatrisches Zentrum?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

B4. Welche medizinischen Fachrichtungen gehören zu Ihrer MeKidS.unit und stehen zu Beratungen/Untersuchungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zur Verfügung?

	Klinik/Institut am eigenen Standort vorhanden	Klinik/Institut nicht am Standort, aber bestehende Kooperation	Kein(e) eigenständige(s) Klinik/Institut und keine Kooperation
Augenheilkunde	☐	☐	☐
Allgemein- und Viszeralchirurgie	☐	☐	☐
Dermatologie	☐	☐	☐
Gynäkologie	☐	☐	☐
HNO	☐	☐	☐
Labormedizin	☐	☐	☐
Kinderchirurgie	☐	☐	☐
Kinder- und Jugendpsychiatrie	☐	☐	☐
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie	☐	☐	☐
Psychiatrie	☐	☐	☐
Psychosomatik	☐	☐	☐
Radiologie	☐	☐	☐
Rechtsmedizin	☐	☐	☐
Unfallchirurgie	☐	☐	☐
Urologie	☐	☐	☐
Zahnmedizin	☐	☐	☐

B5. Wie viele Betten hat die Kinderchirurgie?

B6. Handelt es sich um eine eigenständige, chefärztlich geführte kinderchirurgische Klinik/Abteilung?

Ja ☐

Nein ☐

B7. Wie viele Betten hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B8. Handelt es sich um eine eigenständige, chefärztlich geführte Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung?

Ja ☐

Nein ☐

B9. Hat Ihre MeKidS.unit mindestens einen Facharzt für Radiologie mit Zusatzweiterbildung für Kinderradiologie?

Ja ☐

Nein ☐

B10. Haben Sie an Ihrer MeKidS.unit eine Kinderschutzgruppe?

Ja ☐

Nein ☐

B11. Zu welcher Klinik gehört die Kinderschutzgruppe zum aktuellen Zeitpunkt (Jahr 2020)?

Mehrfachnennung möglich

Klinik für Pädiatrie ☐

Klinik für Kinderchirurgie ☐

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ☐

Sonstige Klinik ☐

B12. Ist die Kinderschutzgruppe nach den Voraussetzungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) akkreditiert?

Ja ☐

Nein, aber beantragt ☐

Nein ☐

B13. Haben Sie an Ihrer MeKidS.unit eine Kinderschutzambulanz?

Ja ☐

Nein ☐

B14. Zu welcher Klinik gehört die Kinderschutzambulanz zum aktuellen Zeitpunkt (Jahr 2020)?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Klinik für Pädiatrie
- ☐ Klinik für Kinderchirurgie
- ☐ Klinik für KJP
- ☐ Sonstige Klinik

Teil C: Versorgungssituation in der MeKidS.unit

C1. Wo findet die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahren (inkl. Verletzungen) statt?

(Kreuzen Sie bitte nur die Notfallambulanzen an, die auch Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre versorgen)

- ☐ Pädiatrische Notaufnahme bzw. Notfallambulanz
- ☐ Kinderchirurgische Notaufnahme bzw. Notfallambulanz
- ☐ Gemeinsame pädiatrisch-kinderchirurgische Notaufnahme bzw. Notfallambulanz
- ☐ Notaufnahme bzw. Notfallambulanz, Versorgung durch Erwachsenenmediziner
- ☐ Sonstige

C2.

Wo und wie findet eine Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch im Jahr 2020 statt?

Präpubertäre Kinder

	Ja	Nein
Kinderklinik/Kinderchirurgie (Notaufnahme)	☐	☐
Gynäkologie mit pädiatrischem/kinderchirurgischem Konsil	☐	☐
Gynäkologie ohne pädiatrisches/kinderchirurgisches Konsil	☐	☐
Sonstiges	☐	☐

C3.

Wo und wie findet eine Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch im Jahr 2020 statt?

Pubertäre Kinder und Jugendliche

	Ja	Nein
Kinderklinik/Kinderchirurgie (Notaufnahme)	☐	☐
Gynäkologie mit pädiatrischem/kinderchirurgischem Konsil	☐	☐
Gynäkologie ohne pädiatrisches/kinderchirurgisches Konsil	☐	☐
Sonstiges	☐	☐

C4. Werden (kinder-)gynäkologische Untersuchungen durchgeführt?

- ☐ Ja, ist jederzeit (24 h) möglich
- ☐ Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags und am Wochenende
- ☐ Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags
- ☐ Nein

C5.

Welche Klinik ist hauptverantwortlich für (kinder-)gynäkologische Untersuchungen?

Präpubertäre Kinder

	Ja	Nein
Pädiatrie	☐	☐
Kinderchirurgie	☐	☐
Gynäkologie	☐	☐

C6.

Welche Klinik ist hauptverantwortlich für (kinder-)gynäkologische Untersuchungen?

Pubertäre Kinder und Jugendliche

	Ja	Nein
Pädiatrie	☐	☐
Kinderchirurgie	☐	☐
Gynäkologie	☐	☐

C7. Welche Bilddokumentationen für (kinder-)gynäkologische Untersuchungen stehen Ihnen zur Verfügung?

- Digitalkamera ☐
- Kolposkop ☐
- Videokolposkop ☐
- Keine ☐

C8. Wie erfolgt die Speicherung von Bildmaterial von kindergynäkologischen Untersuchungen?

- digitale Speicherung innerhalb der Patientenakte mit Nutzerbeschränkung ☐
- digitale Speicherung innerhalb der Patientenakte ohne Nutzerbeschränkung ☐
- digitale Speicherung außerhalb der Patientenakte mit Nutzerbeschränkung ☐
- digitale Speicherung außerhalb der Patientenakte ohne Nutzerbeschränkung ☐
- Bildausdruck in der Patientenakte ☐
- Bildausdruck – Lagerung separat außerhalb der Patientenakte ☐
- überhaupt nicht ☐

C9. Werden Funduskopien durch einen Augenarzt durchgeführt?

- Ja, ist jederzeit (24 h) möglich ☐
- Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags und am Wochenende ☐
- Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags ☐
- Nein ☐

C10. Welche bildgebenden Verfahren werden an Ihrer MeKidS.unit durchgeführt?Bitte kreuzen Sie alle Angaben an, die zutreffen.

	Durchführung	
	Ja	Nein
Sonographie	☐	☐
CT	☐	☐
MRT ohne Narkose	☐	☐
MRT mit Narkose	☐	☐

C11. Welche bildgebenden Verfahren werden an Ihrer MeKidS.unit durchgeführt? Bitte kreuzen Sie alle Angaben an, die zutreffen.

	24h Bereitschaft	
	Ja, ist jederzeit (24h) möglich	Nein
Sonographie	☐	☐
CT	☐	☐
MRT ohne Narkose	☐	☐
MRT mit Narkose	☐	☐

C12. Durch wen erfolgt die Befundung von Röntgenuntersuchungen, CT und MRT bei Kindern und Jugendliche?

- Radiologie ☐
- Kinderradiologie eigener MeKidS.unit ☐
- Kinderradiologie anderer MeKidS.unit ☐
- Sonstige ☐

C13. Erfolgt eine Zweitbefundung für die bildgebende Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung bei Kindern und Jugendlichen?

- nie ☐
- in einzelnen Fällen ☐
- in nahezu allen Fällen ☐
- immer ☐

C14. Werden an Ihrer MeKidS.unit „toxikologische Untersuchungen und eine Spurensicherung“ initiiert?

Ja ☐

Nein ☐

C15. Werden an Ihrem Standort DNA-Asservierungen initiiert?

Ja ☐

Nein ☐

C16. Gibt es einen Handlungsablauf zum Ablauf einer Spurensicherung?

Ja ☐

Nein ☐

C17. Gibt es einen etablierten Prozess zur Sicherung und Löschung der Foto-/Videodateien?

Ja ☐

Nein ☐

Teil D: Räumliche Ausstattung

D1. Steht Ihnen ein eigener Raum bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zur Verfügung?

Ja ☐

Nein ☐

D2. Was ist in diesem Raum verfügbar?

Einverständniserklärungen ☐

Schweigepflichtentbindungen für den Datenaustausch ☐

Handlungsleitfäden ☐

Technisches Gerät zur Bilddokumentation und Maßstab ☐

Bedienungsanleitung für das technische Gerät zur Bilddokumentation ☐

Test-Kits zur Spurensicherung ☐

Liste zu den Erreichbarkeiten von Jugendämtern ☐

Teil E: Handlungsabläufe

E1. Wie zufrieden sind Sie damit?

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

☐☐☐

E2. Wie oft nutzen Sie in Ihrer MeKidS.unit Standards für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

- ☐ nie
- ☐ in einzelnen Fällen
- ☐ in nahezu allen Fällen
- ☐ immer

E3. Welche Handlungsleitfäden existieren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung an Ihrer MeKidS.unit?

- ☐ Handlungsleitfaden zum allgemeinen Ablauf
- ☐ Handlungsleitfaden Körperliche Misshandlung
- ☐ Handlungleitfaden Nichtakzidentiellen Schädelhirntrauma
- ☐ Handlungsleitfaden Körperliche Vernachlässigung
- ☐ Handlungsleitfaden Sexueller Missbrauch
- ☐ Handlungsleitfaden Emotionale Vernachlässigung
- ☐ Handlungsleitfaden Emotionaler Missbrauch
- ☐ Sonstiges

E4. Was ist im Handlungsleitfaden zum allgemeinen Ablauf geregelt?

- ☐ Handlungsschritte für die Notfallversorgung (Diagnostik und ggf. Schutzmaßnahmen)
- ☐ Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten des MeKidS.team
- ☐ Regelung für die Fallverantwortung insbesondere innerhalb der Regelarbeitszeit
- ☐ Regelung für die Fallverantwortung insbesondere außerhalb der Regelarbeitszeit
- ☐ Meldungswege bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung an Jugendämter
- ☐ Sonstiges

E5. Wie oft werden in Ihrer MeKidS.unit Foto- oder Videodokumentationen angefertigt?

- ☐ nie
- ☐ selten
- ☐ oft
- ☐ immer

E6. Wie erfolgt die Foto-/Video-Dokumentation im Rahmen der körperlichen Untersuchung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten jeweils an.

- ☐ Video,- bzw. Digitalkamera
- ☐ Tablet

Smartphone ☐

Keine Foto/Videodokumentation ☐

E7. Wie erfolgt die Speicherung/Aufbewahrung der Foto-/ Videodokumentationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten jeweils an.

digitale Speicherung innerhalb der Patientenakte mit Nutzerbeschränkung ☐

digitale Speicherung innerhalb der Patientenakte ohne Nutzerbeschränkung ☐

digitale Speicherung außerhalb der Patientenakte mit Nutzerbeschränkung ☐

digitale Speicherung außerhalb der Patientenakte ohne Nutzerbeschränkung ☐

Bildausdruck in der Patientenakte ☐

Bildausdruck – Lagerung separat außerhalb der Patientenakte ☐

Keine Foto/Videodokumentation ☐

E8. Geben Sie an, in welchem prozentualen Verhältnis Sie bzw. das MeKidS.Team Video - zu Fotodokumentationen nutzen?

|Videodokumentation|Fotodokumentation | | | | | | | | | | |

E9. Erfolgt die Fotodokumentation mit einem Lineal/Maßstab?

nie ☐

selten ☐

oft ☐

immer ☐

E10. Wie oft nutzen Sie bzw. das MeKidS.team Hilfsmittel zur Befunddokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

nie ☐

selten ☐

oft ☐

immer ☐

E11. Welche Hilfsmittel nutzen Sie bzw. das MeKidS.team zur Befunddokumentation und wie zufrieden sind Sie damit?

	Nutzung	
	ja	nein
Papiervordrucke	☐	☐
Textvorlagen im Arztinformationssystem	☐	☐
i-GOBSIS	☐	☐
Sonstige	☐	☐

E12. Welche Hilfsmittel nutzen Sie bzw. das MeKidS.team zur Befunddokumentation und wie zufrieden sind Sie damit?

	Zufriedenheit				
	überhaupt nicht zufrieden	nicht zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	N/A
Papiervordrucke	☐	☐	☐	☐	☐
Textvorlagen im Arztinformationssystem	☐	☐	☐	☐	☐
i-GOBSIS	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐	☐

E13. Wie oft haben Sie bzw. das MeKidS.team den Code T74.- im Jahr 2020 bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kodiert?

- nie ☐
- in einzelnen Fällen ☐
- in nahezu allen Fällen ☐
- immer ☐

E14. Wann nutzen Sie bzw. das MeKidS.team die T74.-Kodierung?

- bei gesicherten Diagnosen (durch Sie) ☐
- bei Verdachtsdiagnosen (durch Sie oder ggf. jemand anderes) ☐
- bei gesicherter Diagnose durch eine andere medizinische Einrichtung ☐
- Sonstiges ☐

Teil F: Personalausstattung und Fort, -und Weiterbildung des Personals

F1. Hat Ihre MeKidS.unit einen Sozialdienst, der bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zuständig ist und wenn ja, zu welchen Zeiten ist dieser erreichbar?

- ☐ Ja, jederzeit (24h)
- ☐ Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags und am Wochenende
- ☐ Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags
- ☐ Nein

F2. Bei welchen Aktivitäten ist Ihr Sozialdienst in die Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung involviert?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Fallbezogene Arbeit - Beratung
- ☐ Fallbezogene Arbeit - Patientenanamnese
- ☐ Fallbezogene Arbeit - Gefährdungseinschätzung
- ☐ Fallbezogene Arbeit - Vermittlung von Hilfen
- ☐ Fallbezogene Arbeit - Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt
- ☐ Fallbezogene Arbeit - Gespräche mit dem Jugendamt
- ☐ Fallbezogene Arbeit - Teilnahme an Fallbesprechungen
- ☐ Fallübergreifende - strukturelle Arbeit: Netzwerk-Teilnahme an regionalen Netzwerktreffen
- ☐ Fallübergreifende - strukturelle Arbeit: Netzwerk-Verbreitung von Hilfsangeboten in der Unit
- ☐ Fallübergreifende - strukturelle Arbeit: Netzwerk-Koordination von Hilfsangeboten in der Unit
- ☐ Sonstiges

F3. Hat Ihre MeKidS.unit einen Psychologen, der bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zuständig ist und wenn ja, zu welchen Zeiten ist dieser erreichbar?

- ☐ Ja, jederzeit (24h)
- ☐ Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags und am Wochenende
- ☐ Ja, innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags
- ☐ Nein

F4. Bei welchen Aktivitäten sind Ihre Psychologen in die Versorgung von Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung involviert?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Fallbezogene Arbeit - Beratung

Fallbezogene Arbeit - Patientenanamnese ☐

Fallbezogene Arbeit - Gefährdungseinschätzung ☐

Fallbezogene Arbeit - Vermittlung von Hilfen ☐

Fallbezogenen Arbeit - Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt ☐

Fallbezogene Arbeit - Gespräche mit dem Jugendamt ☐

Fallbezogene Arbeit - Teilnahme an Fallbesprechungen ☐

Fallübergreifende - strukturelle Arbeit: Netzwerk-Teilnahme an regionalen Netzwerktreffen ☐

Fallübergreifende - strukturelle Arbeit: Netzwerk-Verbreitung von Hilfsangeboten in der Unit ☐

Fallübergreifende - strukturelle Arbeit: Netzwerk-Koordination von Hilfsangeboten in der Unit ☐

Sonstiges ☐

F5.

Bitte geben Sie die Anzahl der Fachkräfte, die im MeKidS.team arbeiten, und den Gesamtstellenanteil der jeweiligen Berufsgruppen an.

Sollte eine Berufsgruppe nicht Teil des MeKidS.team sein, geben Sie „0“ an.

Ärzte

Anzahl der Fachkräfte | | | | | | | | |

Gesamtstellenanteil | | | | | | | | |

F6.

Bitte geben Sie die Anzahl der Fachkräfte, die im MeKidS.team arbeiten, und den Gesamtstellenanteil der jeweiligen Berufsgruppen an.

Sollte eine Berufsgruppe nicht Teil des MeKidS.team sein, geben Sie „0“ an.

Pflegekräfte

Anzahl der Fachkräfte	
Gesamtstellenanteil	

F7.

Bitte geben Sie die Anzahl der Fachkräfte, die im MeKidS.team arbeiten, und den Gesamtstellenanteil der jeweiligen Berufsgruppen an.

Sollte eine Berufsgruppe nicht Teil des MeKidS.team sein, geben Sie „0“ an.

Sozialdienst

Anzahl der Fachkräfte	
Gesamtstellenanteil	

F8.

Bitte geben Sie die Anzahl der Fachkräfte, die im MeKidS.team arbeiten, und den Gesamtstellenanteil der jeweiligen Berufsgruppen an.

Sollte eine Berufsgruppe nicht Teil des MeKidS.team sein, geben Sie „0“ an.

Psychologen

Anzahl der Fachkräfte	
Gesamtstellenanteil	

F9.

Bitte geben Sie die Anzahl der Fachkräfte, die im MeKidS.team arbeiten, und den Gesamtstellenanteil der jeweiligen Berufsgruppen an.

Sollte eine Berufsgruppe nicht Teil des MeKidS.team sein, geben Sie „0“ an.

Sonstige

Anzahl der Fachkräfte ☐☐☐☐☐☐☐☐

Gesamtstellenanteil ☐☐☐☐☐☐☐☐

F10. Zu welchem Zeitpunkt ist eine Kontaktaufnahme zum MeKidS.Team möglich?

24 Stunden täglich ☐

innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags und am Wochenende ☐

innerhalb der Regelarbeitszeiten werktags ☐

F11. Gibt es in Ihrer MeKidS.unit einen zertifizierten Kinderschutzmediziner der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)?

Ja ☐

Nein ☐

F12. Geben Sie die Anzahl der zertifizierten Kinderschutzmediziner der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) Iher MeKidS.unit an.

☐☐☐☐☐☐☐☐

F13. Gibt es in Ihrem Haus Mitarbeiter, die das Zertifikat des e-Learning Angebots aus Ulm: „Grundkurs: Kinderschutz in der Medizin“ erworben haben?

Ja ☐

Nein ☐

F14. Geben Sie die Anzahl der Mitarbeiter an, die das Zertifikat des e-Learning Angebots aus Ulm: „Grundkurs: Kinderschutz in der Medizin“ erworben haben?

☐☐☐☐☐☐☐☐

F15. Nehmen Sie oder einer Ihrer Kollegen regelmäßig an Arbeitskreisen zum Thema Kindeswohlgefährdung / Frühe Hilfen / Kinderschutz teil?

- [ ] Ja
- [ ] Nein

F16. Wie häufig finden diese statt?

- [ ] monatlich
- [ ] quartalsweise
- [ ] halbjährlich
- [ ] jährlich

F17. Seit wann nehmen Sie daran teil?

- [ ] seit 2019 oder eher
- [ ] seit 2020

F18. Wie oft fanden interne Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung im Jahr 2020 statt?

- [ ] 0x
- [ ] 1x
- [ ] 2x
- [ ] > 2x

F19. Welche Berufsgruppen haben an internen Schulungen im Jahr 2020 teilgenommen?

Mehrfachnennung möglich

- [ ] Ärzte
- [ ] Pflegekräfte
- [ ] Sozialdienst
- [ ] Psychologen
- [ ] Sonstige

F20. Aus welchen Kliniken Ihrer MeKidS.unit haben Mitarbeiter an den internen Schulungen teilgenommen?

Mehrfachnennung möglich

- [ ] Pädiatrie
- [ ] Kinderchirurgie
- [ ] Kinder- und Jugendpsychiatrie
- [ ] Gynäkologie

Unfallchirurgie ☐

Andere Kliniken ☐

F21. Waren externe Teilnehmer bei internen Schulungen im Jahr 2020 anwesend?

Ja ☐

Nein ☐

F22. Bitte geben Sie an, wie häufig die MeKidS.team Mitglieder im Jahr 2020 an einer externen Fort- und Weiterbildung zum Thema Kindeswohlgefährdung teilgenommen haben.

	0	1x	2x	> 2x
Ärzte	☐	☐	☐	☐
Pflegekräfte	☐	☐	☐	☐
Fachkräfte aus dem Sozialdienst	☐	☐	☐	☐
Psychologen	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐

F23. Bitte bewerten Sie bzw. das MeKidS.Team Ihre Zufriedenheit mit den Abteilungen Ihrer MeKidS.unit mit denen Sie bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zusammenarbeiten hinsichtlich:

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit ☐☐☐

Verfügbarkeit ☐☐☐

Nützlichkeit ☐☐☐

Teil G: Fallbesprechungen

G1. Wie oft finden bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung multiprofessionelle Fallbesprechungen statt?

nie ☐

in einzelnen Fällen ☐

in nahezu allen Fällen ☐

immer ☐

G2. Welche Professionen sind bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bei einer Fallbesprechung in der Regel beteiligt?

Arzt mit Kinderschutzerfahrung aus der Pädiatrie, aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder aus der Kinderchirurgie ☐

Arzt ohne Kinderschutzerfahrung aus der Pädiatrie, aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder aus der Kinderchirurgie ☐

Arzt, nicht aus der Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinderchirurgie ☐

Psychologe ☐

Fachkräfte des Sozialdienstes ☐

Pflegekräfte ☐

G3. Wie häufig ist ein Mitglied des MeKidS.team an der Fallbesprechungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beteiligt?

nie ☐

selten ☐

häufig ☐

immmer ☐

G4. Wie häufig erfolgte eine Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ohne ein Mitglied des MeKidS.team?

nie ☐

selten ☐

häufig ☐

immer ☐

Teil H: Netzwerk: Beratung außerhalb des Standorts

Pseudonymisierte/anonymisierte Beratung:

Fachliche Beratung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, wobei die Identität des Kindes bzw. der Familie dem Beratenden gegenüber nicht offengelegt wird.

Hierzu zählen:

Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung: hier erfolgt die Beratung durch medizinische Einrichtungen z.B. KKG NRW (Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW), Medizinische Kinderschutzhotline, Kliniken Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten nichtmedizinischen Fallberatung: hier erfolgt die Beratung durch nichtmedizinische Einrichtungen z.B. Jugendamt

H1. Wie oft nutzen Sie bzw. das MeKidS.team Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung?

- nie ☐
- selten ☐
- oft ☐
- immer ☐

H2. Welche Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung nutzen Sie bzw. das MeKidS.team? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW ☐
- Medizinische Kinderschutzhotline ☐
- Andere Krankenhäuser (Kinderschutzgruppen/MeKidS.units) ☐
- AG Units ☐
- Sonstige ☐
- Keine ☐

H3.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

- Erreichbarkeit ☐☐☐
- Verfügbarkeit ☐☐☐
- Nützlichkeit ☐☐☐

H4.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Medizinische Kinderschutzhotline

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H5.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Andere Kliniken (Kinderschutzgruppen/Units)

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H6.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

AG Units

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H7.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Sonstiges

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H8. Wie oft nutzen Sie bzw. das MeKidS.team Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten nichtmedizinschen Fallberatung?

- nie ☐
- selten ☐
- oft ☐
- immer ☐

H9. Welche Beratungsangebote nutzen Sie bzw. das MeKidS.team, um sich fachlich-strukturell beraten zu lassen?

- Andere Krankenhäuser (Kinderschutzgruppen/MeKidS.units) ☐
- AG Units ☐
- DGKiM ☐
- Jugendämter ☐
- Sonstige ☐
- Keine ☐

H10.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Andere Kliniken (Kinderschutzgruppen/Units)

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

- Erreichbarkeit ☐☐☐
- Verfügbarkeit ☐☐☐
- Nützlichkeit ☐☐☐

H11.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

AG Units

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

- Erreichbarkeit ☐☐☐
- Verfügbarkeit ☐☐☐
- Nützlichkeit ☐☐☐

H12.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

DGKIM

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H13.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Jugendämter

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H14.

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Angeboten hinsichtlich:

Sonstiges

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit | | | |

Verfügbarkeit | | | |

Nützlichkeit | | | |

H15.

Wer wendet sich an Ihre MeKidS.unit?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Angaben an.

Zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung

	Ja	Nein
Andere MeKidS.units	☐	☐
Andere Krankenhäuser (außer MeKidS.units)	☐	☐
Rechtsmedizinische Institute	☐	☐
Niedergelassene Kollegen (Ärzte, Psychologen, Therapeuten)	☐	☐
Öffentliche(r) Gesundheitsdienst/Gesundheitsämter	☐	☐
Jugendämter	☐	☐
Sonstiges	☐	☐

H16.

Wer wendet sich an Ihre MeKidS.unit?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Angaben an.

Zur fallunabhängigen fachlich-strukturellen Beratung

	Ja	Nein
Andere MeKidS.units	☐	☐
Andere Krankenhäuser (außer MeKidS.units)	☐	☐
Rechtsmedizinische Institute	☐	☐
Niedergelassene Kollegen (Ärzte, Psychologen, Therapeuten)	☐	☐
Öffentliche(r) Gesundheitsdienst/Gesundheitsämter	☐	☐
Jugendämter	☐	☐
Sonstiges	☐	☐

Teil I: Netzwerk: Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Einrichtungen

Medizinische Einrichtungen:

Hiermit sind, sofern in der Frage nicht anders beschrieben, Einrichtungen gemeint, die dem Gesundheitswesen zugeordnet sind.

Dazu zählen überregionale beratende Angebote (z.B. KKG NRW (Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen), Medizinische Kinderschutzhotline) als auch lokale Einrichtungen (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser mit Ambulanzen, Sozialpädiatrisches Zentrum und stationären Angeboten sowie der öffentliche Gesundheitsdienst / Gesundheitsämter).

I1. **Durch welche anderen medizinischen Einrichtungen erhalten Sie bzw. das MeKidS.team Vorstellungen mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?**
Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

Andere MeKidS.units	☐
Andere Krankenhäuser (außer MeKidS.units)	☐
Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte	☐
Niedergelassene Ärzte, Psychologen oder Therapeuten	☐
Sozialpädiatrisches Zentrum	☐
Frühförderung	☐
Rechtsmedizinische Ambulanz	☐

Öffentlicher Gesundheitsdienst bzw. Gesundheitsämter ☐

Sonstige ☐

Keine ☐

I2. Wie häufig erhalten Sie bzw. das MeKidS.team Vorstellungen mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

	nie	selten	oft	immer
Niedergelassene Ärzte	☐	☐	☐	☐
Andere Krankenhäuser	☐	☐	☐	☐

I3.

Mit welchem Auftrag erhalten Sie bzw. das MeKidS.team solche Vorstellungen?

Zuweisungen zur Gefährdungseinschätzung

	ja	nein
Niedergelassene Ärzte	☐	☐
Andere Krankenhäuser	☐	☐

I4.

Mit welchem Auftrag erhalten Sie bzw. das MeKidS.team solche Vorstellungen?

Zuweisungen bei bereits erfolgter Gefährdungseinschätzung zur Behandlung der Verletzungen oder Vervollständigung der Diagnostik

	ja	nein
Niedergelassene Ärzte	☐	☐
Andere Krankenhäuser	☐	☐

I5. An welche Struktur erfolgt Ihrerseits eine Vorstellung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

Andere MeKidS.units ☐

Andere Krankenhäuser (außer MeKidS.units) ☐

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte ☐

Andere niedergelassene Ärzte, Psychologen oder Therapeuten ☐

Sozialpädiatrisches Zentrum ☐

Frühförderung ☐

Rechtsmedizinische Ambulanz ☐

Öffentlicher Gesundheitsdienst bzw. Gesundheitsämter ☐

Sonstige ☐

Keine ☐

Teil J: Netzwerk: Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Einrichtungen

Nichtmedizinische Einrichtungen:

Hiermit sind jegliche Einrichtungen gemeint, die für Kinder, Jugendliche und ihre Familie zuständig sind, aber nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet sind. Beispiele: Jugendämter, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Beratungsangebote

Hinweis: Wird der Begriff Jugendamt im Folgenden genutzt, so sind in diesem Kontext ebenso Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Kommunaler Sozialdienst (KSD) und Bezirkssozialdienst (BSD) gemeint.

J1. Wie häufig erhalten Sie bzw. das MeKidS.team Vorstellungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von Jugendämtern?

nie ☐

selten ☐

häufig ☐

sehr häufig ☐

J2. Haben Sie bzw. das MeKidS.team mindestens einen festen Ansprechpartner in dem/den für Ihre Patienten zuständigen Jugendamt/-ämtern?

Ja ☐

Nein ☐

J3. Wie sind diese Kontakte zustande gekommen?

Mehrfachnennung möglich

Andere MeKidS.units ☐

Andere Krankenhäuser (außer MeKidS.units) ☐

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte ☐

Niedergelassene Ärzte, Psychologen oder Therapeuten ☐

Sozialpädiatrisches Zentrum ☐

Frühförderung ☐

Rechtsmedizinische Ambulanz ☐

Öffentlicher Gesundheitsdienst bzw. Gesundheitsämter ☐

Jugendämter ☐

Sonstige ☐

J4. Wie oft erfolgt die Mitteilung an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in schriftlicher Form anhand eines Meldebogens?

nie ☐

selten ☐

oft ☐

immer ☐

J5. Wie oft erfolgt die Mitteilung an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung telefonisch?

nie ☐

selten ☐

oft ☐

immer ☐

J6. Wissen Sie bzw. das MeKidS.team, wie und wann Sie bzw. das MeKidS.team zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes erreichen können?

Ja ☐

Nein ☐

J7. Führen Sie bzw. das MeKidS.team eine Kontaktliste von Jugendämtern in Ihrer Unit?

Ja ☐

Nein ☐

J8. Sind Sie bzw. das MeKidS.team mit der Arbeitsweise der für Ihre Patienten zuständigen Jugendämter in Hinblick auf die Gefährdungseinschätzung des Kindes bei Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (§8a Verfahren) vertraut?

nein ☐

kaum ☐

überwiegend ☐

voll ☐

J9. Wie oft bekommen Sie bzw. das MeKidS.team eine Rückmeldung des Jugendamtes nach Meldung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

- ☐ nie
- ☐ in einzelnen Fällen
- ☐ in nahezu allen Fällen
- ☐ immer

J10. Wie oft fragen Sie bzw. das MeKidS.team aktiv nach, wenn Sie vom Jugendamt keine Rückmeldung zu einer Meldung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung erhalten haben?

- ☐ nie
- ☐ in einzelnen Fällen
- ☐ in nahezu allen Fällen
- ☐ immer

J11. Wie oft führen Sie bzw. das MeKidS.team eine Fallbesprechung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit Beteiligung des Jugendamts durch?

- ☐ nie
- ☐ selten
- ☐ häufig
- ☐ immer

J12. Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit denen für Ihre Patienten zuständigen Jungendämtern hinsichtlich:

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

- Erreichbarkeit ☐☐☐
- Verfügbarkeit ☐☐☐
- Nützlichkeit ☐☐☐

J13. Bitte geben Sie an, wie Sie auf Angebote der niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangebote aufmerksam geworden sind?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Eigeninitiative durch Sie
- ☐ Kennenlernen im Rahmen von Fort- und Weiterbildung
- ☐ Initiative der Jugendämter
- ☐ Initiative der Anbieter
- ☐ Qualitätszirkel

MeKidS.best Projekt ☐

Sonstige ☐

J14. Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangebote der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich:

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Erreichbarkeit ☐☐☐

Verfügbarkeit ☐☐☐

Nützlichkeit ☐☐☐

Teil K: Allgemeines zum lokalen Netzwerk

Lokales Netzwerk:

Hier ist das gesamte lokale Netzwerk aus medizinischen und nicht-medizinischen Einrichtungen im Kontext Prävention von Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz gemeint.

K1. Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit Ihrem lokalen Netzwerk?

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

☐☐☐

K2. Geben Sie bitte an, welche Faktoren für das Gelingen eines lokalen Netzwerkes entscheidend sind und worin Sie eine Herausforderung für das Funktionieren eines lokalen Netzwerkes sehen.

K3. Was sind die Herausforderungen für eine gute Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

Teil L: Zusammenfassende Selbsteinschätzung

L1.

Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu:"Ich habe genug Zeit, um mich im Klinikalltag um Patienten, bei denen der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt, zu kümmern."

0: stimme ich überhaupt nicht zu - 100: stimme ich vollständig zu

L2. **Wie sicher fühlen Sie sich in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?**

0: überhaupt nicht sicher - 100: absolut sicher

L3. **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Management bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?**

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Teil M: Fast geschafft

Wenn Sie alle entsprechenden Daten eingegeben haben, beenden Sie die Dateneingabe, indem Sie auf "Absenden" klicken.

Vielen Dank!

Strukturerhebung MeKidS.Praxis - Baseline

Bei dieser Befragung handelt es sich um die Strukturerhebung zum Zeitpunkt der Baseline.

Wir möchten Sie bitten, dass der Fragebogen in Verantwortung der ärztlichen Vertretung Ihrer MeKidS.Praxis ausgefüllt wird.

Hinter einigen Begriffen findet sich ein ℹ. Hier haben Sie die Möglichkeit durch einen Mausklick weitere Definitionen, Erläuterungen und Beispiele zu dem Begriff anzuzeigen.

Aus Gründen der Lesbarkeit sind im Folgenden unabhängig der gewählten Formulierung immer alle Geschlechter gemeint.

In dieser Umfrage sind 55 Fragen enthalten.

Praxisstruktur: Handlungsabläufe

Wie oft nutzen Sie bzw. Ihr Team in Ihrer Praxis Standards ℹ für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie sehr orientieren Sie bzw. Ihr Team sich in Ihrer Praxis an standardisierten Empfehlungen ℹ für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ überhaupt nicht
- ◯ wenig
- ◯ stark
- ◯ sehr stark

Wie zufrieden sind Sie mit den Standards?

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

[ ]

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Wie oft werden in Ihrer Praxis Foto- oder Videodokumentationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung angefertigt?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie werden diese Dokumentationen angefertigt?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- [ ] Video- bzw. Digitalkamera
- [ ] Tablet
- [ ] Smartphone
- [ ] Sonstiges

Mehrfachnennung möglich

Wie oft benutzen Sie bzw. Ihr Team bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ein Lineal/Maßstab bei der Fotodokumentation?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft nutzen Sie bzw. Ihr Team Hilfsmittel ℹ zur Befunddokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Welche Hilfsmittel ❶ nutzen Sie und wie zufrieden sind Sie damit?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Nutzung			Zufriedenheit				
	ja	nein		überhaupt nicht zufrieden	nicht zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	N/A ❶
Papiervordrucke	◯	◯		◯	◯	◯	◯	◯
Textvorlagen im Arztinformationssystem	◯	◯		◯	◯	◯	◯	◯
i-GOBSIS	◯	◯		◯	◯	◯	◯	◯
Sonstige	◯	◯		◯	◯	◯	◯	◯

Wie oft haben Sie bzw. Ihr Team den Code T74.- im Jahr 2020 bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kodiert?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

◯ nie
◯ selten
◯ oft
◯ immer

Wann haben Sie bzw. Ihr Team die T74.-Kodierung genutzt?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- [ ] bei gesicherter Diagnosen (durch Sie)
- [ ] bei Verdachtsdiagnosen (durch Sie oder ggf. jemand anderen)
- [ ] bei gesicherter Diagnose durch eine andere medizinische Einrichtung (z.B. Klinik)
- [ ] Sonstiges

Mehrfachnennung möglich

Praxisstruktur: Personal

Wie oft beraten Sie bzw. Ihr Team sich in Ihrer Praxis bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Nie	in einzelnen Fällen	in nahezu allen Fällen	Immer	Entfällt, da enstpr. (weitere) Fachkräfte in eigener Praxis nicht vorhanden sind
Mit einem weiteren Arzt	◯	◯	◯	◯	◯
Mit einer MFA	◯	◯	◯	◯	◯
Mit einer weiteren Fachkraft ℹ	◯	◯	◯	◯	◯

Gibt es einen Hauptverantwortlichen aus dem ärztlichen Praxisteam bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

◯ Ja

◯ Nein

Gibt es einen Hauptverantwortlichen aus dem MFA-Praxisteam bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wie oft haben Sie außerhalb des Projektes an einer Fort- und Weiterbildung im Jahr 2020 zum Thema Kindeswohlgefährdung teilgenommen?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ gar nicht
- ◯ einmal
- ◯ zweimal
- ◯ mehr als zweimal

Wie oft fanden in Ihrer Praxis im Jahr 2020 interne Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung statt?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ gar nicht
- ◯ einmal
- ◯ zweimal
- ◯ mehr als zweimal

Was beinhalten diese internen Schulungen?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- [ ] Fachwissen zu Misshandlung
- [ ] Fachwissen zu Vernachlässigung
- [ ] Fachwissen zu sexuellem Missbrauch
- [ ] Fachwissen zu familiären Risikokonstellationen
- [ ] Qualitätsmanagement innerhalb der Praxis
- [ ] Informationen zu lokalen Netzwerkstrukturen

Mehrfachnennung möglich

Nehmen Sie oder einer Ihrer Kollegen/Mitarbeiter regelmäßig an Arbeitskreisen zum Thema Kindeswohlgefährdung / Frühe Hilfen / Kinderschutz teil?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wie häufig finden diese Arbeitskreise statt?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ monatlich
- ◯ quartalsweise
- ◯ halbjährlich
- ◯ jährlich

Seit wann nehmen Sie oder einer Ihrer Kollegen/Mitarbeiter an diesen Arbeitskreisen teil?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ seit 2019 oder eher
- ◯ seit 2020

Netzwerk: Medizinische Einrichtungen

Unter medizinischen Einrichtungen sind, sofern in der Frage nicht anders beschrieben, Einrichtungen gemeint, die dem Gesundheitswesen zugeordnet sind. Dazu zählen überregionale beratende Angebote (z.B. KKG NRW (Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen), Medizinische Kinderschutzhotline) als auch lokale Einrichtungen (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser mit Ambulanzen, Sozialpädiatrisches Zentrum und stationären Angeboten sowie der öffentliche Gesundheitsdienst / Gesundheitsämter).

Wie oft nutzen Sie bzw. Ihr Team Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung ❶?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Welche Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung ℹ nutzen Sie bzw. Ihr Team?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- [ ] Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW)
- [ ] Medizinische Kinderschutz-Hotline
- [ ] Andere Kliniken (Kinderschutzgruppen / Units)
- [ ] Sonstiges

Mehrfachnennung möglich

Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den Angeboten zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung ℹ sind.

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Wie oft stellen Sie bzw. Ihr Team einen Patienten in einer Kinderschutzambulanz/Gewaltschutzambulanz vor?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft stellen Sie bzw. Ihr Team einen Patienten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum vor?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft weisen Sie bzw. Ihr Team einen Patienten zur stationären Abklärung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ein?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Haben Sie bzw. Ihr Team eine bevorzugte Klinik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wie oft informieren Sie bzw. Ihr Team eine Klinik / ein Sozialpädiatrisches Zentrum / eine Ambulanz, wenn Sie ein Kind oder Jugendlichen vorstellen bzw. einweisen?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ in einzelnen Fällen
- ◯ in nahezu allen Fällen
- ◯ immer

Wie häufig erhalten Sie bzw. Ihr Team Vorstellungen mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von anderen medizinischen Einrichtungen?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ häufig
- ◯ sehr häufig

Mit welchem Auftrag erhalten Sie bzw. Ihr Team diese Vorstellungen?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Zur Behandlung bzw. Betreuung eines bekannten Patienten
- ☐ Zur Behandlung bzw. Betreuung eines neuen Patienten
- ☐ Zur Gefährdungsabklärung

Mehrfachnennung möglich

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den Kliniken (inkl. Ambulanzen / Sozialpädiatrisches Zentrum), mit denen Sie zusammenarbeiten im Zusammenhang mit der Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung hinsichtlich:

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Erreichbarkeit

Verfügbarkeit

Nützlichkeit (in Bezug auf Ihre Fragestellung)

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Netzwerk: Nichtmedizinische Einrichtungen

Unter nichtmedizinischen Einrichtungen sind jegliche Einrichtungen gemeint, die für Kinder, Jugendliche und ihren Familien zuständig sind, aber nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet sind. Beispiele: Jugendämter, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Beratungsangebote

Hinweis: Wird der Begriff Jugendamt im Folgenden genutzt, so sind in diesem Kontext ebenso Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Kommunaler Sozialdienst (KSD) und Bezirkssozialdienst (BSD) gemeint.

Wie häufig erhalten Sie bzw. Ihr Team Vorstellungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von Jugendämtern ?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ häufig
- ◯ sehr häufig

Haben Sie bzw. Ihr Team einen (oder mehrere) feste/n Ansprechpartner in einem Jugendamt?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wie sind diese Kontakte zustande gekommen?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Eigeninitiative durch Sie
- ☐ Kennenlernen im Rahmen von Fort- und Weiterbildung
- ☐ Initiative durch Kontaktperson
- ☐ interprofessionelle Qualitätszirkel
- ☐ MeKidS.best-Projekt
- ☐ Sonstiges

Mehrfachnennung möglich

Wie häufig melden Sie bzw. Ihr Team dem Jugendamt Ihren Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Was veranlasst Sie bzw. Ihr Team dazu, eine Meldung an das Jugendamt zu machen?

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Fehlende Kooperation der Eltern / Schweregrad
- ☐ Plausibilität und Summe des Verdachtes/der Hinweise

Mehrfachnennung möglich

Wie oft informieren Sie bzw. Ihr Team die Sorgeberechtigten über Ihre Meldung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft erfolgt die Mitteilung an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in schriftlicher Form anhand eines Meldebogens?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft erfolgt die Mitteilung an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung telefonisch?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft bekommen Sie bzw. Ihr Team eine Rückmeldung des Jugendamtes nach Meldung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wie oft fragen Sie bzw. Ihr Team aktiv nach?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Wissen Sie bzw. Ihr Team, wie und wann Sie zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes erreichen können?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Führen Sie eine Kontaktliste von Jugendämtern in Ihrer Praxis?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Sind Sie bzw. Ihr Team mit der Arbeitsweise der Jugendämter in Bezug auf Kindeswohlgefährdung (§8a Verfahren) vertraut?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nein
- ◯ kaum
- ◯ überwiegend
- ◯ voll

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den für Ihre Patienten zuständigen Jungendämter hinsichtlich:

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Erreichbarkeit

Verfügbarkeit

Nützlichkeit

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Bitte geben Sie an, welche niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangebote ℹ Sie Kindern, Jugendlichen und ihren Familien anbieten und vermitteln.

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- [ ] Angebote der Frühen Hilfen
- [ ] Angebote gemeinnütziger Verbände z.B. Caritas
- [ ] Angebote öffentlicher Kinder- und Jugendhilfeträger
- [ ] Ehrenamtliche Angebote
- [ ] Sonstiges
- [ ] keine

Mehrfachnennung möglich

Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich:

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Erreichbarkeit

Verfügbarkeit

Nützlichkeit

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Bitte geben Sie an, wie Sie bzw. Ihr Team auf diese Angebote aufmerksam geworden sind.

*

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- [ ] Eigeninitiative durch Sie
- [ ] Kennenlernen im Rahmen von Fort- und Weiterbildung
- [ ] Initiative der Jugendämter
- [ ] Initiative der Anbieter
- [ ] lokale Arbeitskreise
- [ ] MeKidS.best-Projekt
- [ ] Sonstiges

Mehrfachnennung möglich

Wie oft nutzen Sie bzw. Ihr Team Angebote zur pseudonymisierten/anonymisierten nichtmedizinischen Fallberatung ℹ?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ nie
- ◯ selten
- ◯ oft
- ◯ immer

Allgemeines zum lokalen Netzwerk

Hier ist das gesamte lokale Netzwerk aus medizinischen und nicht-medizinischen Einrichtungen im Kontext Prävention und Kinderschutz gemeint.

Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit Ihrem lokalen Netzwerk?

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Geben Sie bitte an, welche Faktoren für das Gelingen eines lokalen Netzwerkes entscheidend sind und worin Sie eine Herausforderung für das Funktionieren eines lokalen Netzwerkes sehen.

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Was sind die Herausforderungen für eine gute Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Zusammenfassende Selbsteinschätzung

Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu: "Ich habe genug Zeit, um mich im Praxisalltag um Patienten, bei denen der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt, zu kümmern."

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0: stimme ich überhaupt nicht zu - 100: stimme ich vollständig zu

Wie sicher fühlen Sie sich in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0: überhaupt nicht sicher - 100: absolut sicher

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Management bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

*

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0: überhaupt nicht zufrieden - 100: voll zufrieden

Fast geschafft

Wenn Sie alle entsprechenden Daten eingegeben haben, beenden Sie die Dateneingabe, indem Sie auf "Absenden" klicken.

Vielen Dank!

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anlage 7: Interviewleitfäden Implementierungskosten

- **Anlage 7a:** Interviewleitfäden Implementierungskosten Units_final
- **Anlage 7b:** Interviewleitfäden Implementierungskosten Praxen_final

Leitfaden zur Erhebung von Implementierungskosten / Aufwand für Netzwerkarbeit

Einleitende Frage: Bitte beschreiben Sie das MeKids.best Team Ihrer Unit.

- Wie viele Personen gehören Ihrem MeKidS-Team an?
- Wie ist es zusammengesetzt?
- Gab es Neueinstellungen bzw. wie viele Personalstellen wurden zusätzlich zur Verfügung gestellt? / Im Falle von Neueinstellungen: wie lange dauerte der Bewerbungsprozess und der Einarbeitungsprozess?

- **Frage 1**: Wie war Ihre Klinik **vor dem Projekt** hinsichtlich des **medizinischen Kinderschutzes** aufgestellt?
  - Welche kinderschutzbezogenen Netzwerke (intern/extern) zu welchen Akteuren gab es?
  - Gab es ein standardisiertes klinikinternes Vorgehen bei Verdachtsfällen?
- **Frage 2**: Wie wurden die **Informationen über die MeKidS.best Standards** an die beteiligten Professionen innerhalb/außerhalb des MeKidS-Teams weitergegeben?
  - Wer ist verantwortlich für die Informationsweitergabe und welche Berufsgruppen haben welche Informationen erhalten?
  - Welcher Zeitaufwand bestand und wie lange (in Monaten) hat es gedauert, um alle relevanten Mitarbeiter und Kliniken innerhalb der Unit-Einrichtung über die MeKidS.best Standards zu informieren/zu schulen?

Berufsgruppe	**Zeitaufwand (Std. pro Woche)**	**Monate (Zeitraum)**
Ärzte		
Pflegekräfte		
Sozialdienst		
Psychologen		
Sonstige		

  - Falls Schulungen zum Thema medizinischer Kinderschutz durchgeführt wurden ***(ausgenommen, die Schulungen durch das MeKids.Best Projekt)***:
    - In welchem zeitlichen Umfang haben diese Schulungen stattgefunden? (Anzahl und Dauer)?
    - Fanden diese Schulungen im Rahmen von bereits bestehenden Weiterbildungscurricula oder routinemäßigen internen Besprechungen statt?
    - Wer hält die Schulungen (interne oder externe Experten, z.B. KKG NRW)?
    - *Wenn es sich um eine interne Schulung handelt:* Welcher Zeitaufwand entsteht dem Leiter der Schulungen für Vorbereitung und Durchführung?

- Gab es noch zusätzliche Angebote neben den Schulungen (z.B. Intranet, Flyer, Broschüren, Infozettel)?

- **Frage 3**: Wie viel Zeit hat **Umsetzung der standardbasierten und leitliniengerechten Handlungsabläufen und -leitfäden (SOPs)** bei Verdacht auf (akute) Kindeswohlgefährdung für Ihre Unit/Klinik im Jahr 2020/2021 in Anspruch genommen?
  - Welches Personal und welche Kliniken war bzw. waren (mit welchem zeitlichen Umfang) an der unit-spezifischen Entwicklung beteiligt?

Berufsgruppe	**Zeitlicher Umfang**
Ärzte	
Pflegekräfte	
Sozialdienst	
Psychologen	
Sonstige	

  - Welche organisatorischen Anpassungen waren notwendig. Wie aufwändig waren diese und wer bzw. welche Kliniken waren an diesem Prozess beteiligt?
  - Inwieweit sind Psychologen und Mitarbeiter des Sozialdienstes in die Arbeitsabläufe integriert? Gibt es feste Zeiten (z.B. innerhalb der Regelarbeitszeiten) zu denen die Einbindung erfolgt?

- **Frage 4**: Sind Ihnen **direkte Kosten bei der Implementierung** der MeKidS.best Standards angefallen?
  - Wodurch und in welcher Höhe sind Kosten angefallen (Materialkosten (z.B. Kamera), Personalkosten, zusätzliche Räume, etc.)?

Kostenfaktoren	**Höhe der Kosten**
Materialkosten	
Personalkosten (*etwa Neueinstellung*)	
Weiteres	

  - Waren auch räumliche Veränderungen erforderlich und konnte dies innerhalb der vorhandenen Räumlichkeiten gelöst werden oder kam es zu Neuanmietungen?

- **Frage 5**: Gab es darüber hinaus **Kosten / Aufwand im Aufbau** des MeKids-Teams?
  - Haben Sie oder andere Mitarbeiter*innen an externen Fort- oder Weiterbildungen zum Thema Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch teilgenommen?
    - Wie lange dauern externe Fort-/Weiterbildungen zum Thema im Durchschnitt?
  - Waren diese kostenlos oder werden die Kosten durch die Klinik übernommen?
    - Falls diese nicht kostenlos waren, wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten für solche Fort- und Weiterbildungen (inkl. ggf. anfallender Reisekosten)?

Fragestellungen zur Netzwerkarbeit:

- **Frage 6**: Welche **kinderschutzbezogenen Netzwerke/Kooperationen** zu welchen Akteuren wurden im Jahr 2020 (mit Beginn der Studie) bzw. im Jahr 2021 aufgebaut? Welche Berufsgruppen sind hieran beteiligt?
- **Frage 7**: Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für den Aufbau von kinderschutzbezogenen Netzwerken (differenziert nach Akteuren)?

Akteur	**Zeitlicher Aufwand:** gesamt seit Projektbeginn
Ärzte	
Pflegekräfte (seit Erprobungsphase) (auch mit fühe Hilfe, Bunter Kreis und Jugendamt)	
Sozialdienst	
Psychologen	
Sonstige	

- **Frage 8:** Regelmäßige Arbeitskreise?
  - Wo finden die Arbeitskreise statt (*Zeitverbräche Anfahrt*)?
  - Welchen zeitlichen Umfang haben die Arbeitskreise (bspw. *Dauer ca. 2 h*)?
  - Welche Berufsgruppen aus ihrem Praxisteam (*Berufsgruppe*, *Anzahl*) nehmen regelmäßig an Arbeitskreisen teil?
- **Frage 9**: Gibt es weitere Punkte zur Netzwerkarbeit, die bisher nicht erwähnt wurden?

Anlage 7: Interviewleitfäden Implementierungskosten

Leitfaden zur Erhebung von Implementierungskosten / Aufwand für Netzwerkarbeit

Einleitende Frage:

Bitte beschreiben Sie das MeKids.best Team Ihrer Praxis.

Wie viele Personen gehören Ihrem MeKidS-Team an?

<table>
<tr><td>1</td><td>Wie war Ihre Praxis vor dem Projekt hinsichtlich des medizinischen Kinderschutzes aufgestellt?
○ Welche kinderschutzbezogenen Netzwerke (intern/extern) zu welchen Akteuren gab es?
○ Gab es ein standardisiertes praxisinternes Vorgehen bei Verdachtsfällen?</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td>Wie wurden die Informationen über die MeKidS.best Standards an die beteiligten Personen innerhalb der Praxis weitergegeben?
○ Welche Praxismitarbeiterhaben welche Informationen erhalten?</td><td></td></tr>
<tr><td>○ Welcher Zeitaufwand bestand und wie lange (in Monaten) hat es gedauert, um alle relevanten Mitarbeiter innerhalb der Praxis über die MeKidS.best Standards zu informieren/zu schulen?

○ Falls Schulungen durchgeführt wurden:
▪ In welchem zeitlichen Umfang haben diese Schulungen stattgefunden? (ausgenommen, die Schulungen durch das Projekt)? Vor dem Projekt
▪ Fanden diese Schulungen im Rahmen von bereits bestehenden Weiterbildungscurricula oder routinemäßigen internen Besprechungen statt?</td><td>
<table>
<tr><th>Berufsgruppe</th><th>Zeitaufwand</th><th>Monate</th></tr>
<tr><td>Kinder- und -Jugendarzt</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Medizinische Fachangestellte (MFA)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Anderes Praxispersonal</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>

Wer hält die Schulungen (interne oder externe Experten, z.B. KKG NRW)?
Wenn es sich um eine interne Schulung handelt: Welcher Zeitaufwand entsteht dem Leiter der Schulungen für Vorbereitung und Durchführung?
Gab es noch zusätzliche Angebote neben den Schulungen (z.B. Intranet, Flyer, Broschüren, Infozettel)?

</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Wie viel Zeit hat die Umsetzung der standardbasierten und leitliniengerechten Handlungsabläufe und -leitfäden (SOPs) bei Verdacht auf (akute) Kindeswohlgefährdung für Ihre Praxis im Jahr 2020/2021 in Anspruch genommen?

Welches Personal war (mit welchem zeitlichen Umfang) an der praxis-spezifischen Entwicklung beteiligt?
Welche organisatorischen Anpassungen waren notwendig. Wie aufwändig waren diese und wer war an diesem Prozess beteiligt?

</td><td>
<table>
<tr><th>Berufsgruppe</th><th>Zeitlicher Umfang</th></tr>
<tr><td>Kinder- und Jugendärzte</td><td></td></tr>
<tr><td>Medizinische Fachangestellte (MFA)</td><td></td></tr>
<tr><td>Anderes Praxispersonal</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Sind Ihnen direkte Kosten bei der Implementierung der MeKidS.best Standards angefallen?

Wodurch und in welcher Höhe sind Kosten angefallen (Materialkosten (z.B. Kamera), Personalkosten, zusätzliche Räume, etc.)?

Waren auch räumliche Veränderungen erforderlich und konnte dies innerhalb der vorhandenen Räumlichkeiten gelöst werden oder kam es zu Neuanmietungen?</td><td>
<table>
<tr><th>Kostenfaktoren</th><th>Höhe der Kosten</th></tr>
<tr><td>Materialkosten</td><td></td></tr>
<tr><td>Personalkosten</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Gab es darüber hinaus Kosten / Aufwand im Aufbau des MeKids-Teams?</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>Haben Sie oder Ihre Mitarbeiter*innen an externen Fort- oder Weiterbildungen zum Thema Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch teilgenommen?
Wie lange dauern externe Fort-/Weiterbildungen zum Thema im Durchschnitt?
Waren diese kostenlos oder werden die Kosten durch die Praxis übernommen?
Falls diese nicht kostenlos waren, wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten für solche Fort- und Weiterbildungen (inkl. ggf. anfallender Reisekosten)?</td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>Welche kinderschutzbezogenen Netzwerke/Kooperationen zu welchen Akteuren wurden im Jahr 2020 (mit Beginn der Studie) bzw. im Jahr 2021 aufgebaut? Welche Berufsgruppen sind hieran beteiligt?</td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für den Aufbau von kinderschutzbezogenen Netzwerken (differenziert nach Akteuren)?</td><td><table><tr><th>Akteur</th><th>Zeitlicher Aufwand</th></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>8</td><td>Finden regelmäßige Arbeitskreise statt?
Wo finden die Arbeitskreise statt?
Welchen zeitlichen Umfang haben die Arbeitskreise?
Welche Berufsgruppen nehmen regelmäßig an Arbeitskreisen teil?</td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>Gibt es weitere Punkte zur Netzwerkarbeit, die bisher nicht erwähnt wurden?</td><td></td></tr>
</table>

Anlage 8: Fragebogen zur Routinedatenbetrachtung

Fragebogen zur Routinedatenbetrachtung

I. Inzidenzen

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Gesamtzahl** der Versicherten Kinder und Jugendlichen unter 18			
	Anzahl der Versicherten Kinder und Jugendlichen mit mind. einer Diagnose **ICD-10 T74**:			
2021	**Gesamtzahl** der Versicherten Kinder und Jugendlichen unter 18			
	Anzahl der Versicherten Kinder und Jugendlichen mit mind. einer Diagnose **ICD-10 T74**			

II. Ressourcenverbräuche

Anmerkung: Ab hier wird nach allen Behandlungen gefragt, die bei Kindern mit der definierten Einschlussdiagnose auftreten – unabhängig davon, ob die einzelne Behandlung selber mit einer T74-Kodierung in Verbindung steht.

a) Stationäre Krankenhausaufenthalte

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

b) Ambulante Krankenhausbehandlungen

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

c) Behandlungen in Sozialpädiatrischen Zentren

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

d) Behandlungen bei niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinern

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

e) Behandlungen bei niedergelassenen Medizinern (ohne Kinder- und Jugendmediziner und ohne Kinder- und Jungendpsychotherapeuten)

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

f) Behandlungen bei niedergelassenen Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Fälle**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

g) Heilmittel

		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
2018	**Anzahl der Einzelleistungen**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			
2021	**Anzahl der Einzelleistungen**			
	Summe der **Leistungsausgaben**			

Anlage 9: Fragebogen zu MeKidS.support

Teil A: Begrüßung

Sehr geehrte Anwenderin, sehr geehrter Anwender,

wir würden uns freuen, wenn Sie sich etwas Zeit (ca. 10-15 min) nehmen würden, um uns ein paar Fragen zu beantworten. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und erfolgt vertraulich.

Hauptziel der Befragung ist es, die im Rahmen des MeKidS.best-Projektes entwickelte Kinderschutz-Anwendung "MeKidS.support meets iGOBSIS" zu evaluieren, insbesondere hinsichtlich ihrer Nutzerfreundlichkeit und ihres Unterstützungspotenzials. Als vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt ist diese Evaluation dabei regulärer Bestandteil des Projektverlaufs von MeKidS.best.

Die Ergebnisse der Evaluation werden federführend durch das Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf wissenschaftlich ausgewertet.

Ansprechpartner für alle Fragen und Rückmeldungen - d. h. bezüglich der evaluationsbedingten und wissenschaftlichen Auswertung - ist

Dr. med. Marcel Jühling | mail: marcel.juehling@med.uni-duesseldorf.de | tel: 0211 / 81-19367

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD)

Um teilzunehmen, klicken Sie bitte unten rechts auf "Weiter". Auf der nächsten Seite folgen Informationen zum Datenschutz. Wenn Sie der Verwendung Ihrer Daten zustimmen, gelangen Sie zum eigentlichen Fragebogen. Ein Abbruch mit Löschung der bereits eingegebenen Daten ist ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich.

Wir wissen, dass Ihre Zeit kostbar ist. Deshalb bedanken wir uns bereits jetzt sehr für Ihre Zeit und Mithilfe.

Das Team der AG Support

Teil B: Informationen zum Datenschutz

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Dr. Marcel Jühling, Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Düsseldorf per Mail unter:

datenschutz@med.uni-duesseldorf.de

2. Erhobene Daten und Zwecke der Datenverarbeitung

Im Rahmen des Fragebogens werden Sie dazu befragt wie oft Sie die Anwendung „MeKidS.support meets iGOBSIS“ verwendet haben und wie Sie mit der Anwendung zurechtkamen (sog. subjektive Nutzungsakzeptanz bzw. „Usability“). Zudem werden Sie zu Ihrer Erfahrung im Fach bzw. mit der Nutzung von digitalen Anwendungen befragt.

Im Rahmen der Erstellung eines persönlichen Zuordnungscodes erfolgt weiterhin die Abfrage einzelner Zeichenkombinationen (jeweils die ersten beiden Buchstaben im Namen Ihrer Mutter, Ihres Vaters und Ihres Geburtsortes, sowie die ersten beiden Ziffern Ihres Geburtsdatums).

Die erhobenen Daten werden zunächst innerhalb der Lime-Survey-Anwendung gespeichert, die Instanz liegt auf den Servern der ebenfalls am MeKidS.best-Projekt sowie der Entwicklung der Anwendung beteiligten Fachhochschule Dortmund (Fachbereich Medizinische Informatik). Nach Abschluss der Erhebung werden die Daten im Institut für Rechtsmedizin für 10 Jahre lang aufbewahrt.

Die so gewonnenen Daten werden einerseits für die Anwendungsevaluation im Rahmen des MeKidS.best-Projektes genutzt. Dies geschieht im sog. berechtigten Interesse (s. Art. 6 DSGVO). Die Daten werden hierfür in gesammelter, aufbereiteter Form veröffentlicht, eine Zuordnung zu einzelnen Personen ist hierbei nicht mehr möglich.

Andererseits sollen die Evaluationsergebnisse für wissenschaftliche Publikationen und Vorträge verwendet werden. Dies erfolgt gleichfalls nur in Form gesammelter, aufbereiteter Daten ohne Möglichkeit der Zuordnung zu einzelnen Personen.

Wir weisen darauf hin, dass Daten, die bereits in evaluationsbedingte bzw. wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

3. Weiterleitung der von Ihnen gemachten Angaben

Die von Ihnen gemachten Angaben werden – mit Ausnahme des Exportes aus der Lime-Survey-Anwendung – NICHT weitergeleitet. Sie verbleiben im Institut für Rechtsmedizin und werden dort lediglich von den am Projekt teilnehmenden Wissenschaftler*innen ausgewertet.

Die Weitergabe erfolgt lediglich in gesammelter, aufbereiteter Form im Rahmen des Evaluationsberichtes bzw. wissenschaftlicher Veröffentlichungen, bei denen eine Zuordnung zu einzelnen Personen jeweils nicht mehr möglich ist (s. o.).

4. Speicherung der von Ihnen gemachten Angaben

Die erhobenen Angaben werden 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht.

5. Löschung der von Ihnen gemachten Angaben.

Eine Löschung auf Anfrage ist nur dann möglich, wenn a) bei der Bearbeitung des Fragebogens ein entsprechender persönlicher Zuordnungscode angegeben wurde sowie b) die Daten noch nicht in die evaluationsbedingte bzw. wissenschaftliche Auswertung geflossen sind.

B2.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Abschlusses (d.h. vor Absenden des vollständig ausgefüllten Fragebogens) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen kann (durch Abbruch der Umfrage). Mir ist weiterhin bewusst, dass nach diesem Zeitpunkt eine Löschung nur dann möglich ist, wenn eine Zuordnung durch Vorlage des persönliches Zuordnungscodes erfolgen kann und die entsprechenden Daten noch nicht in die Auswertung eingegangen sind. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird hiervon nicht berührt. ☐

Teil C: Zuordnung

C1. **Haben Sie bereits an der Erstbefragung im Juli/August dieses Jahres teilgenommen?**

Falls Nein: Sie können diese Seite ignorieren und einfach auf "Weiter" klicken.

Falls Ja: Um die Angaben zu beiden Befragungszeitpunkten besser miteinander vergleichen zu können, benötigen wir ein paar Informationen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte tragen Sie jeweils die beiden zutreffenden Zeichen ein:

Die ersten beiden Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter ☐☐

Die ersten beiden Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihres Vaters ☐☐

Die ersten beiden Buchstaben im Namen Ihres Geburtsortes ☐☐

Die ersten beiden Ziffern Ihres Geburtsdatums (z. B. 03.04.1995 -> 03) ☐☐

Teil D: Nutzungsgrad

D1. **Wie viele Fälle haben Sie mit der Anwendung "MeKidS.support meets iGOBSIS" dokumentiert?**

0 Fälle ☐

1-3 Fälle ☐

4-7 Fälle ☐

8-12 Fälle ☐

mehr als 12 Fälle ☐

Keine Angabe ☐

Teil E: Zweckmäßigkeit

E1. Bitte wählen Sie aus, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen in Bezug auf das Dokumentations-Tool "MeKidS.support meets iGOBSIS" jeweils zustimmen.

	stimme ganz und gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Es zu benutzen, erspart mir Zeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es hilft mir, effektiver zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist hilfreich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann die Dokumentation in Kinderschutzfällen damit einfacher erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es verbessert die Qualität meiner Dokumentation in Kinderschutzfällen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil F: Benutzerfreundlichkeit

F1. Bitte wählen Sie aus, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen in Bezug auf das Dokumentations-Tool "MeKidS.support meets iGOBSIS" jeweils zustimmen.

	stimme ganz und gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Es ist nutzerfreundlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist leicht zu benutzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann Fehler schnell und einfach beheben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil G: Erlernbarkeit

G1. Bitte wählen Sie aus, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen in Bezug auf das Dokumentations-Tool "MeKidS.support meets iGOBSIS" jeweils zustimmen.

	stimme ganz und gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Ich habe schnell gelernt es zu benutzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mir leicht merken, wie es zu benutzen ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist leicht zu lernen, wie man es benutzt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil H: Zufriedenheit

H1. **Bitte wählen Sie aus, wie sehr Sie den nachfolgenden Aussagen in Bezug auf das Dokumentations-Tool "MeKidS.support meets iGOBSIS" jeweils zustimmen.**

	stimme ganz und gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Ich bin zufrieden damit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich würde es einem Kollegen empfehlen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es funktioniert so, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil I: Zugang

I1. **Was ist Ihnen an der Anwendung positiv aufgefallen? Warum?**

I2. **Was ist Ihnen an der Anwendung negativ aufgefallen? Warum?**

I3. **Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge?**

Teil J: Sonstige Nutzerangaben

J1. Über wie viele Jahre Erfahrung im Bereich des medizinisches Kinderschutzes verfügen Sie?

- [ ] 0-5 Jahre
- [ ] 6-10 Jahre
- [ ] 11-15 Jahre
- [ ] 16-20 Jahre
- [ ] über 20 Jahre
- [ ] Keine Angabe

J2. Wie erfahren schätzen Sie sich beim Umgang mit digitalen Anwendungen ein?

	sehr unerfahren	unerfahren	eher unerfahren	neutral	eher erfahren	erfahren	sehr erfahren	Keine Angabe
Ich bin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil K: Ergänzende Bedarfserfassung

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mithilfe bei der Evaluation!

Falls Sie noch zwei Minuten erübrigen können, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie an einer kurzen, anonymen Umfrage der Rechtsmedizin zu den Bedarfen im medizinischen Kinderschutz teilnehmen würden. Den Link hierzu haben wir Ihnen gemeinsam mit dem Link zu dieser Evaluations-Befragung in derselben eMail zugeschickt.

Zum Abschließen der Evaluation klicken Sie bitte auf den untenstehenden Button. Wir wünschen noch einen schönen Tag!

Ansprechpartner für die Anwendungs-Evaluation sowie die ergänzende Umfrage (s. o.) ist

Dr. med. Marcel Jühling (Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf)

mail: marcel.juehling@med.uni-duesseldorf.de

tel: 0211 / 81-19367

Mit den besten Grüßen,

das Team der AG Support