Evaluationsbericht

(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:	Prof. Dr. Thomas Ostermann, Prof. Dr. Michael Paulussen, Dr. Silke Neusser, Dr. Nikola Blase, Sandra Diekmann, Sarah Schlierenkamp, Theresa Hüer, Dr. Britta Gahr, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Tobias Falke, Dr. Laura Hörster, Berit Schoppen
Förderzeitraum:	01.September 2019-31.August 2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis ... 3
II. Abbildungsverzeichnis ... 4
III. Tabellenverzeichnis ... 6
1. Ziele der Evaluation ... 7
1.1. Ausgangslage und Stand der Wissenschaft ... 7
1.2. Neue Versorgungsform von MeKidS.best und Zielsetzungen der (Teil-)Evaluationen ... 9
1.2.1. Ziele der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung) ... 10
1.2.2. Ziele der gesundheitsökonomischen Evaluation ... 10
1.2.3. Ziel der Modellierung von Vergütungs- und Finanzierungsmodellen ... 11
1.2.4. Ziele der Routinedatenbetrachtung ... 11
1.2.5. Teilprojekt MeKidS.support und Ziele der zugehörigen Evaluation ... 12
2. Darstellung des Evaluationsdesigns ... 13
2.1. Evaluationsdesign der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung) ... 13
2.2. Evaluationsdesign der gesundheitsökonomischen Evaluation ... 23
2.2.1. Fallbezogenen Ressourcenverbräuche und fallbezogene Kosten ... 23
2.2.2. Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards ... 29
2.3. Design der gesundheitspolitischen Konzeptionierung für die Übertragung der Ergebnisse in die Regelversorgung ... 31
2.4. Evaluationsdesign der Routinedatenbetrachtung ... 31
2.5. Evaluationsdesign des Teilprojekts MeKidS.support ... 33
3. Ergebnisse der Evaluation ... 34
3.1. Ergebnisse der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung) ... 34
3.1.1. MeKidS.Praxen ... 34

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.1.2. MeKidS.units 41
3.2. Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation 50
3.2.1. MeKidS.Praxen 50
3.2.2. MeKidS.units 54
3.3. Ergebnisse der Modellentwicklung für die Finanzierung und Vergütung des medizinischen Kinderschutzes 61
3.3.1. Vergütungsmodelle 62
3.3.2. Finanzierungsmodelle 63
3.4. Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung 64
3.5. Ergebnisse der Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support 70
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluator:innen 71
4.1. Diskussion der Ergebnisse 71
4.1.1 Diskussion der Ergebnisse der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung) 71
4.1.2 Diskussion der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation 74
4.1.3 Diskussion der Ergebnisse der Vergütungs- und Finanzierungsmodellierung des medizinischen Kinderschutzes 82
4.1.4 Diskussion der Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung 82
4.1.5 Diskussion der Ergebnisse der Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support 84
4.2. Abschließende Schlussfolgerungen und Empfehlungen 84
5. Literaturverzeichnis 87
6. Anhang 89
7. Anlagen 89

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BL	Baseline
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
d.h.	das heißt
EP	Erprobungsphase
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ICD	International Classification of Diseases
IK	Institutionskennzeichen
inkl.	inklusive
JA	Jugendamt
KH	Krankenhaus
KJM	Kinder- und Jugendmediziner:innen
KJP	Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern/Jugendlichen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MA	Mitarbeiter:innen
Max	Maximum
MFA	Medizinische Fachangestellte
min.	Minuten
Min	Minimum
MRT	Magnetresonanztomographie
MTRA	medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
MW	Mittelwert
n	Anzahl
n.e.	nicht erfasst
n.d.	nicht dargestellt
NRW	Nordrhein-Westfalen
n.s.	nicht signifikant
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
p-Wert	Signifikanzniveau
RSS	Röntgen-Skelett-Screening
S3-Kinderschutzleitlinie	S3-Leitlinie für Kinderschutz
s.	siehe
SD	Standardabweichung
SPZ	sozialpädiatrische Zentren
u.a.	unter anderen
US	Ultraschall
usw.	und so weiter
XT	Röntgen
v.a.	vor allem
VaKW	Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung
z.B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der Versorgungsforschung nach Pfaff (2003) 15

Abbildung 2: Ablaufschema der Evaluation 17

Abbildung 3: Einzelaspekte des Gesamtscores in den MeKidS. Praxen 19

Abbildung 4: Dimensionen der Behandlungspfade in den MeKidS.units 20

Abbildung 5: Durchschnittlicher Lohn pro Minute je Berufsgruppe in den MeKidS.units 26

Abbildung 6: Ergebnis der Preisberechnung pro Berufsgruppe für die MeKidS.Praxen 27

Abbildung 7: Zufriedenheit mit der Nutzung der Standards im zeitlichen Verlauf (Mittelwert mit 95% Konfidenzintervall) 34

Abbildung 8: Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln 35

Abbildung 9: Zufriedenheit mit der pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung 35

Abbildung 10: Häufigkeit der Einweisung/Vorstellung eines Kindes/Jugendlichen 36

Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Kliniken in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“. 36

Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Jugendämtern in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“. 37

Abbildung 13: Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“. 37

Abbildung 14: Zufriedenheit mit dem lokalen Netzwerk bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung 38

Abbildung 15: Sicherheit in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung 38

Abbildung 16: Zeitlicher Verlauf der empirisch gemessenen Inzidenzrate der detektierten Kinderschutzfälle in den 15 MeKidS.Praxen sowie einer Modellrechnung basierend auf den Fallzahlen der Baselinephase (Details siehe Text). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall 39

Abbildung 17: Vergleich der prozentualen Anteile der ICD-10: T74-kodierten Fälle aller MeKidS.best Fälle in den 15 MeKidS.Praxen der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün), mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall. 39

Abbildung 18: Verteilung der Scorewerte innerhalb der Range von 20 Punkten im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase 40

Abbildung 19:Mittlere Scorewerte der Praxen im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase. . 41

Abbildung 20: MeKidS-Units: Zufriedenheit mit der Nutzung der Standards im zeitlichen Verlauf 41

Abbildung 21: MeKidS.units: Zufriedenheit mit „Erreichbarkeit“, „Verfügbarkeit“ und „Nützlichkeit“ der Jugendämter 44

Abbildung 22: Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“. 44

Abbildung 23: MeKidS-Units: Zufriedenheit mit a) dem Management und b) dem lokalen Netzwerk 45

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 24: MeKidS.units: Sicherheit in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung 45

Abbildung 25: Zeitlicher Verlauf der Inzidenzraten der detektierten Kinderschutzfälle in den neun MeKidS.units. Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall 46

Abbildung 26: Vergleich der prozentualen Anteile der ICD-10: T74-kodierten MeKidS.best Fälle in den neun MeKidS.units der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün) mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall. 46

Abbildung 27: Verteilung der Scorewerte in den MeKidS.units innerhalb der Range von 20 Punkten im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase..... 48

Abbildung 28: Mittlere Scorewerte in den MeKidS.units im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase..... 48

Abbildung 29: Verteilung der Scorewerte in den MeKidS.units innerhalb der Range von 20 Punkten im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase aufgeteilt nach ambulanten (dunkelgrün) und stationären Fällen (hellgrün)..... 48

Abbildung 30: Mittlere Scorewerte der ambulant bzw. stationär versorgen Kinderschutzfälle im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase in den MeKidS.units..... 49

Abbildung 31: Ranking der Scorewerte über den gesamten Erprobungszeitraum nach Art der Kindeswohlgefährdung in den MeKidS.units 49

Abbildung 32: Veränderung der Scorewerte für die MeKidS.units in den Subdomänen über den Projektzeitraum..... 49

Abbildung 33: Veränderung der Scorewerte in den MeKidS.units in den Subdomänen über den Projektzeitraum in den Subpopulationen der ambulant (links) und stationär versorgten Kinderschutzfälle (rechts)..... 50

Abbildung 34: Quartilsverteilung der Scorewerte am Ende der Erprobungsphase in den MeKidS.units..... 50

Abbildung 35: Fallbezogene Kosten (im Median in €) für MeKidS.Praxen je Dimension 52

Abbildung 36: Durchschnittliche Kosten der stationären Fälle 57

Abbildung 37: Durchschnittliche Kosten der ambulanten Fälle 57

Abbildung 38: Leistungskomplexe in MeKidS.best, eigene Darstellung 62

Abbildung 39: Inzidenz Kinder und Jugendliche mit T74 Diagnose (Anzahl) in Q1 bis Q3 64

Abbildung 40: Leistungsausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose T74 im Vergleich der drei Gruppen. 69

Abbildung 41: Positive Beispiele aus den Freitextrückmeldungen..... 71

Abbildung 42: Negative Beispiele aus den Freitextrückmeldungen 71

Abbildung 43: Entwicklung des Bundesbasisfallwertes (GKV-Spitzenverband) 82

Abbildung 44: GKV- Ärztliche Behandlung in Mrd. Euro und Veränderung zum Vorjahr in Prozent 83

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Selektionskriterien nach Studienzeitraum 32

Tabelle 2: Häufigkeit der in der AWMF S3-Kinderschutzleitline definierten Standards..... 34

Tabelle 3: Basisdaten des Erprobungszeitraums der 15 MeKidS.Praxen..... 38

Tabelle 4: Basisdaten des Erprobungszeitraums der 15 MeKidS.Praxen..... 40

Tabelle 5: Diagnostik gemäß den in der AWMF S3+-Kinderschutzleitline definierten Standards 41

Tabelle 6: Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln..... 42

Tabelle 7: Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln..... 42

Tabelle 8: Anteil der verschiedenen Berufsgruppen in internen Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung 42

Tabelle 9: Anzahl der unterschiedlichen Professionen die regelhaft bei einer multiprofessionellen Fallbesprechung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beteiligt sind 43

Tabelle 10: Mittlere Anzahl der zertifizierten Kinderschutzmediziner:innen und die Anzahl der Mitarbeiter:innen, die das E-Learning Zertifikat „Grundkurs: Kinderschutz in der Medizin“ erworben haben..... 43

Tabelle 11: Medizinische Einrichtungen, von denen die MeKidS.units bzw. MeKidS.teams Vorstellungen mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung erhalten..... 43

Tabelle 12: Basisdaten des Erprobungszeitraums der neun MeKidS.units..... 45

Tabelle 13: Basisdaten des Erprobungszeitraums der neun MeKidS.units..... 47

Tabelle 14: Netzwerkarbeit, Fort-/Weiterbildung und Implementierung in den Praxen..... 53

Tabelle 15: Durchschnittliche Zusammensetzung der MeKidS.teams in den MeKidS.units ... 59

Tabelle 16: Regelmäßige Ressourcenverbräuche (Netzwerkarbeit und Fort-/Weiterbildung) in den MeKidS.units 59

Tabelle 17: Implementierung der MeKidS.best Standards (interne Schulungen) in den MeKidS.units..... 60

Tabelle 18: Kosten im Zusammenhang mit der Anpassung in den MeKidS.units..... 61

Tabelle 19: Sachkosten im Rahmen der Implementierung der MeKidS.best Standards sowie laufende Kosten in den MeKidS.units 61

Tabelle 20: Leistungsfälle und Leistungsausgaben der in den MeKidS.best Einrichtungen identifizierten Kinder und Jugendlichen 64

Tabelle 21: Kosten pro identifiziertem Kind/Jugendlichen mit ICD-10: T74, die in MeKidS.best Einrichtungen identifiziert wurden. 65

Tabelle 22: Leistungsfälle und Leistungsausgaben der in NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen identifizierten Kinder/Jugendlichen..... 66

Tabelle 23: Durchschnittliche Kosten pro Kind/Jugendlichen, der in NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen Fälle..... 67

Tabelle 24: Leistungsfälle und Leistungsausgaben der in Einrichtungen außerhalb von NRW identifizierten Kinder/Jugendlichen..... 67

Tabelle 25: Kosten pro Kind/Jugendlichem mit identifiziertem ICD-10: T74 der in den restlichen KV-Bezirke außerhalb von NRW identifizierten Kinder und Jugendlichen. 68

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1. Ziele der Evaluation

1.1. Ausgangslage und Stand der Wissenschaft

Der Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ist weit verbreitet und wird international als gesundheitliches, menschenrechtliches und soziales Problem wahrgenommen. Eine Metaanalyse ergab, dass es weltweit mindestens eine Milliarde Kinder gibt, die in den letzten 12 Monaten Gewalt erlebt hatten. In Europa erlitten 12 % der Kinder im Alter von 2–17 Jahren (15,2 Millionen Kinder) in den letzten 12 Monaten eine Form von Gewalt (Hillis S et al. 2016)Der Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ist weit verbreitet und wird international als gesundheitliches, menschenrechtliches und soziales Problem wahrgenommen. Eine Metaanalyse ergab, dass es weltweit mindestens eine Milliarde Kinder gibt, die in den letzten 12 Monaten Gewalt erlebt hatten. In Europa erlitten 12 % der Kinder im Alter von 2–17 Jahren (15,2 Millionen Kinder) in den letzten 12 Monaten eine Form von Gewalt . Klinger-König et al. erhoben eine Prävalenz von 27,5% bei über 83.000 erwachsenen Personen in Deutschland in Bezug auf erlebten Kindesmissbrauch und bestätigten damit ähnliche Ergebnisse (u.a. Witt et al., 2017 mit 24,3%) in der deutschen Bevölkerung (Klinger-König J et al. 2022).

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 mit Hinweisen auf eine 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). Hinzu kommen Befürchtungen über einen Zuwachs des Dunkelfeldes während der Corona-Pandemie (Heimann et al. 2021). Bezugnehmend auf die großen quantitativen Abweichungen diverser Veröffentlichungen merken Jud et al. an, dass konkrete Aussagen zu Hell- und Dunkelfeldern nahezu unmöglich sind, bzw. sich maximal auf einzelne Formen von Kindeswohlgefährdungen erheben lassen (Jud et al. 2016). Auch hier fehlen bundesweite entsprechende Erhebungen (Hoell et al. 2023). 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 mit Hinweisen auf eine 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). Hinzu kommen Befürchtungen über einen Zuwachs des Dunkelfeldes während der Corona-Pandemie (Heimann et al. 2021). Bezugnehmend auf die großen quantitativen Abweichungen diverser Veröffentlichungen merken Jud et al. an, dass konkrete Aussagen zu Hell- und Dunkelfeldern nahezu unmöglich sind, bzw. sich maximal auf einzelne Formen von Kindeswohlgefährdungen erheben lassen (Jud et al. 2016). Auch hier fehlen bundesweite entsprechende Erhebungen (Hoell et al. 2023).

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. Eine große Metaanalyse vermutet einen kausalen Zusammenhang zwischen Misshandlung im Kindesalter und psychischen Erkrankungen und weiteren Folgen, wie z.B. Drogenmissbrauch oder Suizidversuchen (Norman RE et al. 2012). In der sogenannten „ACE-Studie“ („Adverse Childhood Experiences“) wurde deutlich, dass Menschen mit belastenden Kindheitserlebnissen ein höheres Risiko für

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

weitere gesundheitliche Probleme haben. Dazu zählen sowohl psychische (z.B. Depressionen) als auch körperliche Erkrankungen (z.B. Herzkreislauferkrankungen, Krebs oder Diabetes) (Felliti et al.1998). Auch für die deutsche Bevölkerung wurden die negativen Folgen von belastenden Ereignissen in der Kindheit beschrieben (Witt et al. 2019). Weltweit stellen Kindeswohlgefährdungen somit eine bedeutsame Einschränkung der kindlichen Entwicklung mit entsprechenden sozioökonomischen Folgen dar (Ferrara et al. 2015): Kindeswohlgefährdung sorgt für enorme Folgekosten, wie u.a. Studien in Deutschland (Habetha et al. 2012) und den USA (Fang et al. 2012) belegen.

Voraussetzung für jegliche Form der Hilfe für betroffene Kinder/Jugendliche und deren Familien ist, dass die kindeswohlgefährdenden Situationen detektiert und die Patient:innen den Hilfesystemen zugeführt werden (WHO 2020). Ein Großteil der nachgewiesenen Kindeswohlgefährdungen wurde in Deutschland durch Polizei, Gericht und Staatsanwaltschaft gemeldet. Nur 7,4% der bestätigten Fälle wurden durch Mitarbeitende des Gesundheitswesens gemeldet (Starostzik 2019).

Zur Verbesserung der Detektion und Versorgung ist in Deutschland 2019 die AWMF S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (AWMF S3+ Kinderschutzleitline) entstanden, um Fälle mit Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung strukturierter und vollständiger zu erfassen. Eine Kindeswohlgefährdung ist dabei definiert als *„Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren*“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2022). Nachdem bereits in den letzten Jahrzehnten Vorläuferleitlinien auf dem S1- und S2-Niveau (AWMF-S2-Leitlinie ‚Kindesmisshandlung und Vernachlässigung‘, AWMF-S1-Leitlinie ‚Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch‘) entstanden (Schwier et al. 2019) ist die S3-Leitlinie nun in den Fachgesellschaften maximal konsentiert, gilt jedoch formal nur für den medizinischen Bereich.

Eine strukturierte Kooperation zwischen den Akteur:innen aus Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Schulwesen sehen Suess und Hammer als Qualitätsmerkmal eines ganzheitlichen Kinderschutzes, da die Systeme solitär keine suffizienten Hilfen anbieten können bzw. aufeinander angewiesen sind (Suess, G. J., & Hammer, W. 2010) (vgl. u.a. (Heinitz 2020; Dahmen, S., & Kelle, H. 2020). Ergänzend hierzu mahnte bereits Franzheld (Franzheld 2017), dass die zunehmende Spezialisierung / Ausdifferenzierung in den Hilfesystemen zu einer Schwächung der Schnittstellen führe. Die Schnittstellen ergeben sich in der fallbezogenen Arbeit automatisch; umso mehr wird immer wieder betont, dass es auch einer fallunabhängigen regelgeleiteten Interaktion bedarf (Böwer, M., & Kotthaus, J. 2023). Kritisch wird jedoch ebenfalls angemerkt, dass empirische Belege dafür fehlen, dass die verbesserte Zusammenarbeit auch zu verbessertem Kinderschutz führt (Suess, G. J., & Hammer, W. 2010). Diese Evidenzlage wird in der Leitlinie selbst teilweise als wenig befriedigend u.a. aufgrund ethischer Hürden bei Interventionsstudien beschrieben. Handlungsempfehlungen werden daher sowohl als evidenzbasierte Handlungsempfehlungen als auch als klinische Konsensuspunkte mit und ohne Plausibilitätsnachweis gegeben.

Die begleitende Evaluation zu MeKidS.best hatte daher zum Ziel, in den pilotierenden Kinder- und Jugendkliniken (= MeKidS.units) und pädiatrischen Praxen (= MeKidS.Praxen) die Qualität der Detektion, Diagnostik und Initiierung von Hilfemaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie die Konformität der Versorgungsprozesse zu den Vorgaben der AMWF S3+ Kinderschutzleitlinie zu betrachten.

Voraussetzung für eine strukturierte Umsetzung der Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und deren flächendeckende Etablierung im Versorgungsalltag ist u.a. eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung. Vor diesem Hintergrund können Erhebungen zu Kosten des medizinischen Kinderschutzes einen Beitrag leisten, in dem sie

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

aufzeigen welche Ressourcenverbräuche entstehen. Darauf aufbauend können zielgerichtete Finanzierungs- und Vergütungsmodelle entwickelt werden.

Seit dem Jahr 2018 ist der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-945.- erlöswirksam und löst das Zusatzentgelt ZE2018-152 aus, das klinikindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden kann. In einer 2019 von der DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin) durchgeführten Erhebung, gaben 22 Kliniken, die das Zusatzentgelt bereits verhandelt hatten, an, dass dieses Zusatzentgelt pro Fall zwischen 660 € und 1700 € liege. Bei Fällen ohne Helferkonferenz wurden im Durchschnitt 892 € abgerechnet und mit Helferkonferenz ca. 1.137 € (Schwier F, Manjgo P, & Kieslich M, 2019). Bei der Erhebung zeigte sich, dass 29,4% der Fälle ohne jegliche Finanzierung versorgt wurden und der medizinische Kinderschutz in hohem Grad abhängig vom Engagement des Personal war (Schwier F et al., 2019).

Bislang liegen in Deutschland nur wenige Untersuchungen zu den Kosten des medizinischen Kinderschutzes vor. Die 2018/2019 durchgeführte KiS-MeD Studie (Kinderschutz in der Medizin) hatte zum Ziel, den intersektoralen Kinderschutz weiterzuentwickeln und daraus resultierend Empfehlungen zum Aufbau und der Etablierung von Kinderschutzgruppen in Kinderkliniken sowie für regionale interdisziplinäre Qualifizierungsmaßnahmen (insbesondere für niedergelassene Ärzt:innen) auszusprechen. Auch sollte eine Datengrundlage für ein nachhaltiges Finanzierungskonzept geschaffen werden. Dazu wurden zwischen Oktober 2018 und September 2019 alle Kinderschutzkonsile einer Kinderklinik in Bayern eingeschlossen. Durch die standardisierte Erhebung wurden durchschnittlichen Arbeitszeitkosten je Kinderschutzkonsil in Höhe von 2.220€ ermittelt. Dabei lagen die Kosten bei bestätigten Verdachtsfällen (2.441€) deutlich höher als bei nicht bestätigt Fällen (839€). Zu berücksichtigen ist, dass die Fallzahl mit 109 dokumentierten Fällen klein war und 31% der versorgten Kinderschutzfälle unter einem Jahr waren (Bauer C et al., 2019). Bei diesen Fällen ist der Aufwand üblicherweise höher.

Weitere Anhaltspunkte zu Kosten des medizinischen Kinderschutzes liegen aus der Versorgungspraxis für Deutschland nicht vor.

1.2. Neue Versorgungsform von MeKidS.best und Zielsetzungen der (Teil-)Evaluationen

Um eine möglichst gute Übereinstimmung mit dem aus der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie im Projekt entwickelten Ideal zu erreichen, wurden projektspezifische Handlungsanweisungen, so genannte MeKidS.best Standards, mit den beteiligten MeKidS.units und MeKidS.Praxen entwickelt, die das konkrete Vorgehen im Einzelfall beschreiben, und anhand derer das Personal geschult wurde (vgl. Handbuch MeKidS.best, (Schwier und Schoppen 2023). Dementsprechend bezieht sich die Intervention im Sinne der neuen Versorgungsform in MeKidS.best auf die möglichst gute und vollständige Anwendung der im Projekt entwickelten MeKidS.best Standards auf den Einzelfall. Somit bildeten die MeKidS.best Standards in ihrer Umsetzung einen Rahmen für einen „standardisierten und regelhaften, sektorenübergreifenden und in lokalen und regionalen Netzwerken flächendeckend realisierbaren medizinischen Kinderschutz“.

Die Zielpopulation umfasst alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 - 17 Jahren, bei denen im Rahmen einer Konsultation in einer teilnehmenden pädiatrischen Praxis oder einer der teilnehmenden Kinder- und Jugendkliniken Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung vorlagen.

Kindeswohlgefährdung wurde dabei im Sinne des §1666 BGB verstanden, wenn „das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet sind 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 sein konnte, aus der Gesundheitsversorgung heraus eine abschließende Klärung zu der Frage,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ob Kindeswohlgefährdung vorliegt, vorzunehmen. Vielmehr obliegt nach §8a SGB VIII die Einschätzung des Gefährdungsrisikos den zuständigen Jungendämtern. Berufsgeheimnisträger:innen, zu denen auch die in den MeKidS.units und MeKidS.Praxen tätigen Professionen aus der Gesundheitsversorgung zählen, sind jedoch nach §4 KKG dazu verpflichtet, bei gewichtigen Anhaltspunkten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und/oder das Jugendamt über diese Anhaltspunkte zu informieren. Die Berufsgeheimnisträger haben dabei die Aufgabe, zumindest eine vorläufige (ggf. initiale) Risikoeinschätzung vorzunehmen zum Zwecke

- der Entscheidungsfindung für nachfolgende Handlungsschritte bzw.
- der Beratung der Jugendämter bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos.

Die Evaluation in MeKidS.best bezog sich somit auf die Gefährdungseinschätzung als Ergebnis des Abklärungsprozesses im Rahmen der Gesundheitsversorgung, bei dem über das Vorliegen von gewichtigen Anhaltspunkten entschieden wurde. Eine abschließende Einschätzung, ob es sich bei einem „Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ tatsächlich um „gesicherte körperliche Misshandlung/und oder sexuellen Missbrauch“ handelt, konnte und wurde dabei aus der Gesundheitsversorgung heraus in keinem Fall vorgenommen.

Die Erprobung der neuen Versorgungsform fand dabei in neun MeKidS.units sowie in 15 MeKidS.Praxen (= MeKidS.best Einrichtungen) statt, die ihrerseits wiederum proaktiv Einbindung in lokale und regionale kinderschutzbezogene Netzwerke suchten. Da aufgrund der datenschutzrechtlich notwendigen Anonymisierung der einzelnen Fälle auch kein fallbezogener Abgleich mit den Ergebnissen der Einschätzungen durch Jugendämter und Familiengerichte vorgenommen werden konnte, wurde für die Evaluation die aus den MeKidS.best-Einrichtungen zur Verfügung stehende Datengrundlage der Gefährdungseinschätzung herangezogen.

1.2.1. Ziele der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung)

Anders als bei anderen neuen Versorgungsformen ist es beim medizinischem Kinderschutz nicht ohne weiteres möglich, die Güte der neuen Versorgungsform am individuellen Gesundheitsoutcome der Patient:innen zu messen. Die Evaluation der neuen Versorgungsform untersuchte daher Surrogatparameter für eine sachgerechte Detektion einer Kindswohlgefährdung durch eine leitliniengerechte Diagnostik als das zugehörige Outcome. In der Versorgungsforschung des Projektes MeKidS.best wurden hierfür Parameter definiert, die möglichst valide Hinweise auf das Outcome der Intervention geben. Hierbei wurde von der Annahme ausgegangen, dass ein diagnostisches Vorgehen, dass sich möglichst eng an die Vorschläge der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie anlehnt, für die sachgerechte Detektion einer Kindeswohlgefährdung anzustreben ist. Zur Bewertung, wie nah eine durchgeführte Diagnostik dem „Goldstandard“ der Leitlinie kommt, wurden für mehrere kinderschutztypische Fallkonstellationen (Hämatome, Verbrennungen, Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Schütteltrauma, …) - sogenannte Fallvignetten erarbeitet -, die das idealtypische diagnostische Vorgehen beschreiben. Jeder konkrete Behandlungsfall wurde im Rahmen der Evaluation daher mit der entsprechenden idealtypischen Fallvignette verglichen und hinsichtlich der Übereinstimmung des konkreten Vorgehens als Idealstandard bewertet.

1.2.2. Ziele der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die gesundheitsökonomische Evaluation fokussierte sich in den MeKidS.Praxen auf eine Erhebung der Kosten für die Abklärungsprozesse nach Einführung der MeKidS.best Standards. Für die MeKidS.units wurde eine Erhebung vor (= Baseline) und nach (= Erprobungsphase) Einführung der MeKidS.best Standards durchgeführt. Folgende Fragestellungen wurden dabei zugrunde gelegt:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Allgemeine Fragestellung:

- Was sind die Ressourcenverbräuche der MeKidS.units im Rahmen der Identifikation, Abklärung und Weiterleitung von Kinderschutzfällen in den Erhebungsphasen?
- Was sind die Ressourcenverbräuche der MeKidS.units im Rahmen der Identifikation, Abklärung und Weiterleitung von Kinderschutzfällen in den unterschiedlichen Kostenkomponenten in den Erhebungsphasen?
- Was sind die Ressourcenverbräuche der MeKidS.units im Rahmen der Identifikation, Abklärung und Weiterleitung von Kinderschutzfällen in den unterschiedlichen Fallvignetten in den Erhebungsphasen?

Forschungsfragen zur Kosten-Kosten-Analyse:

- Ergeben sich Veränderungen der durchschnittlichen Gesamtkosten zwischen der Baselinephase und der Erprobungsphase (bzw. Erprobungsphase 1 und 2)?
- Ergeben sich Veränderungen der durchschnittlichen Kosten in den einzelnen Komponenten zwischen der Baselinephase und der Erprobungsphase?

1.2.3. Ziel der Modellierung von Vergütungs- und Finanzierungsmodellen

Mit dem Ziel, die neue Versorgungsform MeKidS.best für die Überführung in die Regelversorgung vorzubereiten, wurden projektimmanent mögliche Vergütungs- und Finanzierungsszenarien für die verschiedenen Versorgungssettings ausgearbeitet. Da von den verschiedenen Szenarien differenzierte Anreizwirkungen ausgehen, deren Auswirkungen auf wirtschaftliche und medizinische Entscheidungen nicht zu unterschätzen sind, wurden diese kriteriengestützt bewertet. Grundlage für die Ausarbeitung insbesondere der Vergütungsmodelle stellten dafür die, im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation erhobenen, Zeitverbräuche dar.

1.2.4. Ziele der Routinedatenbetrachtung

Zusätzlich zur Versorgungsanalyse aus Leistungserbringerperspektive, die den Fokus auf Versorgungsabläufe und Ressourcenverbräuche in der fallbezogenen Kinderschutzarbeit legte, wurden im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation die Krankheitskosten von Kinderschutzfällen aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermittelt. Erfasst wurden ambulante und stationäre Leistungen sowie Leistungen im Bereich der Heilmittel.

Ziel der Analyse auf Basis der Routinedaten war es, zu ermitteln, wie sich die Häufigkeit von Kinderschutzfällen (ICD-10: T74) sowie die damit in Zusammenhang stehenden Kosten aus Perspektive der GKV entwickelt haben. Insbesondere wurde im zeitlichen Vergleich untersucht, inwieweit es zwischen dem Jahr 2019[1] (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. Zu betrachtende Forschungsfragen waren:

- Hat sich die Häufigkeit der ICD-10: T74-Kodierung bei Kindern/Jugendlichen, die in einer MeKidS.best Einrichtung versorgt wurden, verändert?
- Hat sich die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die in einer MeKidS.best Einrichtung versorgt wurden, im Jahr 2021 gegenüber 2019 verändert?

[1] In Abgrenzung zum Evaluationskonzept wurde hier das Jahr 2019 als Referenzjahr vor Einführung der MeKidS.best Standards herangezogen. Die Anpassung war aufgrund der kassenseitig beschränkten Möglichkeiten auf den Zugriff älterer Datenzeiträume notwendig.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Hat sich die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die in NICHT-MeKidS.best Einrichtung in Nordrhein-Westfalen versorgt wurden, im Jahr 2021 gegenüber 2019 verändert?
- Hat sich die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die in einer Einrichtung außerhalb von Nordrhein-Westfalen identifiziert wurden im Jahr 2021 gegenüber 2019 verändert?
- Ist die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2019 in einer MeKidS.best Einrichtung versorgt wurden, im Vergleich zu Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2019 in einer NICHT-MeKidS.best Einrichtung in Nordrhein-Westfalen versorgt wurden, unterschiedlich?
- Ist die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2021 in einer MeKidS.best Einrichtung versorgt wurden, im Vergleich zu Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2021 in einer NICHT-MeKidS.best Einrichtung in Nordrhein-Westfalen versorgt wurden, unterschiedlich?
- Ist die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2019 in einer MeKidS.best Einrichtung versorgt wurden, im Vergleich zu Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2019 in einer Einrichtung außerhalb von Nordrhein-Westfalen versorgt wurden, unterschiedlich?
- Ist die Anzahl der Leistungen und Leistungsausgaben im ambulanten, stationären sowie im Heilmittelbereich bei Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2021 in einer MeKidS.best Einrichtung versorgt wurden, im Vergleich zu Kindern/Jugendlichen mit einer Diagnose ICD-10: T74, die 2021 in einer Einrichtung außerhalb von Nordrhein-Westfalen versorgt wurden, unterschiedlich?

1.2.5. Teilprojekt MeKidS.support und Ziele der zugehörigen Evaluation

Im Rahmen des von MeKidS.best begleitenden Teilprojekts wurde den MeKidS.best-Einrichtungen unter dem Namen „MeKidS.support meets iGOBSIS“ (kurz: MeKidS.support) 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. Der explizite Nutzen des Tools bestand in der Möglichkeit, in Fällen der potentiellen Kindeswohlgefährdung eine detaillierte und auf solche Situationen spezialisierte Dokumentation von Verletzungen und anderen misshandlungs- bzw. vernachlässigungstypischen Befunden (z. B. unter der Zuhilfenahme von Körperschemata) zu erstellen.

Hierzu musste sich die behandelnde Person in ihren Account einloggen und die fallspezifischen Behandlungsinformationen angeben. Dabei konnte jeweils nur das ärztliche Fachpersonal selbst die von ihm erstellte Dokumentation bearbeiten bzw. abschließen. Eine Einsicht in andere Fälle, die nicht durch den eigenen Account angelegt wurden, war nicht möglich. Die Datenhaltung erfolgte von den Daten weiterer Accounts getrennt (Mandantentrennung). Nach Abschluss eines Falls hatte die behandelnde Person die Möglichkeit, die Behandlungsdokumentation in ihrem eigenen medizinischen Dokumentationssystem zu hinterlegen. Zusätzlich wurden nach Abschluss sämtliche personenbezogenen Daten des Falls aus der Anwendung gelöscht und standen nicht mehr zur Verfügung. Die nicht personenbezogenen Daten verblieben hingegen in der Anwendung, um bei etwaigen Folgedokumentationen als Erinnerungs- und Eingabehilfe zu dienen. Um auch im Vertretungsfall nahtlose Übergänge gewährleisten zu können, konnte auch anderes medizinisches Fachpersonal innerhalb derselben Organisation (z. B. einer

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kinderschutzgruppe) Folgedokumentationen zu bereits eingepflegten Daten eingeben. Ein Zugriff auf die Anwendung war nur nach vorhergehender Authentifizierung möglich. Bei Bedarf konnte das ärztliche Fachpersonal aus der Anwendung heraus ein Online-Konsil bei den Berater:innen des Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG) erbitten (vgl. Anlage 1, Übersicht über das Rechte- u. Rollenkonzept von MeKidS.support & Anlage 2, MeKidS.support-wiki).

MeKidS.support war somit eine webbasierte Anwendung zur Dokumentation von körperlicher und psychischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern/Jugendlichen sowie zur Stärkung der Handlungssicherheit der behandelnden Kinder- und Jugendärzt:innen im Umgang mit Kindeswohlgefährdung. Der Zugriff wurde über das ärztliche Personal in den MeKidS.Praxen und den MeKidS.units beantragt und den am Projekt teilnehmenden Institutionen zur Verfügung gestellt. Betreiber der Anwendung war das Universitätsklinikum Düsseldorf. Für die datenschutzrechtliche Legitimation der Einbindung des Betreibers mussten die MeKidS.Praxen sowie die MeKidS.units einen entsprechenden Vertrag schließen. Dieser Vertrag beinhaltete auch die Verpflichtung des Betreibers auf die Einhaltung relevanter berufsrechtlicher Regelungen (z. B. Verpflichtung des Betreibers auf die Verschwiegenheitspflichten des § 203 StGB).

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

MeKidS.support wurde als Teilprojekt hinsichtlich seines Unterstützungspotenzials für die Einrichtungen sowie bezüglich seiner Funktionalität separat evaluiert. Ziel der Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support war der Erkenntnisgewinn

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

Es wurde davon ausgegangen, dass eine positive Beurteilung dieser Aspekte durch die Anwender:innen mit dem 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 Projektakteur:innen hinaus zulässt.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

In die Evaluation von MeKidS.best wurden in den MeKidS.best Einrichtungen (MeKidS.units und MeKidS.Praxen) alle gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren eingeschlossen, bei denen im Rahmen einer Konsultation ein Hinweis auf Kindeswohlgefährdung identifiziert und ein Abklärungsprozess initiiert wurde.

2.1. Evaluationsdesign der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung)

Arbeitshypothesen

Die primäre Arbeitshypothese von MeKidS.best gemäß Evaluationskonzept lautete, dass es durch das Projekt, insbesondere durch die im Rahmen des Projektes initiierte einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit, zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität in Form eines leitliniengerechten Abklärungsprozesses kommt. Zudem wurde davon

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ausgegangen, dass durch diese Leitliniengerechtigkeit auch die Detektion von Kindswohlgefährdungen verbessert wird.

Ein primärer Bewertungsmaßstab war dabei eine Erhöhung der Detektionsrate der Verdachtsfälle, sowie die fachlich-inhaltliche ICD-10: T74-Kodierung[2] in den teilnehmenden Einrichtungen. Des Weiteren sollte eine Verbesserung in der leitliniengerechten Diagnostik erkennbar werden, gemessen an der Qualität der organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Prozesse im Rahmen der Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Vergleich zum „Goldstandard" der AWMF S3+ Kinderschutzleitline.

Zielparameter

Als erster primärer Endpunkt war die Verbesserung der leitliniengerechten Diagnostik (Qualität der diagnostischen Prozesse) als Grad der Übereinstimmung der Patientenversorgung mit der AWMF S3+ Kinderschutzleitline über den Projektzeitraum definiert. Zweiter primärer Endpunkt der Versorgungsforschung war die Rate der neu detektierten Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung (Inzidenzrate der MeKidS.best Fälle). Ziel war es, durch die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit eine Erhöhung in der Detektionsrate der Verdachtsfälle in den teilnehmenden Einrichtungen zu erreichen, gemessen als Anstieg der Inzidenzrate sowie der ICD-10-Kodierung der T74 in den teilnehmenden Einrichtungen über den Projektzeitraum.

Sekundäre Endpunkte der Versorgungsforschung waren die Inanspruchnahme der fallspezifischen Beratung durch Akteure aus der Jugendhilfe (prozess- und strukturoptimierte Zusammenarbeit) sowie die leitliniengerechte Beratung und Überleitung der Patient:innen der teilnehmenden medizinischen Einrichtungen an die Jugendämter.

Studiendesign

Aufgrund der Besonderheit der Versorgungssituation (Verdacht auf Kindeswohlgefährdung) wurden ausschließlich anonymisierte Daten retrospektiv erhoben und verarbeitet, so dass ein Einverständnis der Patient:innen bzw. deren gesetzlicher Vertreter nicht erforderlich war. Die betroffenen Kinder/Jugendlichen wurden nach den MeKidS.best Standards behandelt und unter Verwendung der im Rahmen der MeKidS.best Standards entwickelten Vorlagen, die auf die einzelnen Einrichtungen adaptiert wurden, dokumentiert. Im Rahmen der klinischen Evaluation des ersten primären Endpunkts wurde diese Patientendokumentation mit der an die AWMF S3+ Kinderschutzleitline angelehnten idealtypischen Fallvignette („Goldstandard") verglichen und der Grad der Übereinstimmung anonymisiert aus den Daten der Projektdatenbank berechnet. Der „Fall" wurde, sofern fachlich-inhaltlich angezeigt, mit der ICD-10: T74 verschlüsselt.

Die Evaluation von MeKidS.best gliederte sich in drei Evaluationszeiträume

- t1: Projektmonat 11-16 (Baseline-Erhebung, 07/2021 – 12/2021)
- t2: Projektmonat 17-28 (Erprobungsphase 1. Jahr, 01/2022 – 12/2022)
- t3: Projektmonat 29-40 (Erprobungsphase 2. Jahr, 01/2023 – 12/2023)

[2] https://www.icd-code.de/icd/code/T74.-.html

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und setzte sich aus mehreren Datenquellen und Bausteinen zusammen, die auf das von (Pfaff 2003) beschriebene Modell der Versorgungsforschung aufbauen und im Folgenden dargestellt und erläutert werden (Abb.1).

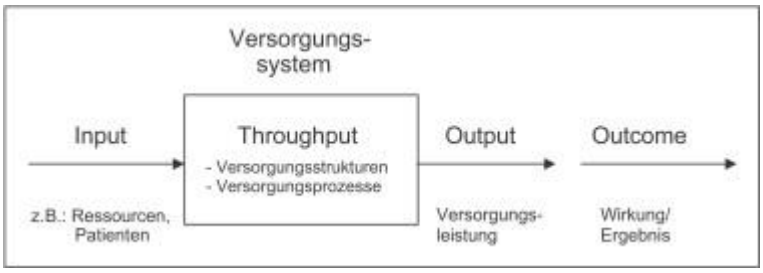


Abbildung 1: Modell der Versorgungsforschung nach Pfaff (2003)

Hier sollen vor allem die Fragen nach der Qualität der organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Strukturen und Prozesse (Struktur- und Prozessqualität) sowie nach der Wirkung bzw. dem Ergebnis in Bezug auf die primären und sekundären Zielparameter (Ergebnisqualität) betrachtet werden.

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.

Der Beobachtungszeitraum orientierte sich individuell an dem jeweiligen Fallabschluss. Dieser wurde durch die Einschätzung der Verantwortlichen in den MeKidS.best Einrichtung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses im Abklärungsprozess innerhalb der Einrichtung definiert. 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Operationalisierung

Basierend auf den in der AWMF S3+ Kinderschutzleitline empfohlenen Standards in Bezug auf die Versorgungsstrukturen und -prozesse wurden von einem Team aus Pädiater:innen, Psycholog:innen, Statistiker:innen und Informatiker:innen Items mit dem Ziel generiert, Struktur-,Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Ressourcenverbräuche (siehe Punkt 2.2) der neuen Versorgungsform umfassend abzubilden. Die Items wurden dabei so konzipiert, dass sie aus den abgeschlossenen Fallakten der teilnehmenden MeKidS.Praxen und MeKidS.units retrospektiv und anonymisiert zu dokumentieren waren. In mehreren Vortests wurden die Items hinsichtlich ihrer diesbezüglichen Eignung untersucht und optimiert. Neben dichotomen Items (Beispiel: „Bildgebung durchgeführt ja/nein“) wurden auch mehrwertige (Beispiel: „Bildgebung durchgeführt durch Sonographie, Röntgen, oder MRT“) sowie ordinalskalierte (Beispiel: „Aufenthaltsdauer: 1-2 Tage; 3-5 Tage, > 5 Tage“) Items verwendet.

Da die Daten den Versorgungsprozess abbilden sollten, ergaben sich an vielen Stellen konditionale Verzweigungen (Beispiel „Falls Hinweise auf Schädel-Hirntrauma: Bildgebung erfolgt? Falls Bildgebung erfolgt: Sonographie, MRT, oder beides?“). Um diese konditionalen Strukturen adäquat abbilden zu können, wurden die Items in das Umfragetool „LimeSurvey“ übertragen. Das Umfragetool LimeSurvey wurde dabei vor dem Hintergrund der Datensicherheit passwortgeschützt auf den Servern der Universität Witten/Herdecke gespeichert und Daten nicht an andere Server übertragen.

Die Itembatterie zur Strukturqualität (vgl. Anlage 3, Itembatterie zur Strukturqualität) wurde von den beteiligten MeKidS.units (N=9) und MeKidS.Praxen (N=15) einmal pro Jahr beantwortet, so dass für den Projektzeitraum insgesamt drei Erhebungen (vor dem Start der Erprobungsphase, Mitte der Erprobungsphase, Ende der Erprobungsphase) stattfanden.

Die Erhebung der Inzidenzraten (Ergebnisqualität) geschah quartalsweise in der Baselinephase sowie im Erprobungszeitraum ebenfalls durch die beteiligten MeKidS.units (N=9) und die MeKidS.Praxen (N=15), die jeden auftretenden MeKidS.best-Fall in eine dafür programmierte Datenmaske mit seinen Basisdaten in Limesurvey eingaben aufgeführt (vgl. Anlage 4, Datenabfragen zur Ergebnisqualität). Gezählt wurden jeweils die neu aufgetretenen MeKidS.best Fälle innerhalb eines Quartals.

Die Erhebung der fallbezogenen Prozessqualität erfolgte als retrospektive Übertragung von Informationen aus der einrichtungsinternen Patientenakte in den entsprechenden Limesurveyfragebogen (vgl. Anlage 5: Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation) über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg. Die Dokumentation in Limesurvey konnte immer dann vorgenommen werden, sobald ein MeKidS.best-Fall der Definition nach als abgeschlossen bewertet wurde. Dabei konnten die Beobachtungszeiträume der einzelnen MeKidS.best Fälle der Definition nach unterschiedlich lang ausfallen.
Aus diesen drei unterschiedlichen Erhebungen ergab sich somit das in Abb. 2 dargestellte Ablaufschema der klinischen Evaluation.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

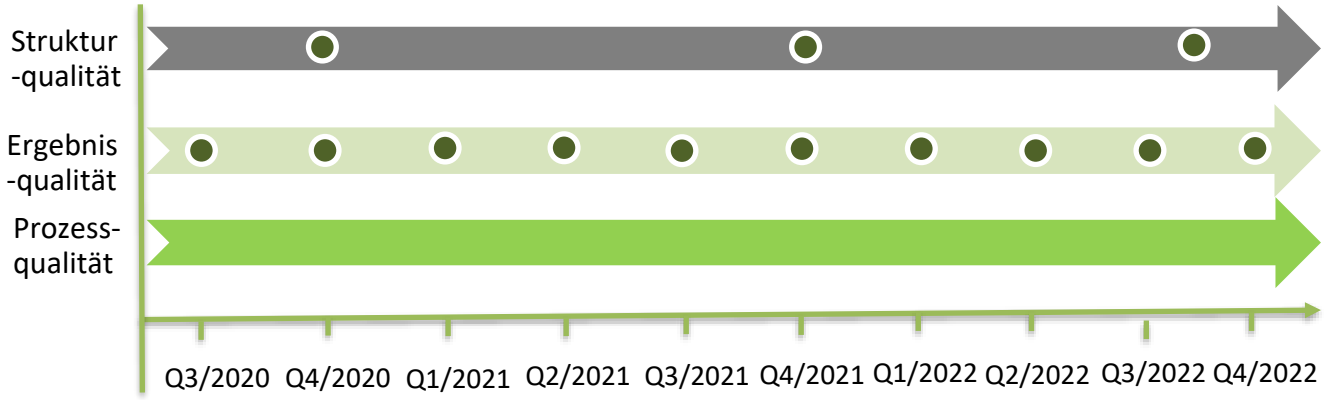


Abbildung 2: Ablaufschema der Evaluation

Im Folgenden wird die Operationalisierung näher beschrieben.

Strukturqualität

Die Strukturqualität wird 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 AWMF S3+ Kinderschutzleitline),
- bauliche Voraussetzungen zur Durchführung des medizinischen Kinderschutzes (siehe auch unter 7.3.4 der AWMF S3+ Kinderschutzleitline),
- Qualifikationsmaßnahmen der Mitarbeitenden (siehe auch unter 7.3.4 der AWMF S3+ Kinderschutzleitline),
- Kommunikation mit internen und externen Ansprechpersonen,
- Vorgehensweise in der Dokumentation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung,
- Zufriedenheit der Mitarbeitenden der MeKidS.best Einrichtungen mit den Zusammenarbeitsstrukturen mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Jugendämtern.

Während die Zufriedenheiten auf einer visuellen Analogskala von „0 = überhaupt nicht zufrieden“ bis „100= absolut zufrieden“ erfasst wurden, wurden Häufigkeitsabfragen auf einer 4-Punkt Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten nie (=0), selten (=1), oft (=2) und immer (=3) kodiert.

Ergebnisqualität

Zu allen drei Erhebungszeiträumen (T1-T3) wurden die Inzidenzraten der Verdachtsfälle (d.h. die relative Häufigkeit der neu aufgetretenen Kinderschutzfälle) der MeKidS.units und MeKidS.Praxen mit zugehörigen Konfidenzintervallen berechnet. Diese Fälle wurden dann zusätzlich noch einmal in Bezug auf die ICD-10-Kodierungs mit der T74 als auch entlang der hier dargestellten Kategorisierung aufgeschlüsselt. Für beide Parameter wurden die beiden Erprobungsjahre mit den Daten aus der Baseline vor der Erprobungsphase verglichen. Zusätzlich wurde für die Inzidenzraten der Verdachtsfälle eine quartalsweise Betrachtung in der Erprobungsphase durchgeführt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Prozessqualität

Zur Erfassung der Prozessqualität wurden in MeKidS.best entwickelte spezifische Fallvignetten eingesetzt. Diese wurden in der ersten Projektphase (Monat 0-6) orientiert an den für die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie von den Fachgesellschaften eingereichten Fallvignetten nach den Besonderheiten und Zuständigkeiten der MeKidS.units und MeKidS.Praxen modifiziert erarbeitet. Die MeKidS.best Fallvignetten berücksichtigen die am häufigsten vorkommenden Szenarien des medizinischen Kinderschutzes aus den Bereichen:

- Misshandlungsverdächtige Hämatome
- Misshandlungsverdächtige Frakturen
- Nicht-akzidentielles Schädel-Hirn-Trauma
- Sexueller Missbrauch
- Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen
- Misshandlungsverdächtige thermische Verletzung
- Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/ emotionale Misshandlung.

Aus den Fallvignetten wurden idealtypische Verfahrensabläufe und Behandlungspfade für die einzelnen MeKidS.units und MeKidS.Praxen erstellt, die den Vorgaben der AWMF S3+ Kinderschutzleitline („Goldstandard“) entsprechen. Diese Vorgehensweise stellte sicher, dass einerseits alle evidenzbasierten Handlungsempfehlungen der AMWF S3+ Kinderschutzleitlinie umgesetzt und dass andererseits hierbei die strukturellen Besonderheiten der einzelnen MeKidS.units bzw. MeKidS.Praxen berücksichtigt werden.

Für die Erhebung der Prozessqualität durch die MeKidS.best Einrichtungen wurden den MeKidS.units und MeKidS.Praxen Fragebögen (vgl. Anlage 5, Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation) zur Verfügung gestellt, die auf den zuvor erstellten idealtypischen Fallvignetten basierten. 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 6 sind die jeweiligen Scoringalgorithmen detailliert aufgeführt (vgl. Anlage 6, 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

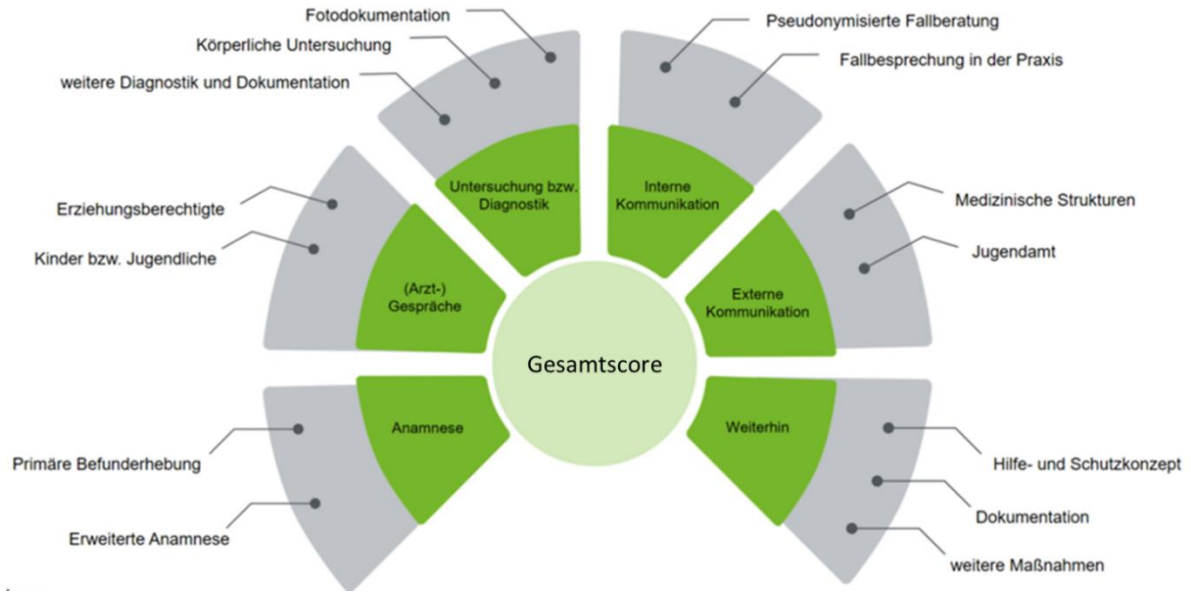


Abbildung 3: Einzelaspekte des Gesamtscores in den MeKidS. Praxen

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

Die acht allgemeinen Dimensionen umfassten Versorgungsvorgänge, die bei jedem Kinderschutzfall nach der AWMF S3+ Kinderschutzleitline erbracht werden sollten, wie etwa die fallspezifische und allgemeinpädiatrische Anamnese, Sozialanamnese, den körperlichen Untersuchungsbefund, ggf. Spurensicherung, ggf. mit Fotodokumentation, Labor- oder Konsildaten, interdisziplinäre und multiprofessionelle Fallbesprechungen, Patienten:innen- und Familiengespräche, ggf. Kontaktaufnahme mit den Behörden, sowie die Erstellung von Dokumentationen wie eines Fallberichtes. Weiter wurden je Versorgungsfall Daten zu zwei fallvignettenspezifischen Dimensionen erhoben, da abhängig von der Art der vermuteten Kindeswohlgefährdung spezifische Versorgungsvorgänge von Relevanz waren, etwa eine kinder- und jugendgynäkologische Untersuchung im Falle vermuteter sexueller Misshandlung oder zerebrale Bildgebung bei Verdacht auf Schütteltrauma. Abb. 4 fasst dieses Scoring noch einmal grafisch zusammen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

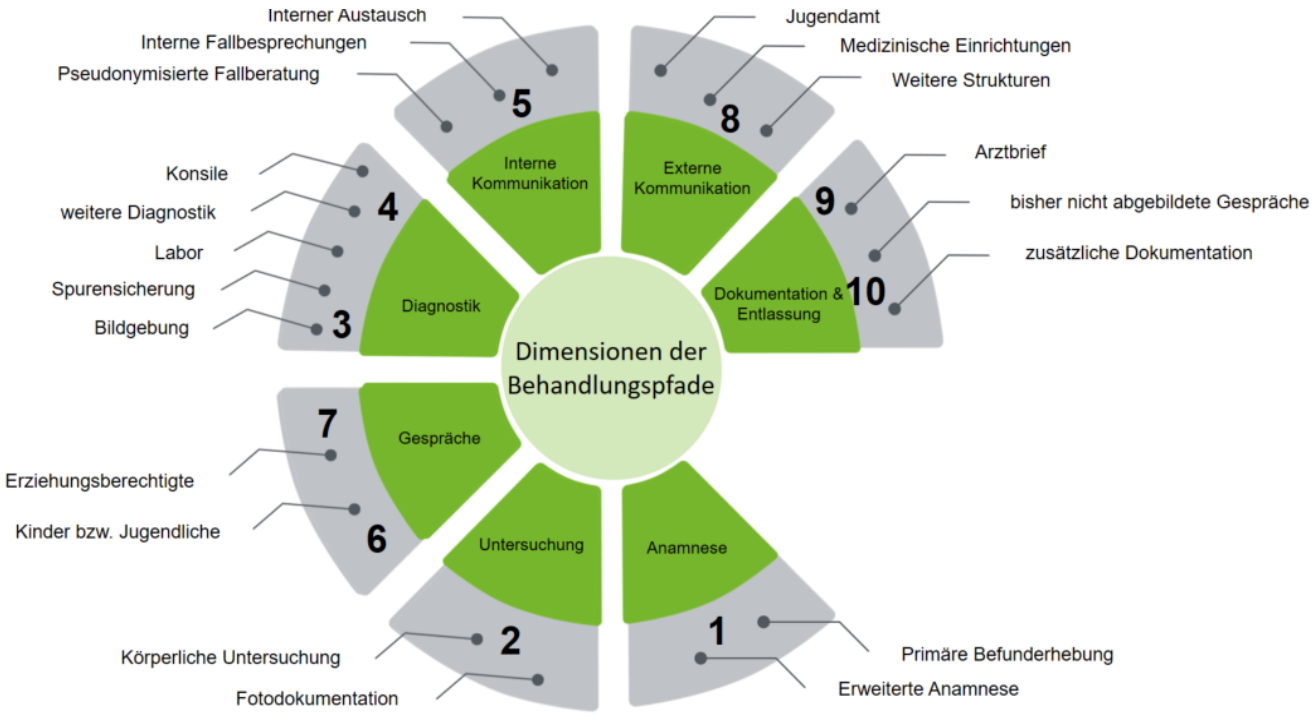


Abbildung 4: Dimensionen der Behandlungspfade in den MeKidS.units

Pro Dimension konnte eine Höchstpunktzahl von 2 Punkten erreicht werden, so dass sich wiederum ein Gesamtscore von maximal 20 Punkten je Versorgungsfall ergab.

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 (siehe Abschnitt 2.2.1)

Statistische Analysen

Deskriptive Analysen wurden für Häufigkeiten durch Prozentwerte und für likertskalierte und metrische Items durch Mittelwerte mit Standardabweichungen (MW±St.Abw) bzw. 95% Konfidenzintervallen [Untere Grenze; Obere Grenze] beschrieben.

Inferentielle Untersuchungen zur Detektion von Unterschieden wurden in allen Fällen mit einem Signifikanzniveau von α= 5% durchgeführt. Für Häufigkeiten wurde dazu auf den Binomialtest zurückgegriffen. Für metrische und likertskalierte Items wurden dazu für

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

quartalsweise Vergleiche Varianzanalysen für Messwiederholungen oder für den Fall von Vergleichen von zwei Messzeitpunkten t-Test für verbundene Stichproben durchgeführt. Während die quartalsweise Betrachtung vor allem für die Scorewerte von Bedeutung war, wurde die Betrachtung von zwei Messzeitpunkten für den Bereich der Strukturqualität zum Vergleich der jährlichen Veränderungen durchgeführt. Aufgrund der geringen Fallzahl in der Strukturqualität sind die Ergebnisse des t-Tests dabei als Effektmaße einer Änderung zu interpretieren.

Ergänzend zu den inferentiellen Verfahren wurde für die Analyse der zeitlichen Dynamik der Prozessqualität ein einfaches lineares Regressionsmodell an die Scorewerte angelegt, dass als unabhängige Variable das Quartal enthielt und mit 95% Konfidenzintervallen zur Vorhersage der Populationsmittelwerte gegen Null abgesichert wurde.

Neben Kreuztabulationen wurden als grafische Darstellungen Balken- oder Spinnennetzgrafiken verwandt. Für die gemeinsame Darstellung des zeitlichen Verlaufs und der Wahrscheinlichkeitsverteilung wurde für die Scorewerte der Prozessqualität auf sogenannten Violin-Plots zurückgegriffen, die für jeden Messzeitpunkt die Wahrscheinlichkeitsdichtefunktion graphisch darstellt. Für die Ergebnisdarstellung der Regressionsanalyse wurde in eine Darstellung der Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle über die Quartale die Regressionsgerade eingezeichnet.

Datenschutz

Für die verschiedenen Teilbereiche der klinischen Evaluation ergeben sich die folgenden datenschutzbezogenen Besonderheiten:

Strukturqualität: Für die Datenerhebung zur Strukturqualität ergibt sich keine Notwendigkeit einer Prüfung der Rechtmäßigkeit für die Datenverarbeitung oder -übermittlung im Sinne des Datenschutzes, da in diesem Rahmen keine personenbezogenen Daten verarbeitet wurden bzw. es sich nur um solche Angaben handelte, die durch die gesetzliche Qualitätsberichterstattung öffentlich zugänglich sind.

Ergebnisqualität: Für die Auswertung der Inzidenzraten sowie der Kodierung als ICD-10: T74 ergibt sich ebenfalls keine Notwendigkeit einer Prüfung der Rechtmäßigkeit für die Datenverarbeitung oder -übermittlung im Sinne des Datenschutzes, da in diesem Rahmen ausschließlich Häufigkeiten ohne personenbezogene Daten verarbeitet wurden.

Prozessqualität: Für die Evaluation der Prozessqualität wurden für die Berechnung der Scorewerte fallbezogene Daten mit personenidentifizierbaren Merkmalen (Altersgruppe, Geschlecht, Art der Kindeswohlgefährdung) herangezogen. Eine datenschutzkonforme Einwilligung für diese Auswertung erfordert vorab immer eine transparente Information über die Zwecke der Datenverarbeitung und muss stets freiwillig sein. Es ist jedoch anzunehmen, dass gerade im Kontext des potenziellen Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung viele Personensorgeberechtigte keine solche Einwilligung zur Evaluation erteilen würden. Aus diesem Grunde sah die Konzeption des Projektes vor, dass für die Verarbeitung der Daten im Rahmen der fallbezogenen Evaluation keine Einwilligung eingeholt werden sollte, sondern ausschließlich anonymisierte retrospektiv aus den Akten extrahierte Routinedaten der medizinischen Behandlung genutzt wurden.

Durch die anonymisierte Extrahierung von fallbezogenen retrospektiv vorliegenden Daten aus den Patientenakten durch Mitarbeitende der MeKidS.units und MeKidS.Praxen in digitale Erfassungsbögen wurde sichergestellt, dass einerseits jeder individuelle Abklärungsfall systematisch erfasst und mit dem Standard der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie vergleichbar wurde, und dabei andererseits die Anonymität der Patient:innen gewahrt blieb.

Die übermittelten Daten wurden mittels eines Auswertungsskriptes automatisiert ausgewertet. Mit diesem Skript wurde neben der Scorewertberechnung geprüft, dass für die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

erhobenen Daten die Anonymität gewährleistet ist. Die Daten wurden als anonym gewertet, wenn für personenidentifizierende Merkmale (Alter, Geschlecht, Form der potentiellen Kindeswohlgefährdung) jeweils mindestens acht gleichartige Merkmalskombinationen (k=8) je Fragestellung der Evaluation vorlagen. Wurden Verletzungen der k=8 Regel detektiert, so wurden die entsprechenden Merkmalsausprägungen aus dem Datensatz entfernt. Gleichzeitig wurde geprüft, ob durch die Entfernung der Merkmale eine Re-Identifizierung möglich ist. Die Analyse wurde mittels des R-Moduls „sdcMicro“ (Templ et al. 2015) durchgeführt.

Die datenschutzbezogene Vorgehensweise wurde in einem separaten Datenschutzkonzept ausführlich dargestellt (vgl. Anlage 7, Datenschutzkonzept MeKidS.best Evaluation).

Studienteilnehmer:innen

Teilnehmer:innen waren alle Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre), die in den teilnehmenden Einrichtungen während des Projektzeitraums aufgrund von Hinweisen auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung vorstellig wurden und bei denen ein Abklärungsprozess eingeleitet wurde.

Fallzahlkalkulation

In den 12 teilnehmenden **MeKidS.Praxen** der Baselinephase lag die Anzahl der abgeschlossenen MeKidS.best-Fälle bei n=94, bei einer Gesamt-Patientenfallzahl von 54.420 abgerechneten Fällen, was einem Anteil (Inzidenzrate) von 0,17% entspricht. Es ergibt sich damit eine aus der Baseline geschätzte Gesamtpatientenfallzahl von 136.050 Fällen in 15 Praxen pro Jahr. Die Basis der Powerkalkulation bildet eine angenommene Steigerung der Inzidenzrate um 25 Prozent von 0,17% auf 0,215 % im ersten Jahr, bzw. einer Steigerung um 50 Prozentpunkte auf 0,26 % im zweiten Jahr.

Unter einem Fehler erster Art von α=1% (z1-α/2=2,58) und der oben veranschlagten Veränderung der Inzidenzrate von p0=0,17% auf p=0,215% gemäß der in Shao, Wang und Chow (2008, S. 85) gegebenen Formel

$$1-\beta=\phi\left(\frac{p-p_0}{\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}}-z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)+\phi\left(-\frac{p-p_0}{\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}}-z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)$$

liegt die Power (1-β) bei 94,7% für eine Erhöhung auf 0,215% und bei 99,9% für eine Erhöhung auf 0,26%.

Unter der Annahme konstanter Gesamtpatientenfallzahlen über den gesamten Projektverlauf liegen die dafür notwendigen Fallzahlen dementsprechend bei 293 MeKidS.best Fällen (0,215% der Gesamtpatientenfallzahl) im ersten Projektjahr bzw. 354 MeKidS.best Fällen (0,26%) im 2. Projektjahr, was zu einer Gesamtzahl von 647 MeKidS.best Fällen bei 15 teilnehmenden Praxen führt. Bei einem Fehlerniveau erster Art von α=0.05 wird damit eine Power von 94.78% erreicht. Auch bei einem Fehlerniveau erster Art von α=0.01 wird immer noch eine Power von 84.32% erreicht, was den üblichen Gütekriterien für epidemiologische Studien entspricht.

Unter der Annahme einer geringen Veränderung der Prozessqualität (Cohen’s d=0.3 bzw. 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, ergibt sich auch für den zweiten primären Endpunkt eine Power 1- β von 81%, so dass eine entsprechende Veränderung im zeitlichen Verlauf bei einer notwendigen Power von 80% als signifikant unterschiedlich detektiert werden kann.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die angenommene Fallzahl für den primären Endpunkt der Inzidenzrate der **MeKidS.units** wurde ebenfalls auf Basis der in der Baseline erhobenen und auf den Zeitraum von 12 Monaten hochgerechneten MeKidS.best-Fälle in den teilnehmenden Kinder- und Jugendkliniken (n=1.730) in Relation zur Gesamt-Patientenfallzahl der Kliniken (193.332 Fälle) kalkuliert. Auf Basis eines durchschnittlichen Anteils an Kinderschutzfällen von 0.89% und einer Steigerung auf p1 = 1,00% nach dem ersten Jahr und p2 = 1,05% nach dem zweiten Jahr und einem Fehler erster Art von $\alpha = 1\%$ ($z1-\alpha/2 = 2,58$) ergibt sich aus der obigen Formel eine Power von $1-\beta = 98,8\%$ bzw. 99,9%.

Alle Berechnungen basierten auf der Annahme, dass im Projektzeitraum die jährliche Gesamt-Patientenfallzahl in allen teilnehmenden Einrichtungen praktisch gleichbliebe, wie dies in den Jahren vor der Coronapandemie stets gegeben war.

2.2. Evaluationsdesign der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die gesundheitsökonomische Evaluation wurde unter den Aspekten der fallbezogenen Ressourcenverbräuche, und der fallbezogenen Kosten sowie der Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards vorgenommen. Die Aspekte wurden dabei mit unterschiedlichen Instrumenten erhoben und bearbeitet.

2.2.1. Fallbezogenen Ressourcenverbräuche und fallbezogene Kosten

Studiendesign und methodisches Vorgehen

Für die Ermittlung der fallbezogenen Ressourcenverbräuche wurden die damit verbundenen Kosten im Rahmen der leitliniengerechten Identifikation, Abklärung, Behandlung und Weiterleitung von Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung erfasst. Dabei sollte festgehalten werden, welche zusätzlichen Ressourcenverbräuche sich nach der Einführung der MeKidS.best Standards im Rahmen der Abklärungsprozesse ergaben. Die Erhebung der Ressourcenverbräuche erfolgte retrospektiv, auf Basis der Informationen, die in der Patientenakte (Anlage 5, Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation) dokumentiert wurden als Bottom-up-Ansatz.

Die Evaluation wurde in den **MeKidS.units** im Sinne einer Vollerhebung im Prä-Post-Vergleich Baseline: Juli 2020 bis Dezember 2020; Erprobungsphase: Januar 2021 bis Dezember 2022] durchgeführt. Die Phase vor der Implementierung der MeKidS.best Standards (=BL) diente dabei als Kontrollzeitraum. Die Erprobungsphase wurde in Erprobungsphase 1 (01.01.2021 – 31.12.2021) und Erprobungsphase 2 (01.01.2022 – 31.12.2022) unterteilt und bezog sich auf das 1. bzw. 2. Jahr der Erhebungsphase (siehe Abschnitt 2.1).

In den **MeKidS.Praxen** wurden die Ressourcenverbräuche von Fällen ermittelt, die in der Erprobungsphase in den beteiligten Praxen (n=15) vorstellig waren. Ziel war die Ermittlung der durchschnittlichen Ressourcenverbräuche pro Fall. Die Fragestellung lautete:

Datenerhebung

Die gesundheitsökonomische Evaluation der Abklärungsprozesse bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wurde in Kombination mit der Erhebung der Prozessqualität durchgeführt. Die Erhebung erfolgte dabei ebenfalls über die vignettenbasierten Fragebögen (siehe Abschnitt 2.1), die für Qualifizierung der Ressourcenverbräuche in der Erprobungsphase um die Angabe von Zeitverbräuchen ergänzt wurden. (vgl. Anlage 5, Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation)

Die Erhebungsinstrumente der Gesundheitsökonomie wurden auf Grundlage etablierter Kriterien zur fallbezogenen Erfassung von Ressourcenverbräuchen (durchgeführte Maßnahmen und Zeitverbräuche der beteiligten Professionen) entwickelt. Die fallbezogene

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Evaluation bezog sich immer auf den gesamten Abklärungsprozess innerhalb der befragten MeKidS.best Einrichtung, d.h. auf alle Vorstellungen/Kontakte zwischen Prozessinitiierung und Fallabschluss. In diesem Rahmen wurden auch alle Kontakte der Einrichtungen zu Dritten bei der Beantwortung der Fragen berücksichtigt. Maßnahmen, die nicht im Rahmen des Abklärungsprozesses einzuordnen waren, sollten nicht angegeben werden. Leistungen im Rahmen des Abklärungsprozesses konnten zum Teil auch Leistungen der Regelversorgung sein und wurden bei den erfragten Maßnahmen ebenfalls angegeben. Für jeden Fall wurde erfragt, welcher Fallvignette dieser am ehesten zuzuordnen sei (siehe Abschnitt 2.1.).

Für die Entwicklung des Instruments zur Erhebung der fallbezogenen Ressourcenverbräuche für die **MeKidS.units** erfolgten in zwei MeKidS.units Leitfadeninterviews zu Zeitverbräuchen hinsichtlich einzelner Maßnahmen im Kontext eines Abklärungsprozesses mit dem ärztlichen sowie psychologischen Dienst und dem Sozialdienst. Auf dieser Basis erfolgte eine schriftliche Abfrage in allen beteiligten MeKidS.units zu den Zeitverbräuchen für einzelne Maßnahmen; inklusive der Abfrage minimaler und maximaler Zeitangaben. Hierbei wurden Zeitverbräuche aus Sicht des ärztlichen sowie psychologischen Dienstes, der Pflegenden und des Sozialdienstes erfragt. Aus den ermittelten Zeitverbräuchen der einzelnen MeKidS.units wurden Durchschnittswerte berechnet, die für die Baseline als Grundlage der Berechnung dienten. Aufgrund von datenschutzrechtlichen Vorgaben wurden die Zeitverbräuche in der Erprobungsphase kategorisiert abgefragt („von … bis“ bzw. „weniger oder mehr als …“). So gab es in der Regel 4 bis 5 vorgegebene berufsgruppenspezifische Zeitkategorien in Abständen von 10 bis 20 Minuten. Zudem gab es die Möglichkeit „Zeitangabe nicht dokumentiert“ zu wählen. Die Kategorien wurden auf Basis der geschilderten schriftlichen Abfrage in den MeKidS.units gebildet.

Im Rahmen der fallbezogenen Dokumentation wurde angegeben, ob die Fälle stationär versorgt wurden. Bei stationär versorgten Fällen sollte eine etwaig stattgefundene prä-/teil- oder poststationäre Versorgung mitberücksichtigt werden. Für ambulant versorgte Fälle wurde zudem erfragt, ob es im Verlauf des Falls Leistungen gab, die über das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) erbracht wurden. Für die Abfrage der einzelnen Maßnahmen wurden Antwortkategorien mit den möglichen beteiligten Berufsgruppen vorgelegt.

Im Gegensatz zu den MeKidS.units wurde in den **MeKidS.Praxen** eine retrospektive Erhebung der Ressourcenverbräuche lediglich nach Einführung der MeKidS.best Standards (d.h. während der Erprobungsphase) durchgeführt. Hierzu erfolgte ebenfalls die Erfassung aller durchgeführten Maßnahmen in der Versorgung von Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung, inkl. Erhebung der Zeitverbräuche, anhand der praxisinternen Dokumentation durch die teilnehmenden Praxen. Hierzu dokumentierten die teilnehmenden Praxen ihre seit Beginn der Erprobungsphase gekennzeichneten Fälle anhand der Eintragungen in den Patientenakten. Bereits mit Beginn der Erprobungsphase, waren die MeKidS.Praxen darüber informiert worden, welche Angaben für die fallbezogene Evaluation erforderlich werden würden, sodass diese Informationen zeitnah festgehalten werden konnten. Die Datenerhebung in allen Einrichtungen erfolgte anonym, sobald ein Fall als abgeschlossen definiert wurde.

Das standardisierte Erhebungsinstrument für die MeKidS.Praxen wurde in Rücksprache mit der Arbeitsgruppe Praxen (AG Praxen) des Projektes MeKidS.best für die Erhebung in den Praxen angepasst. Dabei sollten lediglich Leistungen erfasst werden, die nicht bereits über die Regelversorgung abgedeckt sind. Die erhobenen Maßnahmen lassen sich in die Dimensionen *Anamnese, (Ärzt:innen-)Gespräche, Untersuchung/Diagnostik, interne/externe Kommunikation und Weiteres* einteilen. Zudem wurden mit der fallbezogenen Evaluation für alle Maßnahmen, die nach Aussage von Expert:innen aus der AG Praxen, nicht ausschließlich durch Kinder- und Jugendmediziner:innen (KJM) erbracht werden, erhoben, welche Berufsgruppen (KJM, Medizinische Fachangestellte [MFA] oder anderes Praxispersonal) beteiligt waren.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Da der zeitliche Aufwand der Praxen für die Dokumentation der Ressourcenverbräuche nicht über MeKidS.best vergütet wurde, musste der Erhebungsbogen gegenüber der Version der MeKidS.units erheblich gekürzt werden. Dazu wurde insbesondere die Erfassung der fallbezogenen zeitlichen Dauer (Erfassung der Zeiten) der einzelnen Maßnahmen lediglich auf wenige kinderschutzspezifische Maßnahmen beschränkt).

Für die Abfrage wurden für die kinderschutzspezifischen Maßnahmen, die im Rahmen der fallbezogenen Evaluation erhoben werden sollten, aus Datenschutzgründen Antwortkategorien mit Zeitspannen vorgegeben. Diese Antwortkategorien wurden im Vorfeld gemeinsam mit Expert:innen aus der AG Praxen abgestimmt.

Da der Erhebungsbogen für die Evaluation in den Praxen kurzgehalten werden musste, konnten die Zeiten, die im Rahmen der *(Ärzt:innen-)Gespräche* bestimmter diagnostischer Maßnahmen zusätzlich entstehen, nicht erfasst werden. Daher erfolgte im September 2023 eine strukturierte schriftliche Nachbefragung in sieben Praxen. Hier wurden sieben der am Projekt beteiligten Praxen gebeten, die durchschnittliche Dauer der zusätzlichen Zeitaufwände für (Ärzt:innen-)Gespräche, körperliche Untersuchungen, weitere Untersuchungen/Entwicklungsuntersuchungen sowie Fotodokumentationen im Rahmen des Abklärungsprozesses zu schätzen. Die Angaben der befragten Praxen zur Dauer wurden anschließend gemittelt und für die Erfassung der Zeitverbräuche im Rahmen der fallbezogenen Evaluation hinzugefügt, sofern im jeweiligen Fall angegeben wurde, dass die Leistung erbracht worden war.

Die Datenerhebung in allen Einrichtungen erfolgte anonym, sobald ein Fall innerhalb des jeweiligen Erhebungszeitraums als abgeschlossen definiert wurde. Aus Datenschutzgründen konnten für die gesundheitsökonomische Evaluation ausschließlich Fälle eingeschlossen werden, für die zu den Variablen Alter, Geschlecht und Fallvignette, mindestens acht weitere Fälle vorlagen.

Bewertung der fallbezogenen Ressourcenverbräuche

Die Bewertung der Ressourcenverbräuche in den **MeKidS.units** erfolgte nach etablierten Empfehlungen für standardisierte Bewertungssätze. Als Basisjahr für die gesamte Erhebung wurde das Jahr 2020 gewählt, in dem die Erhebung in der Baseline durchgeführt wurde. Die Kosten werden in € dargestellt. Um eine monetäre Bewertung der erhobenen Zeitverbräuche je Leistung aus Sicht der Leistungserbringenden vornehmen zu können, wurden Bruttominutenverdienste (= Arbeitgeberbrutto) je beteiligter Berufsgruppe ermittelt. Dazu wurde eine strukturierte Recherche der Preise sowie der Verdienststruktur der beteiligten Akteur:innen und eine Bewertung der Ressourcenverbräuche anhand des Arbeitskostenindex (Destatis. 2023) und der Verdienststrukturerhebung (Destatis. 2020) vorgenommen.

Ein Abgleich der verschiedenen Tarifverträge mit den im Rahmen der Verdienststrukturerhebung identifizierten Bruttominutenverdienste des ärztlichen Personals deutete darauf hin, dass die Verdienststrukturerhebung keine Zulagen (etwa zusätzliche Verdienste aufgrund von Bereitschafts-, Nacht- oder Wochenenddiensten) berücksichtigt, diese allerdings einen relevanten Teil des Einkommens des ärztlichen Personals ausmachen. Ähnliches gilt auch für das pflegerische Personal. Damit bestand die Gefahr, dass auf Basis der Verdienststrukturerhebung, die Arbeitskosten des ärztlichen und möglicherweise auch des pflegerischen Personals unterschätzt werden könnten. Daher wurde eine theoretische Ermittlung der Arbeitskosten des ärztlichen Personals basierend auf den bestehenden Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes sowie einer Befragung der Arbeitszeiten von ärztlichem Personal im Krankenhaus vorgenommen (Marburger Bund 2022).

Dazu wurde das Bruttojahresgehalt von Oberärzt:innen (Entgeltstufe 2) und Fachärzt:innen (Entgeltstufe 4) für das Jahr 2020 auf Basis des TVöD ermittelt; sowohl für Unikliniken als auch

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

für kommunale Kliniken. Ausgehend von diesen vier Bruttojahresgehältern wurde eine Mischkalkulation erstellt, in der alle vier Gruppen gleichberechtigt berücksichtigt wurden.

Auf das ermittelte Bruttojahresgehalt wurden 20,5% für Sozialleistungen der Arbeitgeber:innen aufgeschlagen (= Arbeitgeberbrutto) (Schwendler, M., & Flessa, S. 2019). Die Regelarbeitszeit entspricht 40 Stunden (kommunale Kliniken) bzw. 42 Stunden (Uniklinik) bei annahmebasierten 30 Tagen Urlaub. Basierend auf dem Umfrageergebnis von MB-Monitor wurde eine durchschnittliche tatsächliche Arbeitszeit im stationären Bereich für das ärztliche Personal von 52,2 Stunden angenommen (inkl. Überstunden und Dienste) (Marburger Bund 2022). Für kommunale Kliniken bedeutet dies Mehrarbeitsstunden von 12,2 Stunden. Da die Erhebung des MB-Monitor mehr Befragte aus dem kommunalen Bereich hatte, wurden die Mehrarbeitsstunden von 12,2 Stunden auf die Unikliniken übertragen. Der Bruttominutenverdienst setzt sich daher aus der monetären Bewertung der Regelarbeitszeit und der monetären Bewertung der Mehrarbeitszeit (Differenz zwischen tatsächlich geleisteter Arbeitszeit und Regelarbeitszeit) zusammen.

Auf Basis des Jahresbruttogehalts (= Arbeitgeberbrutto) wurde der Regelbruttominutenverdienst berechnet. Dabei wurden 222 Arbeitstage zugrunde gelegt (ausgehend von 262 Arbeitstagen im Jahr 2020, wurden 10 Feiertage und 30 Urlaubstage abgezogen). Obwohl Feiertage in der Realität Arbeitstage sein können, werden diese zur Berechnung der Regelarbeitszeit abgezogen. Wochenenden wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Arbeitszeit an Feiertagen oder Wochenenden wurde dann bei der monetären Bewertung der Mehrarbeitsstunden berücksichtigt. Durchschnittliche Krankheitstage wurden nicht abgezogen, da die durchschnittlichen Krankheitstage über alle Arbeitnehmende sich möglicherweise nicht auf die spezielle Gruppe der Ärzt:innen übertragen lässt.

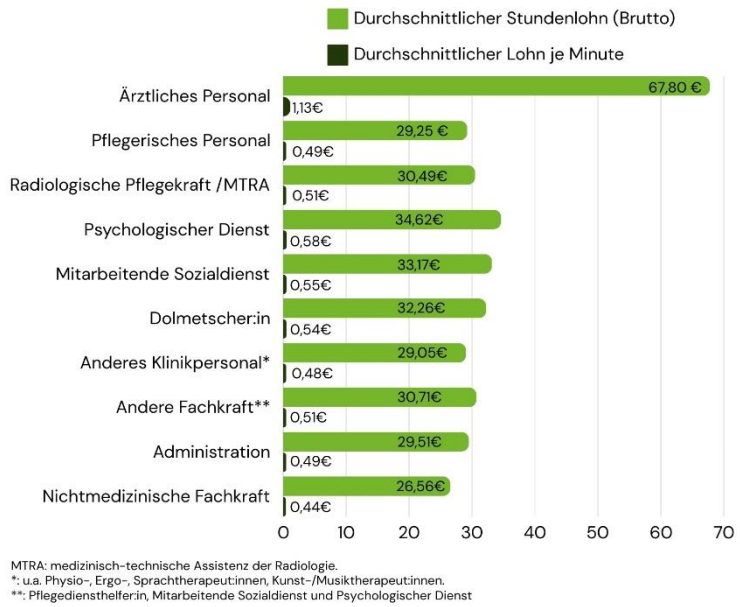


Abbildung 5: Durchschnittlicher Lohn pro Minute je Berufsgruppe in den MeKidS.units

Für die Mehrarbeitsstunden zwischen Regelarbeitszeit und tatsächlicher Arbeitszeit wurde ein erhöhter Regelbrutto-minutenverdienst hinterlegt. Der hierfür zugrunde gelegte Faktor von 1,39375 basiert auf der Überlegung, dass beim Regelverdienst keine Zuschläge berücksichtigt sind, sodass die Mehrarbeitsstunden im Vergleich zur Bewertung der Regelarbeitszeit höher bewertet wurden. Der Faktor von 1,39375 setzt sich zusammen aus den möglichen Faktoren mit denen Nacht-, Wochenendzuschläge vergütet werden können (BMI. et al. 2005, 2020). Da es keine validen Daten dazu gibt, wie viel Arbeitszeit Wochenend- oder Feiertagsarbeit ist, wurden hier alle durch den Tarif vorgegebenen Faktoren gleichwertig berücksichtigt. Faktoren für Bereitschaftsdienste/Rufbereitschaften wurden nicht berücksichtigt, da diese eher als Regelarbeitszeit zu bewerten sind.

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 Bruttominutenverdienstes mit den Mehrarbeitsstunden).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für die Bewertung der Ressourcenverbräuche der **MeKidS.Praxen** erfolgte eine strukturierte Recherche der Preise sowie der Verdienststruktur der Beteiligten anhand des Arbeitskostenindex (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023) und der Verdienststrukturerhebung (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020). Da die Verdienststrukturerhebung lediglich das Arbeitnehmerbrutto abhängig Beschäftigter erfasst, sind die Ergebnisse nicht auf die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Mediziner:innen in ihrer Eigenschaft als Selbstständige übertragbar. Daher wurde für die Gruppe der selbstständigen Pädiater:innen eine zusätzliche Recherche nach alternativen Berechnungsmöglichkeiten durchgeführt. Auf Basis dieser Ergebnisse, erfolgte eine Berechnung des Minutenlohns (Abb. 6), welche sich an dem Vorgehen im Gutachten des IGES (IGES Institut 2014) orientiert. Hierbei wurde die Bruttojahresarbeitszeit mit folgenden Annahmen berechnet: 51 Wochenstunden; 20 Urlaubstage; 12 Feiertage, d.h. 232 Arbeitstage im Jahr. Die Nettojahresarbeitszeit wurde mit 87,5% beziffert und beinhaltete nur die reine Arbeit mit Patient:innen (IGES Institut 2014). Der zugrunde gelegte Bruttoarbeitslohn entspricht dem eines:r Oberärzt:in (TvöD, kommunale Klinik, EG 3, Stufe 3) (Öffentlicher-Dienst.info 2020) zzgl. unternehmerischem Risiko (Schwendler, M., & Flessa, S. 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.

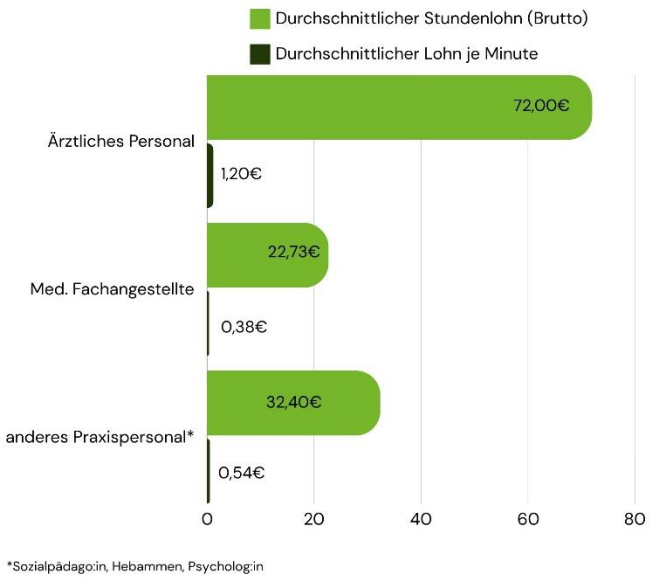


Abbildung 6: Ergebnis der Preisberechnung pro Berufsgruppe für die MeKidS.Praxen

Sensitivitätsanalyse

Für eine Sensitivitätsanalyse eigneten sich bei dem hier durchgeführten Vorgehen für die **MeKidS.units** insbesondere die Personalkosten als maßgebliche Einflussgröße auf die Kosten. Da im Projekt keine Personalkosten erhoben wurden, wurde basierend auf Tarifverträgen und unter Annahme von durchschnittlichen Arbeitsstunden die Preise des ärztlichen Personals je Minute berechnet. Trotz der Multiprofessionalität in diesem Versorgungskontext, sind Ärzt:innen die Berufsgruppe mit dem höchsten zeitlichen Aufwand im Rahmen der Abklärungsprozesse bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Daher wurden zunächst in zwei Sensitivitätsanalysen der Minutenlohn für Ärzt:innen um 10% auf 1,24€ (Sensitivitätsanalyse 1) bzw. um 20% auf 1,36€ (Sensitivitätsanalyse 2) erhöht. Dabei wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass die für die Base-Case-Analyse veranschlagten Preise des ärztlichen Personals je Minute für das Basisjahr 2020 in Höhe von 1,13€ als konservativ berechnet zu werten sind.

Die Personalkosten für alle anderen Berufsgruppen wurden anhand der Verdienststrukturerhebung ermittelt. Hierbei fiel bei der Berufsgruppe der Ärzt:innen auf, dass diese Kosten die realen Brutto-Gehälter der Arbeitnehmenden unterschätzen, da Zulagen für Nacht-/Wochenend- oder auch Feiertagsdienste nicht berücksichtigt wurden (Destatis,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2020). Dieses gilt möglicherweise ebenfalls für die Berufsgruppe des Pflegepersonals. Daher wurde auch für die Berufsgruppe der Pflege eine Berechnung der Kosten je Minute auf Tarifbasis durchgeführt unter zusätzlicher Berücksichtigung von Nacht-/Wochenendzuschlägen. In der Sensitivitätsanalyse 3 wurden entsprechend Kosten der Pflege mit 0,64€ je Minute berücksichtigt und die Preise des ärztlichen Personals je Minute mit 1,24€, wie in der Sensitivitätsanalyse 1.

Da der Minutenlohn in den **MeKidS.Praxen** für selbstständig tätige Pädiater:innen ein wesentlicher Faktor ist, wurde hierzu ebenfalls eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, bei der der Minutenlohn der Pädiater:innen auf 1,44€ angepasst wurde. Ausgehend von der Annahme, dass die Gesprächsziffer 04230 (problemorientiertes Gespräch) eine Gesprächsziffer für Pädiater:innen ist, erfolgte die Berechnung des Minutenlohns anhand der für diese Gesprächsziffer zugrunde gelegten Kosten für das Jahr 2021/2022 (wobei anzumerken ist, dass grundsätzlich im EBM weitere Kosten, wie bspw. technische Mittel auf die reinen Kosten für ärztliche Behandlungen addiert werden, sodass möglicherweise eine Überschätzung der Kosten denkbar ist). Zudem wurden die Minutenlöhne der Medizinischen Fachangestellten und dem anderen Praxispersonal entsprechend auf das Jahr 2022 gemäß Arbeitskostenindex angepasst.

Auswertungsstrategien

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation zu den fallbezogenen Ressourcenverbräuchen wurden deskriptiv ausgewertet. Die Häufigkeitsverteilungen der Ressourcenverbräuche werden in % dargestellt. Um die fallbezogenen Kosten zu ermitteln, wurden auf der Basis der eingesetzten Maßnahmen und der angegebenen Zeiten je einbezogener Berufsgruppe, der durchschnittliche Lohn je Minute der jeweiligen Berufsgruppen mit den angegebenen Zeiten multipliziert. Dabei 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 Auswertung folgten einem konservativen Ansatz. Die so ermittelten Kosten wurden fallbezogen pro Maßnahme, pro Dimension sowie über den gesamten Fall aufaddiert.

Dazu wurden entsprechende Lageparameter wie Mittelwert, Median, Minimum, Maximum und Standardabweichung ermittelt. Aufgrund des Vorgehens in der Erhebung der zeitlichen Ressourcen (s. Datenerhebung), in der die Zeiten als Kategorien erhoben wurden, handelt es sich bei den Zeiten um ordinal skalierte Variablen. Insofern stellt der Median als Lageparameter für die Analyse der Zeiten, aber auch der Kosten, die auf Basis der Zeitaufwendungen der erbrachten Maßnahmen ermittelt wurden, eine validere Maßzahl als das arithmetische Mittel dar. Die Daten wurden für ambulant bzw. stationär versorgte Fälle getrennt dargestellt. Im Rahmen der Kosten-Kosten-Analyse wurden statistische Verfahren zum Vergleich der Mittelwerte, wie bspw. Mann-Whitney-U-Test oder Chi-2-Test, zur Prüfung auf statistische Signifikanz angewandt[3].

Fallbezogene Kosten (Kosten-Kosten-Analyse)

Im Sinne einer gesundheitsökonomischen Evaluation wurde eine Kosten-Kosten-Analyse durchgeführt. Diese erfolgte für die **MeKidS.units** getrennt für ambulant bzw. stationär versorgte Fälle. Dabei lag die konservative Annahme zugrunde, dass durch die Einführung der im Rahmen von MeKidS.best eingeführten MeKidS.best Standards nicht von einer

[3] In den schriftlichen Ausführungen liegt der Fokus aus den in der Methodik beschriebenen Gründen auf dem Median. Die Angaben zur statistischen Signifikanz beziehen sich hingegen auf den Vergleich der Mittelwerte.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Verschlechterung der Versorgung, sondern mindestens von einer gleichbleibenden Versorgung auszugehen ist. Daher liegt der Fokus im Folgenden auf dem Vergleich der Kosten, im Sinne einer Kosten-Kosten-Analyse.

Die zugrunde liegende Fragestellung lautete: Zeigen sich unter der Annahme mindestens gleichwertiger Versorgungsresultate, Unterschiede in den Kosten in der Versorgung nach Einführung der MeKidS.best Standards?

2.2.2. Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards

Ziel war die Ermittlung des Implementierungsaufwands/der Implementierungskosten sowie des Aufwandes von Netzwerkarbeit, der im Rahmen der Implementierung der MeKidS.best Standards in den MeKidS.units und MeKidS.Praxen entstand, zu erfassen und Informationen für eine eventuelle Übertragung des Projektes auf andere Regionen zu gewinnen.

Dabei lag der Fokus für die **MeKidS.units** auf den Fragestellungen:

- Welche personellen Ressourcen wurden in den MeKidS.units für den medizinischen Kinderschutz bereitgestellt (Strukturqualität)?
- Welche internen/externen Schulungen/Fort-/Weiterbildungen gab es für das Personal (Strukturqualität) und wie häufig gab es diese?
- Welcher zeitliche Aufwand entstand durch das Anpassen von Abläufen und internen Strukturen (Arbeitsorganisation)?
- Welche Netzwerke wurden aufgebaut und wie hoch war der zeitliche Aufwand für den Aufbau und die Pflege?

Der Fokus für die **MeKidS.Praxen** lag dabei auf den Fragestellungen:

- Welche internen Schulungen und externen Fort-/Weiterbildungen gab es für das Personal (Strukturqualität) und wie häufig wurden diese angeboten?
- Welche Netzwerke wurden aufgebaut und wie hoch war der zeitliche Aufwand für den Aufbau und die Pflege?

Die dargestellten Ergebnisse basieren auf der standardisierten Erhebung der Strukturqualität (vgl. Anlage 3, Itembatterie zur Strukturqualität) im Jahr 2020 sowie der zusätzlichen Befragung von Vertreter:innen aus vier MeKidS.Praxen und drei MeKidS.units anhand von Leitfadeninterviews (vgl. Anlage 8, Interviewleitfäden Implementierungskosten). Die Erhebungsmethoden der Leitfadeninterview sind im Abschnitt „Durchführung der Leitfadeninterviews“ ausführlicher beschrieben.

Studiendesign und methodisches Vorgehen

Erhoben wurden Implementierungskosten, die bspw. durch externe Fort- und Weiterbildungen sowie interne Schulungen entstanden, sowie Kosten für Netzwerkarbeit. Die erhobenen Implementierungskosten beinhalteten in den MeKidS.units zudem den Aspekt der personellen Ausstattung und Zeitverbräuche für Aufbau und Anpassung interner Strukturen und Abläufe. Die Kosten für die Netzwerkarbeit beinhalteten den Aufwand für das Herstellen von Netzwerken und deren Pflege (= interner und externer Strukturaufbau). Darunter fallen Kontakte und regelmäßige Treffen, bspw. in Arbeitskreisen, mit Bezug zum medizinischen Kinderschutz (etwa mit Behörden oder anderen sozialen Einrichtungen). Die Maßnahmen im Rahmen der Implementierung und Netzwerkarbeit beziehen sich auf eine fallunabhängige Zusammenarbeit.

Die Ermittlung der Ressourcenverbräuche stützte sich einerseits auf Aspekte der Erhebung zur Strukturqualität (s.o.), wie bspw. die Häufigkeit der Maßnahmen pro Einrichtung, und andererseits auf Informationen aus Leitfadeninterviews (s.o.), wie bspw. die Dauer pro Einheit.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Rahmen der Erhebung zur Strukturqualität wurden im Dezember 2020 bereits Informationen zu erfolgten kinderschutzbezogenen Schulungen, Fort- und Weiterbildungen sowie bestehenden Netzwerken erfragt. Folgende Aspekte bezüglich der Implementierung wurden dabei bereits erfasst:

- MeKidS.Praxen: Anzahl der besuchten externen Fort-/Weiterbildungen, Anzahl der internen Schulungen, Häufigkeit der Teilnahme an Arbeitskreisen und Netzwerken.
- MeKidS.units: Zusammensetzung und Stellenanteil der MeKidS.teams, Anzahl der besuchten externen Fort-/Weiterbildungen getrennt nach unterschiedlichen Berufsgruppen, Anzahl der internen Schulungen, Häufigkeit der Teilnahme an Arbeitskreisen und Netzwerken.

Die ergänzenden Leitfadeninterviews legten darüber hinaus den Fokus auf den zeitlichen Aufwand sowie ggf. angefallene Sachkosten. Die Erhebung der Implementierungskosten umfasste zwei Elemente:

- Informationen aus der der Erhebung zur Strukturqualität der Baseline, einschließlich des Personaleinsatzes und
- Schulungen, sowie zusätzliche Informationen, die mit Hilfe semistrukturierter Interviews erhoben wurden (Durchführung: Q1/2022).

Durchführung der Leitfadeninterviews

Im ersten Quartal 2022 wurden Leitfadeninterviews mit den in den MeKidS.teams Verantwortlichen einzelner MeKidS.units bzw. der Kinder- und Jugendärzt:innen in den MeKidS.Praxen durchgeführt. Angestrebt wurde, Mitarbeiter:innen aus ca. drei bis vier MeKidS.units sowie drei bis vier MeKidS.Praxen zu rekrutieren. Die Selektion der MeKidS.units erfolgte unter dem Gesichtspunkt der Vorerfahrung der einzelnen MeKidS.unit im Bereich des medizinischen Kinderschutzes. Einbezogen werden sollte jeweils eine MeKidS.unit, die bereits vor dem Projekt erfahren im medizinischen Kinderschutz war und ggf. bereits über entsprechende Strukturen und Abläufe verfügte, sowie weitere MeKidS.units, die weniger Erfahrungen mit notwendigen Strukturen und Abläufen des medizinischen Kinderschutzes hatten. So sollten die Implementierungskosten der MeKidS.best Standards über Kliniken mit unterschiedlichen Startbedingungen einfließen. Für die Praxen wurden keine derartigen Einschlusskriterien festgelegt.

Die Interviews wurden telefonisch anhand eines Leitfadens geführt und nahmen ca. 30 bis 45 Minuten Zeit in Anspruch. Die Auswertung der Notizen, die während der Interviews gemacht wurden, erfolgte anhand eines strukturierten Ansatzes. Die Informationen zu den Ressourcenverbräuchen wurden sorgfältig analysiert und kategorisiert und zeitlichen Einheiten zugeordnet. Über die Angaben zur Dauer der Leistungen pro Berufsgruppe in den unterschiedlichen befragten MeKidS.units bzw. MeKidS.Praxen wurden jeweils Durchschnittswerte für die Dauer pro Einheit ermittelt. Diese wurden dann für die Berechnung der Ressourcenverbräuche anhand der über die Strukturerhebung erfassten Häufigkeiten pro Berufsgruppe zugrunde gelegt werden (vgl. Anlage 3, Itembatterie zur Strukturqualität).

Bewertung der Ressourcenverbräuche im Rahmen der Implementierung

Für die Bewertung der Ressourcenverbräuche wurden die oben beschriebenen Verdienste der beteiligten Professionen zugrunde gelegt. Die im Rahmen der Strukturerhebung ermittelten Mengen, wurden auf die jeweils über die Leitfadeninterviews ermittelte zeitliche Dauer der jeweiligen Einheiten bezogen und mit den recherchierten Preisen multipliziert.

Die Sachkosten, die im Rahmen der Implementierung angefallen waren, wurden im Rahmen der Interviews erfragt und über alle im Rahmen der Interviews befragten Einrichtungen gemittelt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.3. Design der gesundheitspolitischen 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 Vergütungsmodalitäten 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 (Walendzik et al. 2019) (vgl. Anhang 3, 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.

2.4. Evaluationsdesign der Routinedatenbetrachtung

Studienpopulation

Eingeschlossen wurden bei den teilnehmenden Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, AOK Rheinland/Hamburg, DAK Gesundheit, AOK NordWest) versicherte Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre), 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 1: Selektionskriterien nach Studienzeitraum

EINSCHLUSSKRITERIEN	STUDIENZEITRAUM 1 (2019)	STUDIENZEITRAUM 2 (2021)
ALTER	Geburtsjahrgänge ab 2001	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	T74.x in Q1, Q2 oder Q3 Jahr 2019 (gesichert oder Verdacht) im ambulanten und/oder stationären Bereich*	T74.x in Q1, Q2 oder Q3 Jahr 2021 (gesichert oder Verdacht) im ambulanten und/oder stationären Bereich*
	UND keine T74.x in 2018	UND keine T74.x in 2020

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

Kinder/Jugendliche, bei denen im jeweiligen Indexzeitraum eine ICD-10: T74 Diagnose dokumentiert wurde und die die weiteren in Tabelle 1 aufgeführten Selektionskriterien erfüllten, gingen in die Studienpopulation ein und wurden bezüglich der Leistungen und Leistungsausgaben in den Bereichen ambulante Versorgung, stationäre Versorgung sowie Heilmittel nachbeobachtet. Dabei wurden alle Leistungen erfasst, die bei Kindern/Jugendlichen mit der definierten Einschlussdiagnose auftraten – unabhängig davon, ob die einzelne Behandlung explizit mit einer Kodierung ICD-10: T74 in Verbindung standen. Die Selektion erfolgte anhand des Diagnosequartals.

Beobachtungszeiträume

Der Beobachtungszeitraum bei Kindern und Jugendlichen, deren Indexdiagnose (erste Diagnose ICD-10: T74) im Indexquartal gestellt wurde, umfasste das Quartal der Indexdiagnose, sowie das Folgequartal. Hintergrund war, dass eine eindeutige zeitliche Zuordnung der Diagnosen sowie der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich nicht präzise möglich ist. Daher wurden alle Leistungen und Leistungsausgaben des Indexquartals sowie des Folgequartals einbezogen.

Um Entwicklungstrends und Veränderungen hinsichtlich der Inzidenz- und Kostenentwicklung im Zusammenhang mit der Implementierung der MeKidS.best Einrichtungen identifizieren zu können, wurden für die Analyse innerhalb der beiden Jahre (2019 und 2021) drei klar abgrenzbare Gruppen gebildet. Die Zuordnung der selektierten Fälle zu den einzelnen Gruppen orientierte sich an der IK-Nummer der Einrichtung 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, so wurde der Fall sowie alle in der Nachbeobachtungszeit anfallenden Leistungen und Leistungskosten der Gruppe 1 zugeordnet.

Gruppe 1: NUR MeKidS.best Einrichtungen

Gruppe 2: Einzugsgebiete der KVNO/KVWL-Bezirke OHNE MeKidS.best Einrichtungen

Gruppe 3: Einzugsgebiete der restlichen 15 KV-Bezirke

Datenerhebung

Für die Erhebung der Daten wurde ein standardisierter Fragebogen inklusive Präzisierungstabelle (vgl. Anlage 9, Fragebogen zur Routinedatenbetrachtung) erstellt, anhand dessen die beteiligten Krankenkassen auf Basis ihrer Routinedaten die jeweiligen Fälle selektierten. Die selektierten Daten wurden in aggregierter und anonymisierter Form in ein von den Evaluator:innen erstelltes Template übertragen und an die Evaluator:innen geliefert.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für die identifizierten Kinder/Jugendlichen wurde die Anzahl der Leistungen sowie die Leistungsausgaben während des Beobachtungszeitraums aggregiert erhoben. Datengrundlage bildeten die Stamm- und Abrechnungsdaten der teilnehmenden Krankenkassen. Einbezogen wurden Leistungen und Kosten im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung sowie Heilmittel. Der Erhebungsbogen für die Routinedaten erfasste den Krankenhausbereich differenziert nach vollstationär, ambulant sowie SPZ. Der niedergelassene Bereich wurde differenziert nach niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinern sowie sonstigen niedergelassenen Ärzt:innen ohne Kinder- und Jugendmediziner sowie ohne Psychotherapeut:innen. Ergänzend wurden auch die Ausgaben für Heilmittelverordnungen erfasst.

Die Leistungen wurden aus Kostenträgerperspektive nach einem Gesamtkostenansatz erhoben. Da davon auszugehen war, dass die nachfolgend zur ICD-10: T74 Diagnose angefallenen Leistungen, etwa weitere Behandlungen von Verletzungen aufgrund eines Kinderschutzfalls, nicht notwendigerweise ebenfalls mit ICD-10: T74 kodiert wurden, betrachtete die Analyse die in den jeweiligen Gruppen angefallenen Leistungen und Leistungsausgaben unabhängig von der zugrundeliegenden dokumentierten Diagnose.

Berücksichtigt wurden direkte medizinische Kosten, die im Zeitvergleich einer Indexdiagnose im Jahr 2019 mit einer Indexdiagnose im Jahr 2021 im Hinblick auf Veränderung oder Verschiebung der Gesamtkosten analysiert wurden. Die für die Beobachtungszeiträume 1 und 2 erhobenen Gesamtkosten wurden in einem ersten Schritt jeweils deskriptiv dargestellt und anschließend vergleichend gegenübergestellt.

2.5. Evaluationsdesign des Teilprojekts MeKidS.support

Primäre und sekundäre Endpunkte

Primäre Zielgröße im Teilprojekt MeKidS.support war der Nutzungsgrad (Nutzungsfrequenz bzw. Nutzungsweise) von MeKidS.support durch die MeKidS.best Einrichtungen.

Sekundäre Zielgröße war die subjektive Nutzungsakzeptanz bzw. „Usability“ der Anwendung.

Zielpopulation/Einschluss

In die Betrachtung einbezogen wurden alle MeKidS.best Einrichtungen (MeKidS.units & MeKidS.Praxen), die im Rahmen des Innovationsfondsprojekts MeKidS.best bei der Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsleistung beteiligt waren und die zusätzlich 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.

Methodisches Vorgehen & Erhebungsinstrumente

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

1. separate Anwenderbefragung
2. systemgenerierte Daten

zu 1: Zu zwei Zeitintervallen (T1: 04.07.2022 – 31.07.2022 (PM 35); T2: 02.12.2022 – 08.01.2023 (PM 40/41)) während der Erprobungsphase wurden den Anwendern kurze, an das „USE Questionnaire“ (Lund 2001) angelehnte Online-Fragebögen (vgl. Anlage 10, Fragebogen zu MeKidS.support) 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

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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 auf den Nutzungsgrad bezogen:

- Abfrage der Fallanzahl durch Selbsteingabe geclustert
  - Allg. Nutzung:
- Anteil mit Tool eingegebener Fälle an Gesamtfallzahl der Institution
  - Login- bzw. Bearbeitungsverhalten:
- Anzahl Logins pro Fall
  - gesamte (aktive) Bearbeitungszeit
  - Dauer von Dokumentationsbeginn bis – Abschluss
- Nutzung der Funktionen
  - Asservate-Funktion
  - Altdaten-Funktion
  - KKG-Online-Konsil-Funktion

Die Evaluation erfolgt deskriptiv.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1. Ergebnisse der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung)

3.1.1. MeKidS.Praxen

Strukturqualität

Handlungsabläufe und Personal: Während des Berichtszeitraums wurden die MeKidS.Praxen nach Veränderungsmarkern in der internen Struktur sowie in der Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der jeweiligen Praxis befragt. Eine wichtige Kenngröße waren die Handlungsabläufe gemäß den in der AWMF S3+ Kinderschutzleitline definierten Standards. Während sich die generelle Orientierung an den Standards nicht änderte und auf der Skala von Nie=0 bis Immer=3 mit einem Mittelwert von 1,57 ± 0,85 in 2020 nur unwesentlich unter der des gesamten Projektzeitraums 2021 bis 2022 von 1,80 ±0,68 lag, ergab sich für die Häufigkeit der in der AWMF S3+ Kinderschutzleitline definierten Standards die nebenstehende Verteilung (Tab. 2).

Tabelle 2: Häufigkeit der in der AWMF S3-Kinderschutzleitline definierten Standards

	Häufigkeit der Nutzung von Standards			
	Nie (=0)	Selten (=1)	Oft (=2)	Immer (=3)
2020	3	6	3	2
2021	1	6	4	4
2022	2	4	7	2

Hier stieg der mittlere Wert von 1,29 ± 0,99 in 2020 auf 1,73 ± 0,96 auf 2021 und 1,60 ± 0,91 in 2022. Dieser positive Trend vor allem zwischen 2020 und 2021 war allerdings aufgrund der geringen Fallzahl nicht signifikant (t=1,58, p=0,14).

Die Zufriedenheit mit den Standards änderte sich auf einer Skala von 0=„überhaupt nicht zufrieden“ bis 100=„absolut zufrieden“ von 2020 auf

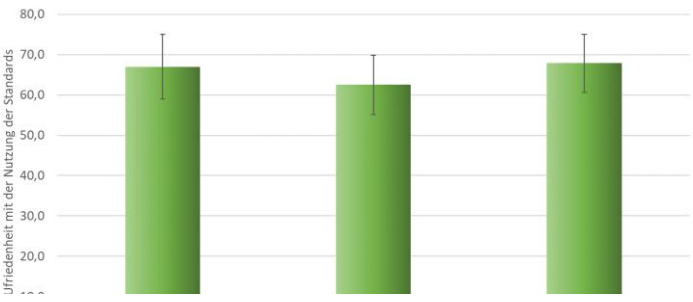


Abbildung 7: Zufriedenheit mit der Nutzung der Standards im zeitlichen Verlauf (Mittelwert mit 95% Konfidenzintervall)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2022 nur geringfügig von 67,0 ± 22,37 auf 67,9 ± 19,4 und war ebenfalls nicht signifikant (t=0.19, p=0.86).

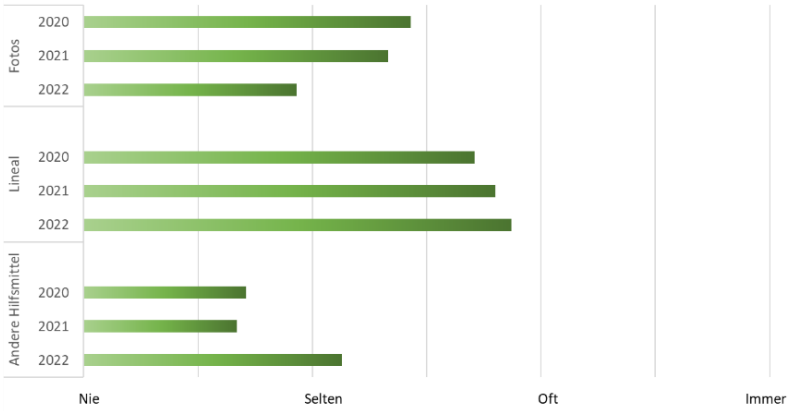


Abbildung 8: Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln

In der Nutzung von Hilfsmitteln bei der Befunddokumentation (Abb. 8) konnten in der Erprobungsphase keine deutlichen Veränderungen im Vergleich zur Baseline festgestellt werden. Lediglich bei der Nutzung von Foto und Videodokumentation gab es 2022 einen Rückgang, der jedoch nicht signifikant war (t=1,89, p=0,16). Bei der Nutzung von Hilfsmitteln in der Befundung konnte dagegen eine etwas höhere Nutzung zum Ende der Erprobungszeit festgestellt werden.

Die selbsteingeschätzte Nutzung der ICD-10: T74-Kodierung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung stieg im Projektverlauf auf der Skala von Nie=0 bis Immer=3 signifikant (t=3,23; p=0,01) von einem Mittelwert von 0,64 ± 0,50 in 2020 über 1,00 ± 0,76 in 2021 auf 1,27± 0,96 in 2022 in Übereinstimmung mit den empirisch ermittelten Daten in der Inzidenzerhebung.

Innerhalb des Projektzeitraums gab es keine wesentlichen Veränderungen in der Beratungssituation mit weiteren Ärzt:innen (2020: 2,1 ± 1,1; 2021: 1,8 ± 0,9; 2022: 1,6 ± 1,0), medizinischen Fachangestellten (2020: 2,1 ± 1,1; 2021: 2,0 ± 1,0; 2022: 1,9 ± 1,0) oder anderen Fachkräften (2020: 1,6 ± 1,0; 2021: 1,4 ± 1,0; 2022: 1,4 ± 0,8). Auch bei Fort- und Weiterbildungen (2020: 1,0 ± 1,1; 2021: 1,0 ± 1,2; 2022: 1,2 ± 1,2) und internen Schulungen (2020: 0,6 ± 0,8; 2021: 0,3 ± 0,6; 2022: 0,5 ± 0,7) gab es keine wesentlichen Veränderungen.

Netzwerk (medizinische Einrichtungen): Eine deutliche, wenn auch nicht statistisch signifikante Veränderung (t=1,71; p=0,11) gab es in der Nutzung von Angeboten zur pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung. Hier stieg der Nutzungswert auf der Skala von Nie=0 bis Immer=3 von 0,6 ± 0,6 in der Baseline 2020 über 0,8 ± 0,6 in 2021 auf 1,1 ± 0,8 in 2022. Die Zufriedenheit mit der pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung blieb auf einer Skala von 0 = „absolut nicht zufrieden“ bis 100= „absolut zufrieden“ über den Projektzeitraum gleichbleibend hoch (Abb. 9).

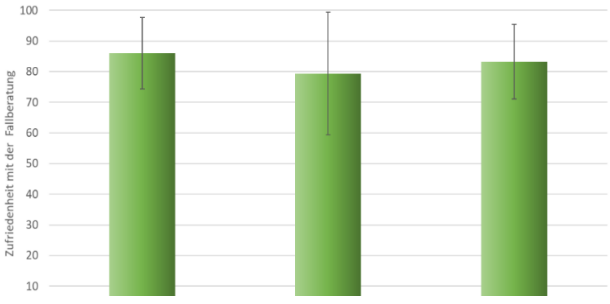
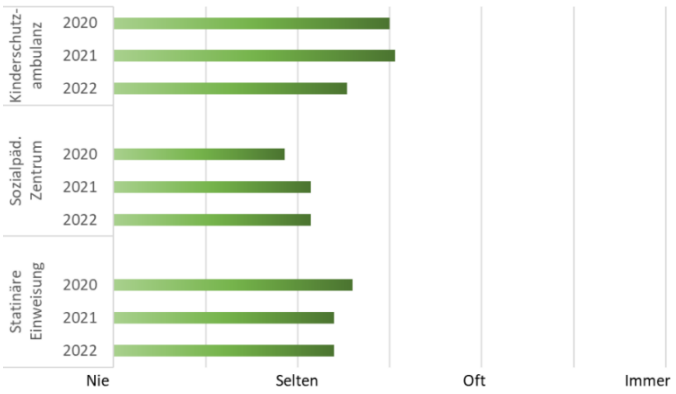


Abbildung 9: Zufriedenheit mit der pseudonymisierten/anonymisierten medizinischen Fallberatung

Die Häufigkeit der Einweisung eines Kindes/Jugendlichen zur stationären Abklärung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie die Häufigkeiten der Vorstellung eines Kindes/Jugendlichen in einer Kinderschutzambulanz bzw. in einem SPZ war über den Projektzeitraum nahezu konstant (Abb. 10).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



In Bezug auf die Zusammenarbeit speziell mit den Kliniken blieben die Werte auf einer Skala von 0 = „absolut nicht zufrieden“ bis 100= „absolut zufrieden“ im gesamten Projektzeitraum auf einem hohen Niveau, wobei im zeitlichen Verlauf keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen waren (Abb. 11).

Abbildung 10: Häufigkeit der Einweisung/Vorstellung eines Kindes/Jugendlichen

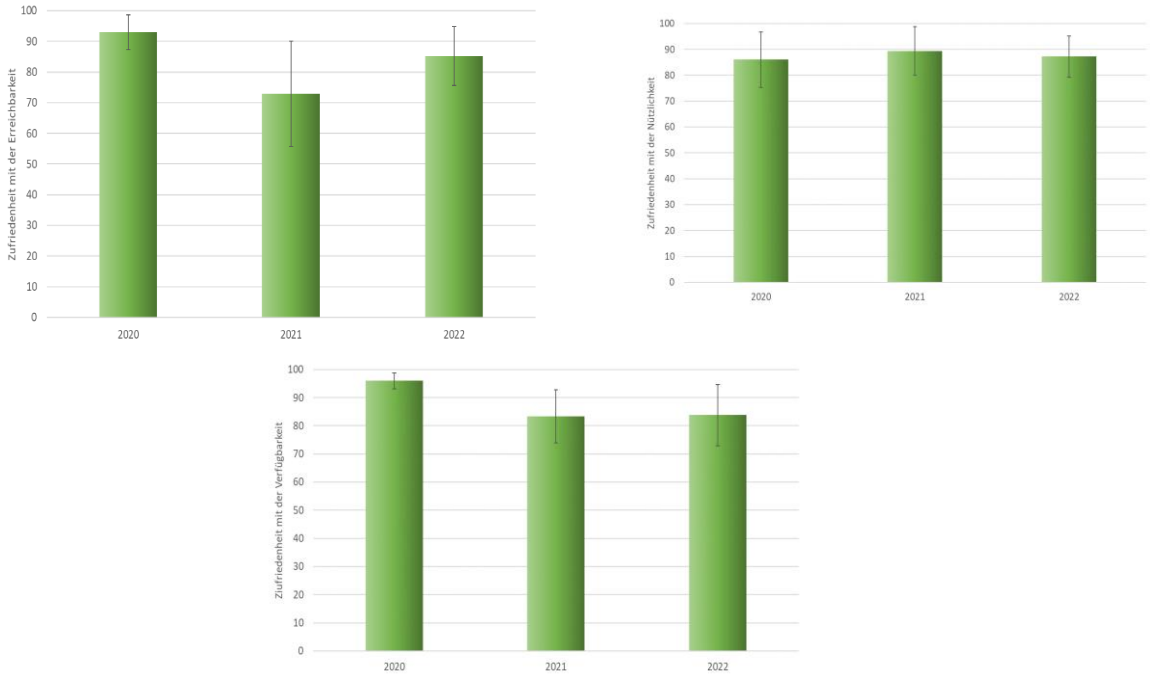


Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Kliniken in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“.

Netzwerk (nichtmedizinische Einrichtungen): Bei den nichtmedizinischen Einrichtungen ist vor allem die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern von Bedeutung. Während des Projektzeitraums gab es bzgl. der Häufigkeit von Vorstellungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von Jugendämtern keine Veränderungen: diese waren eher selten (2020: 1,0 ± 0,6; 2021: 1,1 ± 0,3; 2022: 1,0 ± 0,5). Auch die Häufigkeit der Meldungen eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung von Seiten der Praxis an das Jugendamt waren konstant (2020: 1,7 ± 0,9; 2021: 1,6 ± 0,8; 2022: 1,7 ± 0,8), genauso wie die Vertrautheit mit den Arbeitsweisen der Jugendämter, die auf einer Skala von 0= nicht vertraut bis 3 = vollkommen vertraut bei 1,9 ± 0,7 in der Baseline lagen und in der Erprobungsphase bei 1,8 ± 0,8 in 2022 lag.

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 in 2020 auf 74,7 ± 20,8 in 2022.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

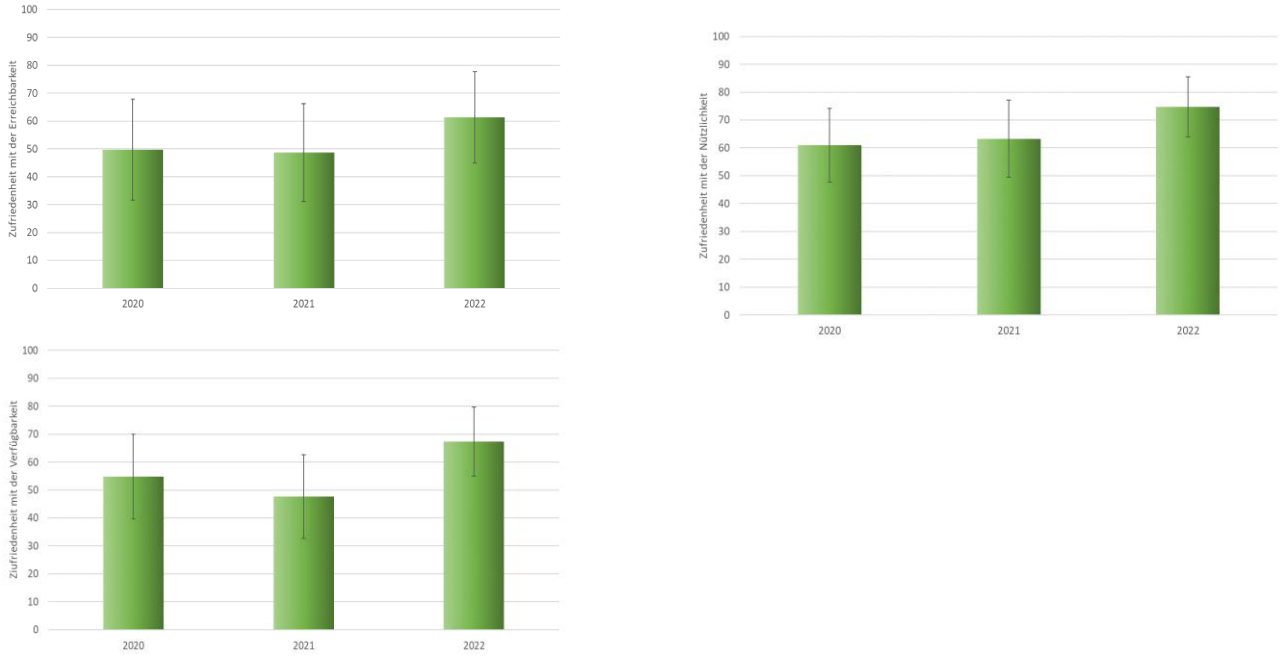


Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Jugendämtern in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“.

Die Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe blieb im Projektzeitraum in den drei Domänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“, und „Verfügbarkeit“ relativ konstant auf einem hohen Niveau (Abb. 13).

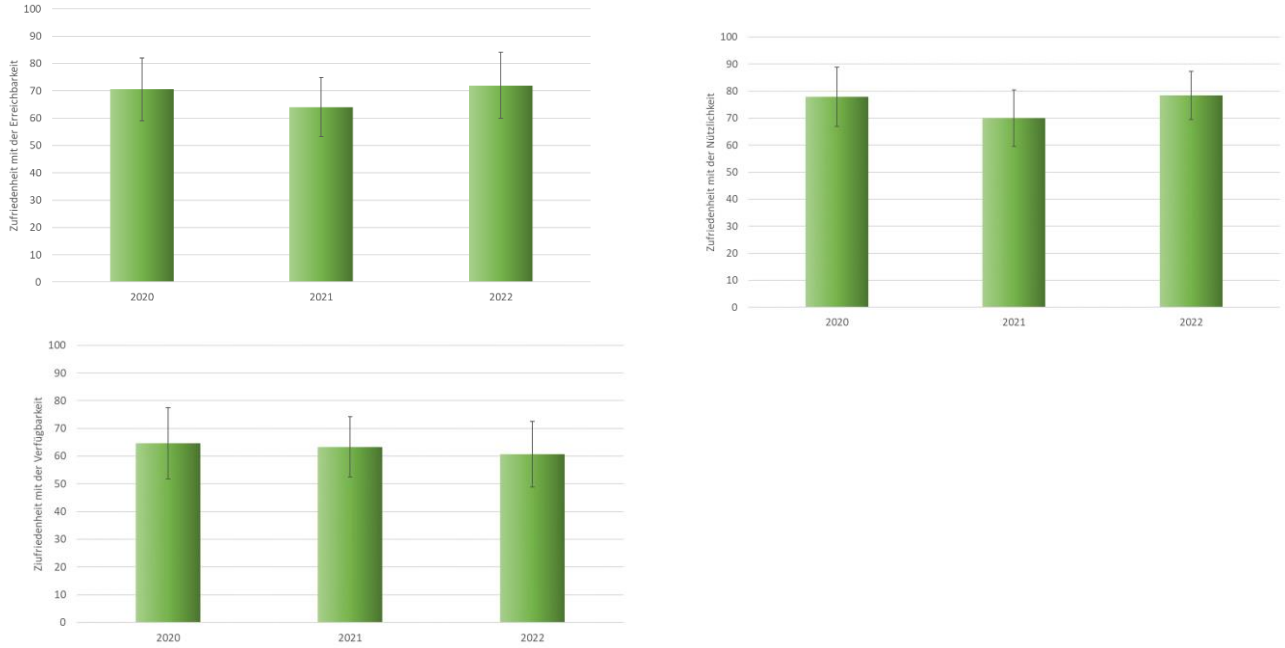


Abbildung 13: Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hier ist vor allem erstaunlich, dass die Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“ deutlich besser bewertet wird als mit den Jugendämtern.

Die Nutzung der pseudonymisierten nichtmedizinischen Fallberatung lang auf der Skala von Nie=0 bis Immer=3 im gesamten Projektzeitraum bei einem mittleren Wert von 1,9.

Zusammenfassende Einschätzung: Insgesamt lag die Zufriedenheit mit dem lokalen Netzwerk mit Werten über 70 Punkten auf einer Skala von 0 bis 100 im gesamten Projektzeitraum sehr hoch:

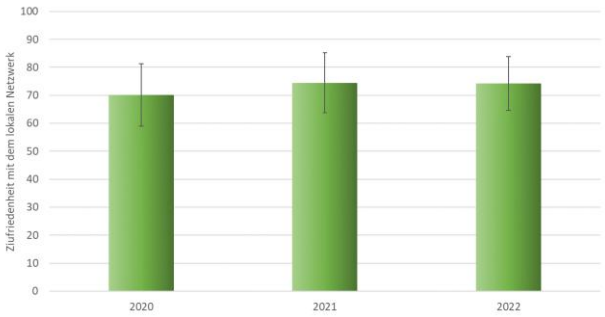


Abbildung 14: Zufriedenheit mit dem lokalen Netzwerk bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Die globale Einschätzung, wie sicher sich die 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.

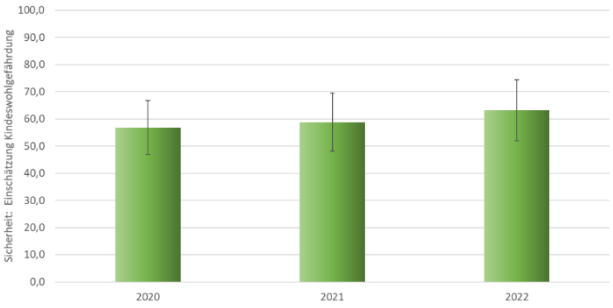


Abbildung 15: Sicherheit in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Ergebnisqualität

Die Zahl der gesamten (abgeschlossenen und nicht abgeschlossenen) Kinderschutzfälle in den 15 MeKidS.Praxen lag im Erprobungszeitraum 2021-2022 bei 1.003 Fällen, von denen 514 (51,2%) im Jahr 2021 und 489 (48,8%) im Jahr 2022 dokumentiert wurden.

Tabelle 3: Basisdaten des Erprobungszeitraums der 15 MeKidS.Praxen

	2020 (Baseline)*	2021 (Erprobung)	2022 (Erprobung)	Gesamt (Erprobung)
Behandelte Kinder	54.420	135.219 (48,8%)	141.947 (51,2%)	277.166 (100,0%)
Anzahl Kinderschutzfälle	209	514 (51,2%)	489 (48,8%)	1003 (100,0%)
Quartal 1:		160	100	
Quartal 2:		126	104	
Quartal 3:	125	111	150	
Quartal 4:	84	117	135	
Art des Falles				
Offen	115	315 (61,3%)	273 (55,8%)	588 (58,6%)
Abgeschlossen	94	199 (38,7%)	216 (44,2%)	415 (41,4%)
Kodierung mit einer ICD-10: T74				
Ja	61 (29,2%)	242 (47,1%)	195 (39,9%)	437 (43,6%)
Nein	148 (70,8%)	266 (52,9%)	294 (60,1%)	566 (56,4%)

*In der Baseline wurden lediglich die Quartale 3 und 4 erhoben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Von diesen 1003 Fällen wurden im Erprobungszeitraum insgesamt 415 Kinderschutzfälle als abgeschlossen dokumentiert (41,1%), davon 199 Fälle im Jahr 2021 und 216 Fälle in 2022 (Tab. 3). Gemessen an den Gesamtfällen aller 277.166 in den Praxen in diesen Jahren behandelten Kinder lag damit eine Gesamtinzidenzrate der abgeschlossenen Fälle im gesamten Erprobungszeitraum sowie in den Jahren 2021 und 2022 von 0,15% vor.

Im Vergleich zur Inzidenzrate der Baseline der beiden Quartale Q3 und Q4 des Jahres 2020, die bei 0,17% lag, ergibt sich im Binomialtest zwischen den Inzidenzraten kein signifikanter Unterschied (T=1,19; p=0,12).

Der differenzierte zeitliche Verlauf der Inzidenzrate der abgeschlossenen Fälle über die gesamten 8 Quartale ist in Abb. 16 dargestellt. Während die Inzidenzrate im gesamten ersten Erprobungsjahr 2021 und in den ersten beiden Quartalen 2022 deutlich sank, konnte in den Quartalen 3 und 4 des Jahres 2022 eine deutliche Steigerung festgestellt werden.

Eine Erklärung für diesen Verlauf liegt in der Gesamtzahl der in den Praxen behandelten Kinder/Jugendliche, die im Gegensatz zur der in der Hypothese getroffenen Annahme nicht stabil blieb, sondern über alle Praxen von einer mittleren hochgerechneten Anzahl von 34.013 Fällen in der Baselinephase auf 33.805 Fälle im Jahr 2021 sank (-0.6%) und auf 35.487 Fälle im Jahr 2022 (+4.6%) zunahm, während die Anzahl der Kinderschutzfälle im Mittel von hochgerechnet 131 Fällen in der Baselinephase auf 129 Fälle in 2021 (-1,6%) und auf 122 Fälle in 2022 (-6,4%) leicht abnahm.

Wenn in einer Modellrechnung die beobachteten mittleren Fallzahlen aus der Baselinephase (N=34.013) pro Quartal auch für die weiteren Beobachtungszeiträume zugrunde gelegt werden, so ergibt sich unter Berücksichtigung der empirisch detektierten Kinderschutzfälle der in Abb. 16 hellgrün gezeichnete Verlauf der Inzidenzraten, die insbesondere gegen Ende der Erprobungsphase deutlich anstiegen.

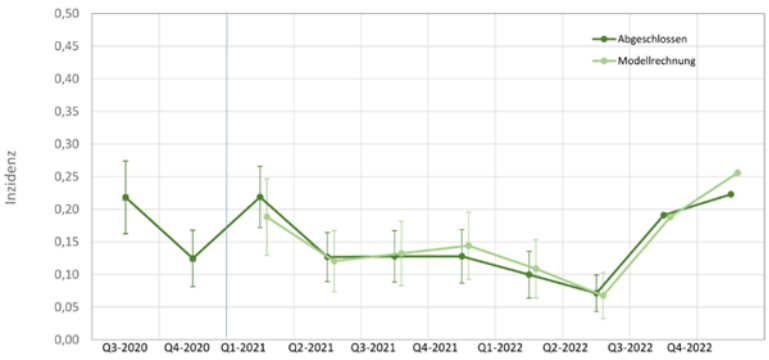


Abbildung 16: Zeitlicher Verlauf der empirisch gemessenen Inzidenzrate der detektierten Kinderschutzfälle in den 15 MeKidS.Praxen sowie einer Modellrechnung basierend auf den Fallzahlen der Baselinephase (Details siehe Text). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall

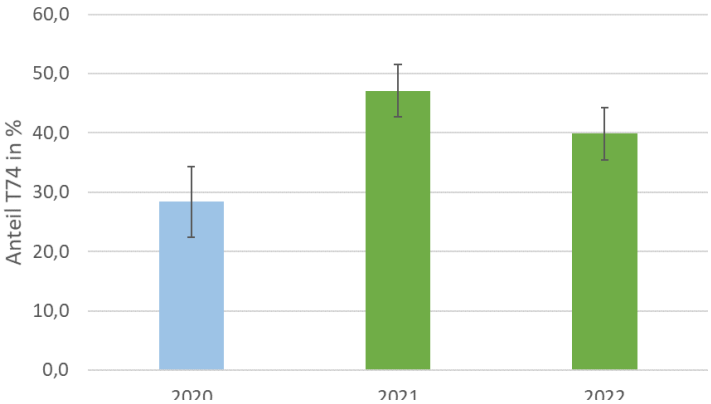


Abbildung 17: Vergleich der prozentualen Anteile der ICD-10: T74-kodierten Fälle aller MeKidS.best Fälle in den 15 MeKidS.Praxen der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün), mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall.

Eine weitere Hypothese bestand darin, dass durch die neue Versorgungsform die Anzahl der ICD.10: T74 kodierten Kinderschutzfälle anstieg. Diese lag in der Baselineerhebung der Quartale 3 und 4 des Jahres 2020 bei 61 von 209 Fällen (29,2%), im Erprobungszeitraum im Jahr 2021 bei 242 von 514 MeKidS.best Fällen (47,1%), und im Jahr 2022 bei 195 von 489 MeKidS.best Fällen (39,9%) (Abb. 17).

Damit liegen hier signifikante Veränderungen (T=4,80, p<0,001 für 2021 bzw. T=2,78, p=0,005) für beide

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Erprobungsjahre im Vergleich zur Baseline vor. Zwischen den Erprobungsjahren liegt allerdings ebenfalls ein statistisch signifikanter Unterschied vor (T=2,31, p=0,02).

Prozessqualität

Alle 415 abgeschlossenen Fälle der 15 MeKidS.Praxen konnten für die Ermittlung der Prozessqualität berücksichtigt werden. In Tabelle 4 sind deren wichtigsten Kenngrößen dargestellt.

Tabelle 4: Basisdaten des Erprobungszeitraums der 15 MeKidS.Praxen

	2021	2022	Gesamt
Geschlecht			
Männlich	106 (53,3%)	126 (58,3%)	232 (55,9%)
Weiblich	93 (46,7%)	90 (41,7%)	183 (44,1%)
Altersgruppe			
< 18 Monate	42 (21,1%)	31 (14,4%)	73 (17,6%)
18 bis < 36 Monate	19 (9,5%)	28 (13,0%)	47 (11,3%)
36 Monate bis < 6 Jahre	65 (32,7%)	84 (38,9%)	149(35,9%)
6 bis < 12 Jahre	51 (25,6%)	55 (25,5%)	106 (25,5%)
12 bis < 18 Jahre	22 (51,2%)	18 (8,3%)	40 (9,6%)
Zustandekommen des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung			
Innerhalb der Praxis	121 (60,8%)	116 (53,7%)	237 (57,1%)
Außerhalb der Praxis	78 (39,2%)	100 (46,3%)	178 (42,9%)
Kodierung mit der ICD.10: T74			
Ja	103 (51,8%)	101 (46,8%)	204 (49,2%)
Nein	96 (48,2%)	115 (53,2%)	211 (50,8%)
Gefährdungseinschätzung bei Fallabschluss			
Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls ist eingetreten	78 (39,2%)	68 (31,5%)	146 (35,2%)
Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls könnte bestehen	73 (36,7%)	89 (41,2%)	162 (39,0%)
Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls besteht nicht	48 (24,1%)	59 (27,3%)	107 (25,8%)
Art der Kindeswohlgefährdung			
Misshandlungsverdächtige Hämatome	22 (11,1%)	10 (4,6%)	32 (7,7%)
Sexueller Missbrauch	18 (9,0%)	11 (5,1%)	29 (7,0%)
Emotionale/körperliche Vernachlässigung	136 (68,3%)	172 (79,6%)	308 (74,2%)
Keine Angabe	23 (11,6%))	23 (10,6%))	46 (11,1%))
Anzahl der Praxisvorstellungen bis zum Fallabschluss			
1-2 Mal	89 (44,7%)	96 (44,4%)	185 (44,6%)
3-5 Mal	56 (28,1%)	62 (28,7%)	118 (28,4%)
mehr al 5 Mal	54 (27,1%)	58 (26,9%)	112 (27,0%)
Inobhutnahme durch das Jugendamt			
Ja	30 (15,1%)	22 (10,2%)	52 (12,5%)
Nein	169 (84,9%)	194 (89,8%)	363 (87,5%)
Durchführung einer erweiterten Anamnese			
Ja	128 (64,3%)	115 (53,2%)	243 (58,6%)
Nein	71 (35,7%)	101 (46,8%)	172 (41,6%)

Die Prozessqualität wurde mit einem eigens für diesen Zweck entwickelten Scoringsystem erhoben, welches die leitliniengerechte Diagnostik auf einer Skala von 0 bis 20 Punkten darstellt (siehe Methodenteil). Die Verteilung der Scorewerte innerhalb der Range von 0 bis 20 Punkten ist

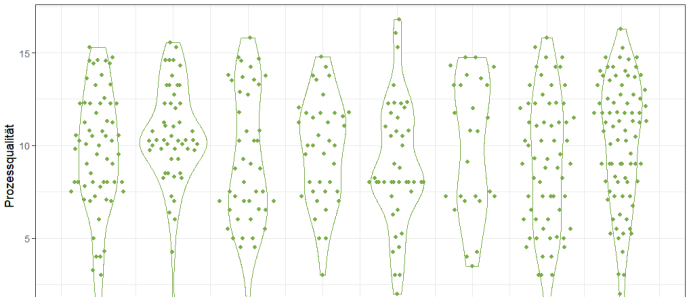


Abbildung 18: Verteilung der Scorewerte innerhalb der Range von 20 Punkten im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

in Abb. 18 im Zeitverlauf dargestellt.

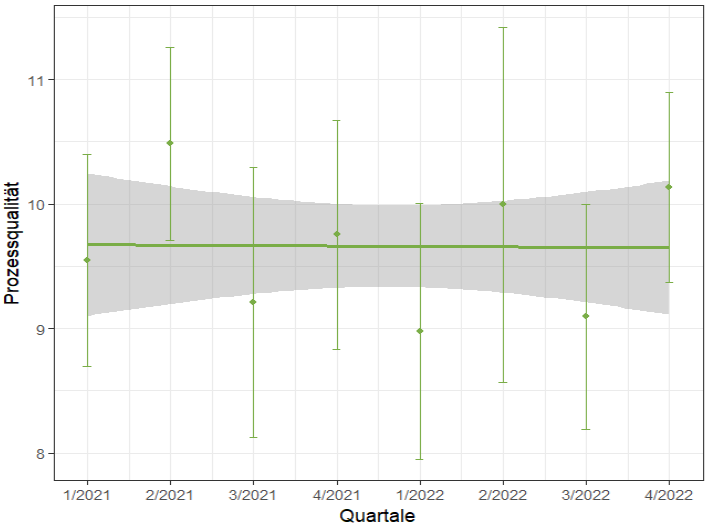


Abbildung 19:Mittlere Scorewerte der Praxen im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase.

Obwohl die Verteilungen in den jeweiligen Quartalen unterschiedlich sind, ist im Zeitverlauf keine systematische Veränderung feststellbar. Dies wird auch durch die Darstellung der Mittelwerte für die jeweiligen Quartale mit zugehöriger linearer Regressionsgrade deutlich (Abb. 19).

Hier ist deutlich zu sehen, 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.

3.1.2. MeKidS.units

Strukturqualität

Handlungsabläufe und Personal: Während des Berichtszeitraums wurden die MeKidS.units nach Veränderungsmarkern in der internen Struktur sowie in der Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der jeweiligen Unit befragt. Eine wichtige Kenngröße war hierbei die Diagnostik gemäß den in der AWMF S3+ Kinderschutzleitline definierten Standards. Hier ergab sich die in Tabelle 5 dargestellte Verteilung.

Tabelle 5: Diagnostik gemäß den in der AWMF S3+-Kinderschutzleitline definierten Standards

	Häufigkeit der Nutzung von Standards			
	Nie	In einzelnen Fällen	In nahezu allen Fällen	Immer
2020	0	1	6	2
2021	0	0	5	4
2022	0	0	5	4

Werden die Werte der Skala von Nie=0 bis Immer=3 gemittelt, so zeigt sich, dass die Nutzung von Standards im Vergleich zur Baseline im Projektverlauf im Mittel von 2,1 ± 0,6 in 2020 auf 2,4 ± 0,5 für die Jahre 2021 und 2022 leicht anstieg, aber in der Erprobungszeit konstant blieb (Abb. 20).

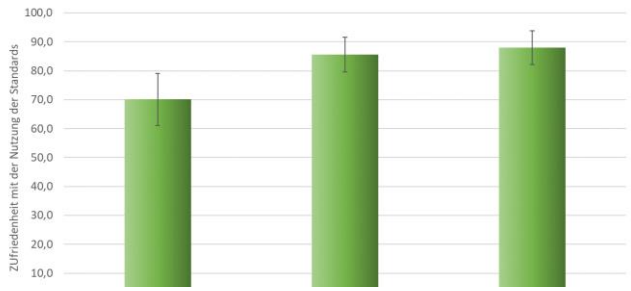


Abbildung 20: MeKidS-Units: Zufriedenheit mit der Nutzung der Standards im zeitlichen Verlauf

Die Zufriedenheit mit der Nutzung der Standards (Abb. 20) stieg statistisch signifikant (t=3,27; p=0.01) auf einer Skala von 0= „überhaupt nicht zufrieden“ bis 100 = „absolut zufrieden“ im Mittel von

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

70,1 ± 13,4 in der Baselinephase 2020 auf 85,6 ± 9,1 in 2021 und 88,0 ± 8,6 in 2022.

Insgesamt konnte in der Erprobungsphase in 2021 eine geringe Steigerung in der durchschnittlichen Nutzung von Hilfsmitteln in der Befunddokumen-tation im Vergleich zur Baseline festgestellt werden (2020: 2,3 ± 0,9; 2021: 2,4 ± 0,9), die allerdings 2022 wieder zurückging (2,0 ± 1,2) (Tab. 6).

Tabelle 6: Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln

	Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln			
	Nie	**Selten**	**Oft**	**Immer**
2020	0	2	2	5
2021	0	2	1	6
2022	1	3	0	5

Insbesondere stieg der mittlere prozentuale Anteil der Nutzung von Videodokumentation im Verhältnis zur Fotodokumentation in den Units signifikant (t=2,67; p=0,03) von 49,8% in der Baselinephase 2020 auf 56,7% in 2021 und auf 88,6% in 2022.

Tabelle 7: Häufigkeit der Nutzung von Hilfsmitteln

	Anzahl von internen Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung			
	Keine	**Eine**	**Zwei**	**Mehr als Zwei**
2020	1	0	2	6
2021	1	0	1	7
2022	0	1	3	5

Die Häufigkeit von internen Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung in den Units blieb im zeitlichen Verlauf des Projektes auf einem hohen Niveau (Tab. 7).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Der Anteil der verschiedenen Berufsgruppen, die an den Schulungen teilnahmen, stieg in der Erprobungsphase an (Tab. 8).

Tabelle 8: Anteil der verschiedenen Berufsgruppen in internen Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung

	Berufsgruppen in internen Schulungen zum Thema Kindeswohlgefährdung				
	Ärzte	**Pflegekräfte**	**Psychologen**	**Sozialdienst**	**Sonstige**
2020	8	7	3	5	5
2021	7	5	2	5	5
2022	9	8	7	8	6

Entsprechend hoch ist die Anzahl der unterschiedlichen Professionen, die regelhaft bei einer multiprofessionellen Fallbesprechung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beteiligt sind (Tab. 9).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 9: Anzahl der unterschiedlichen Professionen die regelhaft bei einer multiprofessionellen Fallbesprechung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beteiligt sind

	Arzt mit Kinder-schutzerfahr. aus Päd.	Arzt ohne Kinderschutz-erfahr. aus Päd.	Arzt nicht aus Päd.	Fachkräfte des Sozialdienst	Pflege-kräfte	Psycho-logen
2020	6	7	5	6	8	7
2021	4	5	6	6	5	8
2022	6	6	7	8	7	6

Auch die mittlere Anzahl der zertifizierten Kinderschutz-mediziner:innen und die Anzahl der Mitarbeiter:innen in den MeKidS.units, die das E-Learning Zertifikat „Grundkurs: Kinderschutz in der Medizin“ erworben haben, stieg im Vergleich mit der Erprobungsphase in den MeKidS.units an.

Netzwerk (medizinische Einrichtungen): Die medizinischen Einrichtungen, durch die die MeKidS.units bzw. MeKidS.teams Vorstellungen mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung erhalten, ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Hier konnte kein einheitlicher zeitlicher Trend festgestellt werden (Tab. 10).

Tabelle 10: Mittlere Anzahl der zertifizierten Kinderschutzmediziner:innen und die Anzahl der Mitarbeiter:innen, die das E-Learning Zertifikat „Grundkurs: Kinderschutz in der Medizin“ erworben haben

	Anzahl zertifizierten Kinderschutzmediziner	Anzahl zertifizierten Mitarbeiter
2020	1,0 ± 0,0	6,2 ± 5,4
2021	1,3 ± 0,5	7,0 ± 6,4
2022	1,6 ± 0,8	8,4 ± 6,8

Netzwerk (nichtmedizinische Einrichtungen): In Bezug auf feste Ansprechpartner:innen in dem/den für Ihre Patient:innen zuständigen Jugendamt/-ämtern zeigte sich ebenfalls eine positive Tendenz: Während in der Baselinephase nur fünf der neun MeKidS.units eine:n festen Ansprechpartner:in angaben, erhöhte sich dieser Wert nach einer Reduktion auf drei von neun MeKidS.units in 2021 auf acht von neun Units in 2022. Entsprechend gaben alle MeKidS.units in 2022 an, dass sie eine Kontaktliste von Jugendämtern führen und über entsprechende Erreichbarkeiten des Jugendamtes informiert sind (Tab. 11).

Tabelle 11: Medizinische Einrichtungen, von denen die MeKidS.units bzw. MeKidS.teams Vorstellungen mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung erhalten

	Andere Kranken-häuser	Andere MeKidS-Units	Früh-förde-rung	Nieder-gel. Ärzte	Nieder-gel. Pädiater	Öffentl. Gesund-heits-dienst	Rechts-med. Ambu-lanz	Sozial-päd. Zen-trum	Sonstige
2020	4	4	4	2	2	5	5	3	3
2021	4	3	6	6	3	4	6	5	3
2022	5	4	6	5	4	5	4	6	2

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auch hier stiegen die Zufriedenheitswerte auf einer Skala von 0= „überhaupt nicht zufrieden“ bis 100 = „absolut zufrieden“: Für den Teilbereich „Erreichbarkeit“ stiegen die Werte von im Mittel 59,8 ± 19,3 in der Baselinephase 2020 statistisch signifikant (t=2,76, p=0,006) auf 76,0 ± 22,1 in 2021 bzw. auf 72,8 ± 19,7 in 2022. Für den Teilbereich „Nützlichkeit“ veränderte sich der Mittelwert von 70,0 ± 14,4 in der Baselinephase 2020 auf 81,6 ± 16,3 in 2021 und auf 78,7 ± 18,5 in 2022. Für den Teilbereich „Verfügbarkeit“ lag der Mittelwert in der Baselinephase 2020 bei 64,8 ± 16,5 und stieg auf 74,0 ± 14,2 in 2021 bzw. auf 72,6 ± 21,9 in 2022 (Abb. 21).

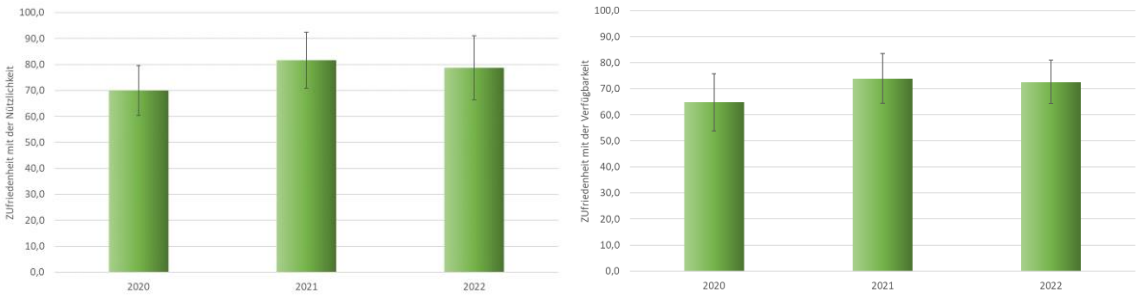


Abbildung 21: MeKidS.units: Zufriedenheit mit „Erreichbarkeit“, „Verfügbarkeit“ und „Nützlichkeit“ der Jugendämter

Auch die Vertrautheit mit der Arbeit des Jugendamtes stieg auf einer Skala von 0=nicht vertraut bis 3=vollkommen vertraut von 2,2 ± 0,7 in der Baselinephase auf 2,4 ± 0,5 im gesamten Projektzeitraum leicht an. Die Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe blieb im Projektzeitraum in den drei Domänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“, und „Verfügbarkeit“ relativ konstant und in einer vergleichbaren Größenordnung mit der Zufriedenheit mit den Jugendämtern (Abb. 22).

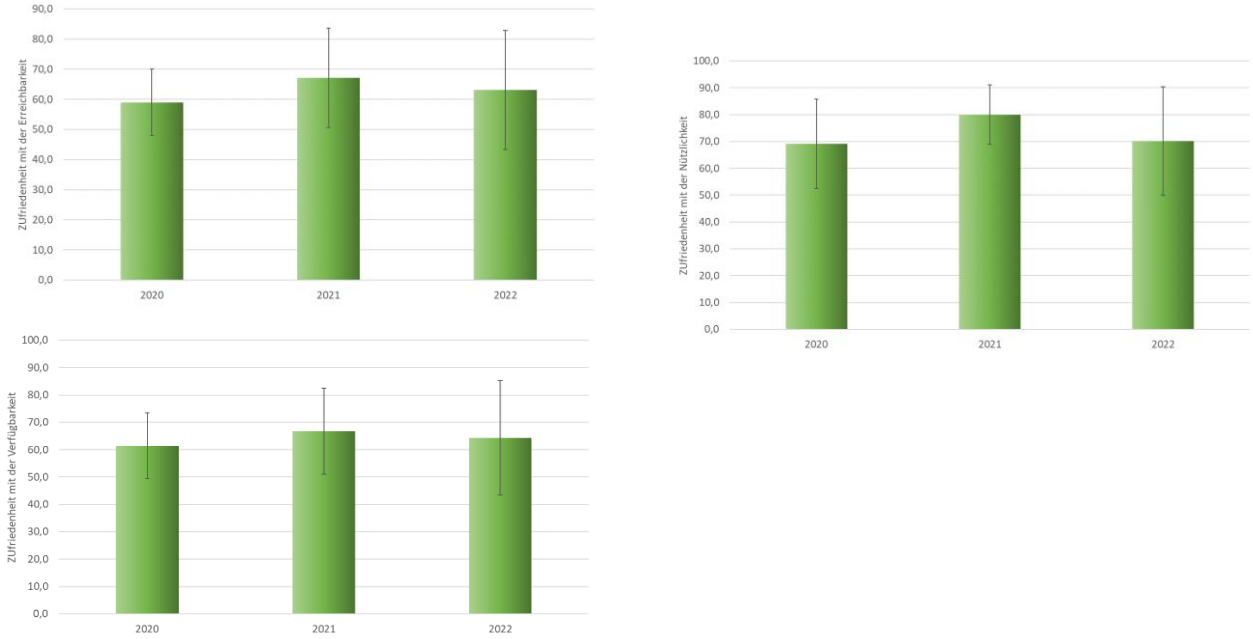


Abbildung 22: Zufriedenheit mit den niederschwelligen Beratungs- und Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe in den Subdomänen „Erreichbarkeit“, „Nützlichkeit“ und „Verfügbarkeit“.

Zusammenfassende Einschätzung: Insgesamt stieg die Zufriedenheit der MeKidS.units in Bezug auf die Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit dem lokalen Netzwerk auf einer Skala von 0= „überhaupt nicht zufrieden“ bis 100 = „absolut zufrieden“ im Mittel von 77,2 ± 12,0 in der Baselinephase 2020 auf 80,8 ± 11,0 in 2021 und 84,1 ± 10,9 in

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2022 für den Teilbereich „Zufriedenheit mit dem Management“, und von 70,6 ± 14,8 in der Baselinephase 2020 auf 74,0 ± 23,6 in 2021 und 79,6 ± 26,1 in 2022 für den Teilbereich „Zufriedenheit mit dem lokalen Netzwerk“ (Abb. 23).

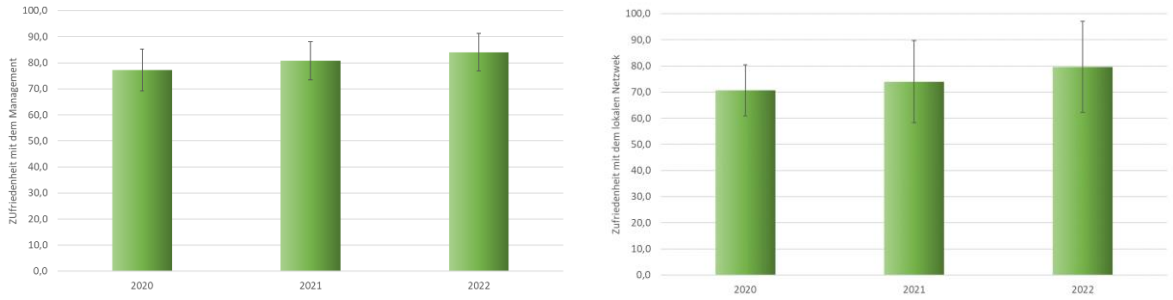


Abbildung 23: MeKidS-Units: Zufriedenheit mit a) dem Management und b) dem lokalen Netzwerk

Die globale Einschätzung, wie sicher sich die Mitarbeiter:innen der MeKidS.teams in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung fühlen (Abb. 24), wurde abschließend auf einer Skala von 0= „unsicher“ bis 100 = „absolut sicher“ wie folgt eingeschätzt: Baseline 2020: 76.4 ± 14.5; 2021: 82.4 ± 12.7; 2022: 88.6 ± 9.2(Abb. 24). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (t=2,4; p=0,04).

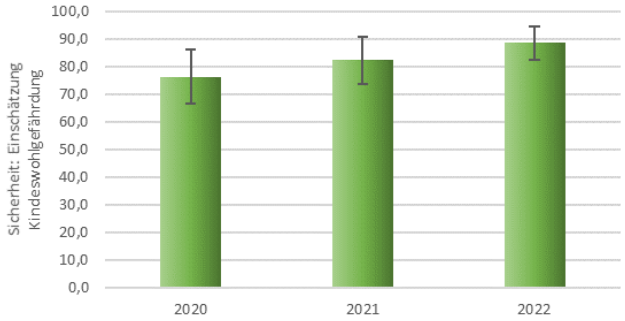


Abbildung 24: MeKidS.units: Sicherheit in der Detektion bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Ergebnisqualität

Die Zahl der gesamten (abgeschlossenen und nicht abgeschlossenen) MeKidS.best Fälle in den neun MeKidS.units lag im Erprobungszeitraum 2021-2022 bei 4.209 Fällen, von denen 2.086 (51,2%) im Jahr 2021 und 2.128 (48,8%) im Jahr 2022 dokumentiert wurden (Tab. 12).

Tabelle 12: Basisdaten des Erprobungszeitraums der neun MeKidS.units

	2020 (Baseline)*	2021 (Erprobung)	2022 (Erprobung)	Gesamt (Erprobung)
Behandelte Kinder/Jugendliche	96.666	230.431 (47,5%)	254.827 (52,5%)	485.258 (100,0%)
Anzahl Kinderschutzfälle	1050	2.081 (49,4%%)	2.128 (50,6%)	4.209 (100,0%)
Art des Falles				
Offen	183	250 (12,0%)	233 (10,9%)	483 (11,5%)
Abgeschlossen	867	1.831 (88,0%)	1.895 (89,1%)	3.726 (88,5%)
Quartal 1:		464	538	
Quartal 2:		447	444	
Quartal 3:	563	450	463	
Quartal 4:	487	470	450	
Kodierung mit der ICD-10: T74	562 (53,5%)	1.088 (52,3%)	1.408 (66,2%)	2.496 (59,3%)

*In der Baseline wurden lediglich die Quartale 3 und 4 erhoben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Von diesen 4.209 MeKidS.best Fällen wurden im Erprobungszeitraum insgesamt 3.726 Kinderschutzfälle (88,5%) als abgeschlossen dokumentiert, davon 1.831 Fälle im Jahr 2021 und 1.895 Fälle in 2022. Gemessen an den Gesamtfällen aller 485.258 in den Units in diesen Jahren behandelten Kinder/Jugendlichen, lag damit eine Gesamtinzidenzraten der abgeschlossenen Fälle im gesamten Erprobungszeitraum von 0,77% vor.

Im Vergleich zur Inzidenzrate der Baseline der beiden Quartale Q3 und Q4 des Jahres 2020, die bei 1,09% lag, ergibt sich im Binomialtest zwischen den Inzidenzraten ein signifikanter Unterschied (T=8,94; p<0,001) zugunsten der Baseline.

Der differenzierte zeitliche Verlauf der Inzidenzrate der abgeschlossenen Fälle über die gesamten acht Quartale ist in Abb. 25 dargestellt. Während die Inzidenzrate im gesamten ersten Erprobungsjahr 2021 deutlich sank, konnte im ersten Quartal des Jahres 2022 eine Steigerung festgestellt werden, nach der die Inzidenzrate allerdings wieder sank.

Eine Erklärung für diesen Verlauf liegt in der Gesamtzahl der in den MeKidS.units behandelten Kinder, die im Gegensatz zur der in der Hypothese getroffenen Annahme nicht stabil blieb, sondern über alle MeKidS.units von einer mittleren Anzahl von 48.333 Fällen in der Baselinephase auf 57.608 Fälle im Jahr 2021 (+19.2%) und 63.707 Fälle im Jahr 2022 (+31.8%) sehr stark zunahm, während die Anzahl der Kinderschutzfälle im Mittel von 434 Fällen in der Baselinephase auf 458 Fälle in 2021 (+5,6%) und auf 474 Fälle in 2022 (+9,3%) weniger stark zunahm.



Abbildung 25: Zeitlicher Verlauf der Inzidenzraten der detektierten Kinderschutzfälle in den neun MeKidS.units. Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall

Wenn in einer Modellrechnung die mittleren Fallzahlen aus der Baselinephase (N=48.333) pro Quartal auch für den Erprobungszeitraum zugrunde gelegt werden, so ergibt sich unter Berücksichtigung der empirisch detektierten Kinderschutzfälle der in Abb. 25 hellgrün gezeichnete Verlauf der Inzidenzraten, die bis auf das 1. Quartal 2022 relativ stabil sind.

Eine weitere Hypothese bestand darin, dass durch die neue Versorgungsform der Anteil der ICD-10: T74-kodierten MeKidS.best Fälle ansteigt (Abb. 26). Dieser lag im Erprobungszeitraum der Quartale 3 und 4 des Jahres 2020 bei 562 kodierten von insgesamt 1.050 Kinderschutzfällen (53,5%), im Erprobungszeitraum im Jahr 2021 bei 1.088 von 2021 Fällen (52,3%), und im Jahr 2022 stieg der Anteil der T74 kodierten Kinderschutzfälle auf 1.408 von 2.128 Fällen (66,2%).

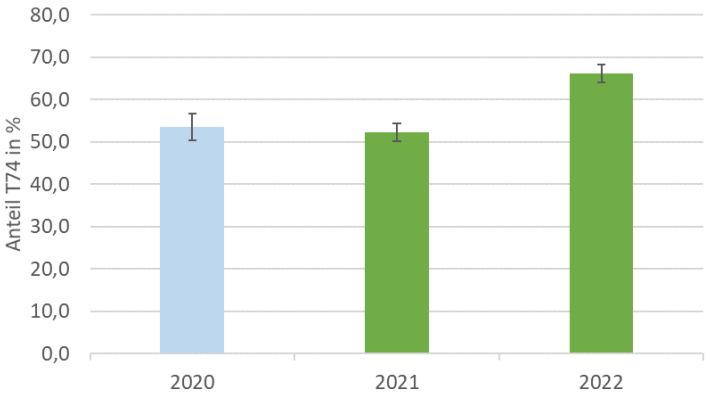


Abbildung 26: Vergleich der prozentualen Anteile der ICD-10: T74-kodierten MeKidS.best Fälle in den neun MeKidS.units der Erprobungsphase 2021 bis 2022 (grün) mit der Baseline 2020 (blau). Fehlerbalken bezeichnen das 95% Konfidenzintervall.

Während zwischen der Baselinephase und dem ersten Erprobungsjahr keine signifikante Veränderung detektiert werden konnte (T=-0,36, p<0,36), lagen signifikante Änderungen für das

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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.

Prozessqualität

Von den 3.726 abgeschlossenen Fälle der neun MeKidS.units konnten für die Ermittlung der Prozessqualität 3.665 Fälle (98,4%) berücksichtigt werden. In Tabelle 13 sind deren wichtigsten Kenngrößen dargestellt.

Tabelle 13: Basisdaten des Erprobungszeitraums der neun MeKidS.units

	2021	2022	Gesamt
Geschlecht			
Männlich	774 (42,9%)	807 (43,4%)	1581 (43,1%)
Weiblich	1032 (57,1%)	1052 (56,6%)	2084 (56,9%)
Altersgruppe			
< 18 Monate	497 (27,5%)	499 (26,8%)	996 (27,2%)
18 bis < 36 Monate	197 (10,9%)	172 (9,3%)	369 (10,1%)
36 Monate bis < 6 Jahre	319 (17,7%)	354 (19,0%)	673 (18,4%)
6 bis < 12 Jahre	330 (18,3%)	380 (20,4%)	710 (19,4%)
12 bis < 18 Jahre	463 (25,6%)	454 (24,4%)	917(25,0%)
Zustandekommen des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung			
Innerhalb der Unit	915 (50,7%)	914 (49,2%)	1829 (49,9%)
Außerhalb der Unit	882 (48,8%)	939 (50,5%)	1821 (49,7%)
Nicht dokumentiert	9 (0,5%)	6 (0,3%)	15 (0,4%)
Abklärungsprozess			
rein ambulant	778 (43,1%)	869 (46,7%)	1647 (44,9%)
stationär	1028 (56,9%)	990 (53,3%)	2018 (55,1%)
Kodierung mit der ICD 10: T74			
Ja	981 (54,3%)	1256 (67,6%)	2237 (61,0%)
Nein	825 (45,7%)	603 (32,4%)	1428 (39,0%)
Gefährdungseinschätzung bei Fallabschluss			
Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls ist eingetreten	660 (36,5%)	581 (31,3%)	1241 (33,9%)
Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls könnte bestehen	865 (47,9%)	973 (52,3%)	1838 (50,2%)
Beeinträchtigung/Gefährdung des Kindeswohls besteht nicht	281 (15,6%)	305 (16,4%)	586 (16,0%)
Art der Kindeswohlgefährdung			
Misshandlungsverdächtige Hämatome	419 (23,2%)	438 (23,6%)	857 (23,4%)
Misshandlungsverdächtige Frakturen	32 (1,8%)	39 (2,1%)	71 (1,9%)
Misshandlungsverdächtige therm. Verletzung	6 (0,3%)	10 (0,5%)	16 (0,4%)
Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	18 (1,0%)	18 (1,0%)	36 (1,0%)
Sexueller Missbrauch	255 (14,1%)	317 (17,1%)	572 (15,6%)
Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen	44 (2,4%)	49 (2,6%)	93 (2,5%)
Emotionale/körperliche Vernachlässigung	1002 (55,5%)	942 (50,7%)	1944 (53,0%)
Keine Angabe	30 (1,7%)	46 (2,5%)	76 (2,1%)
Inobhutnahme durch das Jugendamt			
Ja	291 (16,1%)	291 (15,7%)	582 (15,9%)
Nein	1515 (83,9%)	1568 (84,3%)	3083 (84,1%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Prozessqualität wurde mit einem eigens für diesen Zweck entwickelten Scoringsystem erhoben, welches die leitliniengerechte Diagnostik auf einer Skala von 0 bis 20 Punkten mit 10 Unterdimensionen mit jeweils maximal 2 Punkten je Dimension darstellt (siehe Methodenteil). Von den insgesamt 3.726 dokumentierten abgeschlossenen MeKidS.best Fällen in den MeKidS.units konnten 3.665 Fälle (98,4%) mit ausreichend dokumentierten Items berücksichtigt werden. Die Verteilung der Scorewerte innerhalb der Range von 20 Punkten im Zeitverlauf ist in Abb. 27 dargestellt.

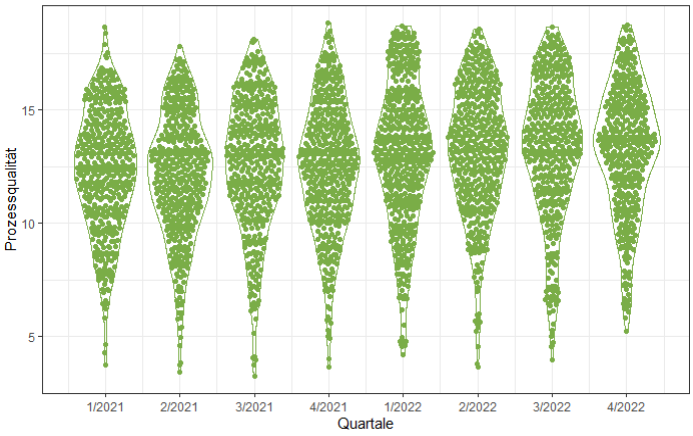


Abbildung 27: Verteilung der Scorewerte in den MeKidS.units innerhalb der Range von 20 Punkten im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase

Im Zeitverlauf ist hier eine Verschiebung der Verteilung hin zu höheren Werten feststellbar. Diese Veränderung wird durch die Darstellung der Mittelwerte für die jeweiligen Quartale mit zugehöriger linearer Regressionsgrade deutlich.

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), was in der Abb. 28 durch die Konfidenzintervalle der Regressionsgraden visualisiert wird.

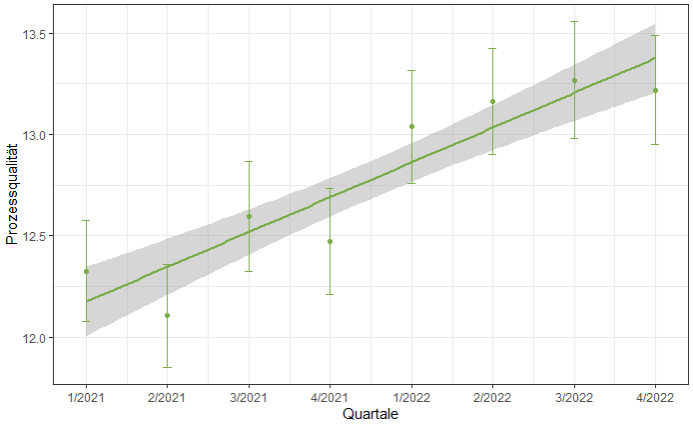


Abbildung 28: Mittlere Scorewerte in den MeKidS.units im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase.

Von den 3.665 Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wurden 1.647 (44,9%) rein ambulant versorgt, während 2.018 Fälle (55,1%) nach zunächst ambulanter Vorstellung zur weiteren Diagnostik stationär eingewiesen wurden. Die Verteilung der Scorewerte für diese beiden Subpopulationen ist in Abb. 29 dargestellt.

Hier ist neben einem Anstieg in beiden Gruppen im zeitlichen Verlauf auch ein Unterschied zwischen den beiden Subpopulationen erkennbar, der deutlicher wird, wenn die

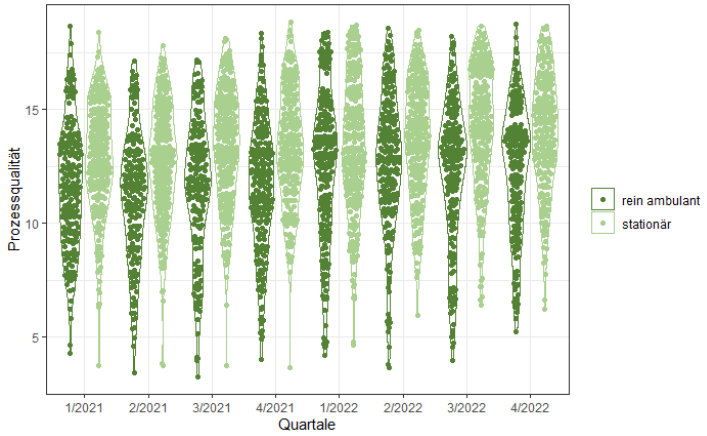


Abbildung 29: Verteilung der Scorewerte in den MeKidS.units innerhalb der Range von 20 Punkten im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase aufgeteilt nach ambulanten (dunkelgrün) und stationären Fällen (hellgrün).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

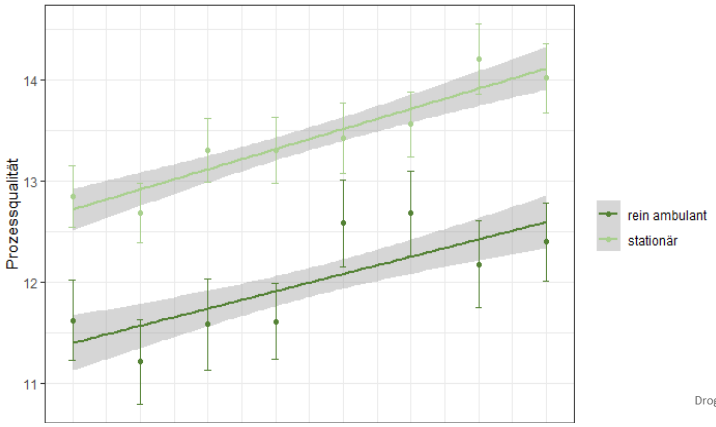


Abbildung 30: Mittlere Scorewerte der ambulant bzw. stationär versorgen Kinderschutzfälle im zeitlichen Verlauf der Erprobungsphase in den MeKidS.units

Populationsmittelwerte im zeitlichen Verlauf dargestellt werden.

Neben dieser Unterteilung kann der Scorewert der Prozessqualität auch unter dem Blickwinkel der unterschiedlichen Arten der Kindeswohlgefährdung betrachtet werden. Erprobungszeitraum das in Abb.31 erkennbare Ranking.

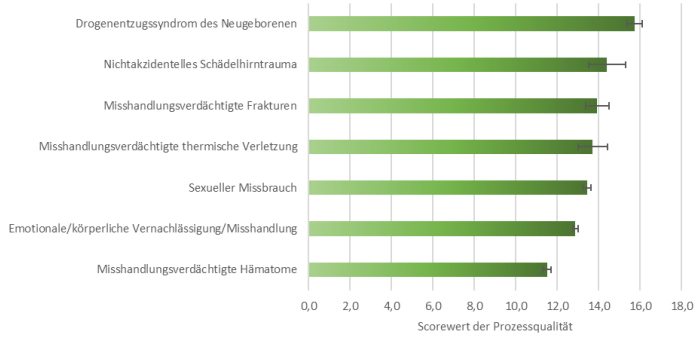


Abbildung 31: Ranking der Scorewerte über den gesamten Erprobungszeitraum nach Art der Kindeswohlgefährdung in den MeKidS.units

Da sich der Gesamtscore aus zehn verschiedenen Subdomänen à zwei Punkten zusammensetzt (s. Methodenteil), ist es von Interesse gewesen, in welchen dieser Subdomänen es zu Veränderungen gekommen ist. Abbildung 32 schlüsselt den Gesamtscore entsprechend auf und stellt die mittleren Punktwerte pro Subdomäne aus dem Quartal 1/2021 dem Quartal Q4 2022 gegenüber.

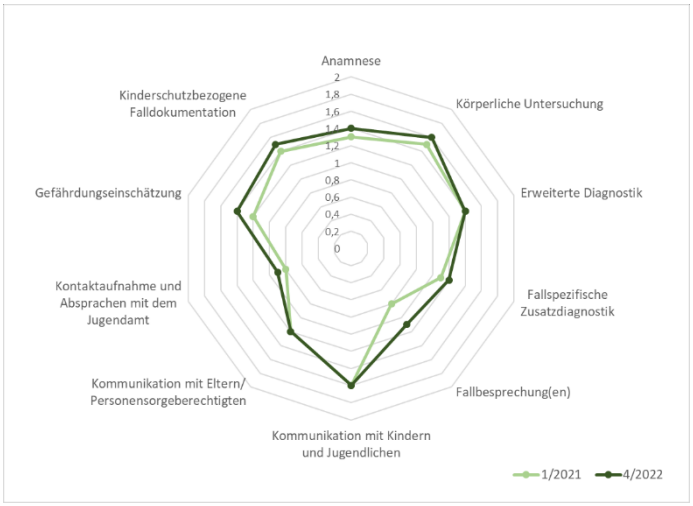


Abbildung 32: Veränderung der Scorewerte für die MeKidS.units in den Subdomänen über den Projektzeitraum

Deutlich zu sehen ist, dass es in keiner Subdomäne zu Verschlechterungen in den Scorewerten im Projektzeitraum kam. Während die Bereiche der Diagnostik und der Kommunikation auf unterschiedlichen Leveln relativ konstant im Scoring blieben, gab es insbesondere in den Fallbesprechungen, der Gefährdungseinschätzung, der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt und der kinderschutzbezogenen Falldokumentation erkennbare Verbesserungen. Diese Veränderungen sind auch in den beiden Subpopulationen der ambulant und stationär versorgten Kinderschutzfälle zu sehen (Abb. 33).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



Abbildung 33: Veränderung der Scorewerte in den MeKidS.units in den Subdomänen über den Projektzeitraum in den Subpopulationen der ambulant (links) und stationär versorgten Kinderschutzfälle (rechts)

In Bezug auf die Höhe der Scorewerte zeigt die Abbildung 34 die Verteilung zum Ende der Erprobungsphase in 4/2022 über alle Kinderschutzfälle. Hier zeigt sich, dass bei den Subdomänen „Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen“ und „Körperliche Untersuchung“ im Median aller Kinderschutzfälle bereits (nahezu) der maximale Scorewert vergeben wurde. In andere Subdomänen, wie etwa der „Fallbesprechung“ oder der „Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt“ liegt eine deutlich breitere Verteilung der Scorewerte vor.

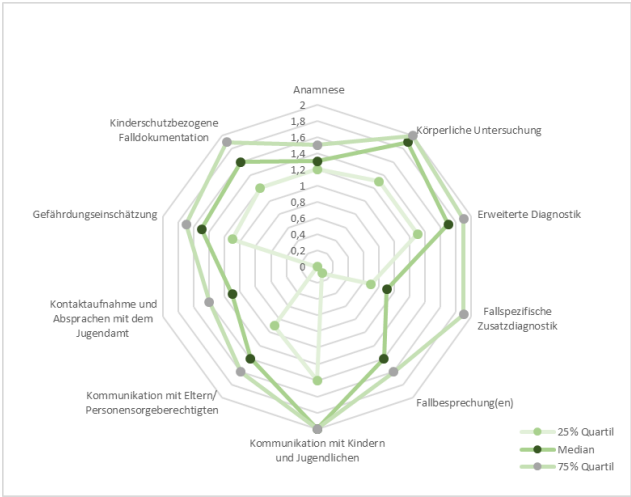


Abbildung 34: Quartilsverteilung der Scorewerte am Ende der Erprobungsphase in den MeKidS.units

3.2. Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation sind jeweils getrennt für MeKidS.Praxen (Abschnitt 3.2.1,) und MeKidS.units (Abschnitt 3.2.2.) aufgeführt. Dabei werden jeweils zunächst die Ergebnisse zu den fallbezogenen Ressourcenverbräuchen dargestellt, die im Rahmen der fallbezogenen Evaluation ermittelt wurden (vgl. Abschnitt 2.2.1. „Fallbezogenen Ressourcenverbräuche und fallbezogene Kosten“). Anschließend folgt jeweils die Darstellung der Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards (vgl. Abschnitt 2.2.2. „Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards“), der auf Angaben aus der Strukturerhebung und aus den Leitfadeninterviews beruht. Im Rahmen von Abschnitt 3.3. erfolgt die Betrachtung der Ressourcenverbräuche auf der Basis aggregierter Routinedaten von Krankenkassen.

3.2.1. MeKidS.Praxen

Fallbezogenen Ressourcenverbräuche und fallbezogene Kosten

Insgesamt konnten in den 15 MeKidS.Praxen 369 Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in die gesundheitsökonomische Evaluation zur Auswertung eingeschlossen werden. Die in der Stichprobe enthaltenen Fälle betrafen zu 56% männlich und 44% weibliche Patient:innen. Die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

häufigste vertretene Altersgruppe war mit 38% der Fälle die Altersgruppe der 36 Monate bis unter 6 Jahre alten Patient:innen, gefolgt von der Altersgruppe der 6- bis unter 12-Jährigen mit 26% der Fälle. Den geringsten Anteil machte mit 8% die Altersgruppe der 12- bis unter 18-Jährigen aus. (Detaillierte Ergebnisse zur Studienpopulation je Erprobungsphase und je Fallvignette, finden sich Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen)

Auf die Frage, welche Hinweise/Verdachtsmomente auf welche Form der Kindeswohlgefährdung unter Berücksichtigung des gesamten Abklärungsprozesses jeweils am ehesten bzw. vorwiegend vorlagen, wurde mit 83% im Großteil der Fälle *emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung* und/oder *emotionale Misshandlung* angegeben. Weitere Formen der Kindeswohlgefährdung sind mit 9% der Fälle *misshandlungsverdächtige Hämatome* und bei 8% der Fälle *sexueller Missbrauch*. (Detaillierte Ergebnisse zu den Häufigkeiten der Fallvignetten, finden sich im Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen)

Im Rahmen der Abklärung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung kamen die einzelnen Maßnahmen in den Praxen unterschiedlich häufig zum Einsatz. Während in jedem Fall *weitere körperliche Untersuchungen oder Entwicklungsuntersuchungen* durchgeführt wurden, kamen *erweiterte Anamnesen* in 59% der Fälle zum Einsatz. Lediglich bei 7% der Abklärungen eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung wurde von den MeKidS.Praxen eine *pseudonymisierte Fallberatung* in Anspruch genommen. (Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der Maßnahmen, finden sich im Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen)

Für die *erweiterte Anamnese* sowie *Arztgespräche mit den Eltern und Personensorgeberechtigten* wurde nur der Zeitverbrauch der Pädiater:innen erhoben. Ansonsten variiert die Einbindung der unterschiedlichen Berufsgruppen in die kinderschutzbezogenen Maßnahmen. Pädiater:innen waren, abgesehen von der *Fotodokumentation* (88%), der *pseudonymisierten/anonymisierten Fallberatung* (78%) sowie der Erstellung des *Hilfe- und Schutzkonzeptes* (54%), immer federführend an der Durchführung der Maßnahmen beteiligt, sofern diese durchgeführt wurden. MFAs waren am häufigsten an *Arztgesprächen mit Kindern/Jugendlichen* (62%), der *erweiterten Dokumentation* (86%) und den *Fallbesprechungen* (76%) beteiligt 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%).

Die *erweiterte Dokumentation*, die insgesamt selten zum Einsatz kam, weist sowohl für die Pädiater:innen als auch für die MFAs einen Zeitverbrauch von 20 Minuten im Median auf. Für die *Fallbesprechung* ergab sich Zeitverbrauch im Median von ebenfalls 20 Minuten bei den Pädiater:innen und MFAs. Der Zeitverbrauch des anderen Praxispersonals betrug hingegen im Median 33 Minuten. Für die Kategorie *weitere Maßnahmen* wurden Zeitverbräuche der Pädiater:innen von 35 Minuten im Median berichtet. Damit ergeben sich in der fallbezogenen Erhebung mit jeweils 35 Minuten die größten Zeitaufwände für die Maßnahmen *erweiterte Anamnese* und *weitere Maßnahmen*. (Detaillierte Ergebnisse zu den Zeitverbräuchen je Berufsgruppe, finden sich im Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen)

In den Praxen ergaben 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€.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bezogen auf die sechs Dimensionen variierte die Höhe der jeweiligen medianen Kosten zwischen 24€ und 69€ (Abb. 35). Die Dimension *Anamnese* verursachte im Median Kosten von 42€, die Dimension *Gespräche* 45€. Die höchsten Kosten fielen in der Dimension *Diagnostik/Dokumentation* mit 69€ im Median an. Diese Dimension enthält auch mit den *weiteren körperlichen Untersuchungen* nicht nur die am häufigsten erbrachte Maßnahme, sondern auch die mit 69€ im Median teuerste Maßnahme; wobei zu beachten ist, dass sich die Dimension *Diagnostik/Dokumentation* zum Teil aus Maßnahmen mit Zeitverbräuchen aus der fallbezogenen Erhebung und zum Teil aus Zeitverbräuchen der Nacherhebung zusammensetzt.

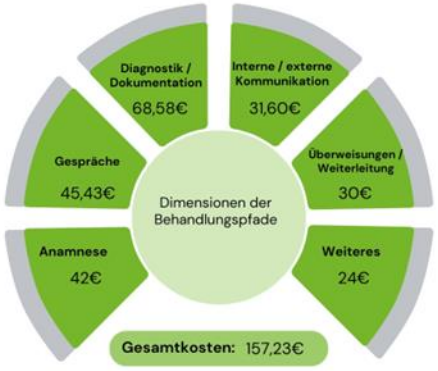


Abbildung 35: Fallbezogene Kosten (im Median in €) für MeKidS.Praxen je Dimension

Wie sich schon in den Gesamtkosten abzeichnete, wiesen die einzelnen Dimensionen mit Ausnahme der *Anamnese* große Spannweiten in ihren Kosten auf. Die größte Spannweite in den Kosten zeigte sich in der Dimension *Weiteres* (3€ bis 153€). Die Unterschiede werden zum einen durch unterschiedliche zeitliche Aufwände, zum anderen aber auch wesentlich durch unterschiedliche Häufigkeiten des Einsatzes der einzelnen Maßnahmen verursacht.

Der Einfluss der Häufigkeit zeigte sich ebenfalls in der Subgruppenanalyse nach Erprobungsphase 1 (EP1) im Vergleich zur Erprobungsphase 2 (EP2). Die medianen Gesamtkosten sind in der Erprobungsphase 2 im Vergleich zur Erprobungsphase 1 geringfügig von 155€ auf 159€ angestiegen.

Im Rahmen der Sensitivitätsanalyse wurden Entwicklungen der Arbeitskosten berücksichtigt. Dabei zeigte sich eine Erhöhung der Gesamtkosten um 19%. [Detaillierte Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse, finden sich im Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen).

Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards

Die Praxen, die sich in der Baselinephase an der Erhebung zur Strukturqualität beteiligten, berichteten im Mittel, dass sich MeKidS.Praxen an 1,79 Treffen pro Jahr zur Netzwerkarbeit (etwa Arbeitskreistreffen „Frühe Hilfen“). Nach den Ergebnisse der Leitfadeninterviews dauerten diese Treffen 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, fielen pro MeKidS.Praxis 350€ für Netzwerkarbeit und 50€ für die Anfahrt an. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich in der Strukturerhebung zeigte, dass nicht alle MeKidS.Praxen Netzwerkarbeit durchführen. Werden in die Berechnung der Netzwerkkosten ausschließlich Praxen einbezogen, die Netzwerkarbeit durchführten – was den Anforderungen der Leitlinie entspricht und somit als Voraussetzung für das Erbringen von Kinderschutzleistungen gelten kann -, ergibt sich eine mittlere Beteiligung an Netzwerktreffen von 2,5 pro Jahr. Somit entstehen für MeKidS.Praxen, die Netzwerkarbeit durchführen Ressourcenverbräuche von 490€ pro Jahr für Netzwerktreffen und 70€ pro Jahr für die Anfahrt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 14: Netzwerkarbeit, Fort-/Weiterbildung und Implementierung in den Praxen

Art der Implementierungskosten – MeKidS.Praxen	Mittlere Anzahl der Sitzungen pro Jahr[1]	Dauer pro Einheit[2]	Minuten pro Jahr	Kosten pro Minute	Kosten der Komponente pro Jahr
Netzwerkarbeit (alle Praxen)					
nur Ärzt:in	1,79				
Teilnahme		163,33	291,66	1,20€	349,99€
Anfahrt		23,33	41,67	1,20€	50,00€
Netzwerkarbeit (nur Teilnehmer:innen)					
nur Ärzt:in	2,5				
Teilnahme		163,33	408,33	1,20€	489,99€
Anfahrt		23,33	58,33	1,20€	70,00€
Externe Fort-/Weiterbildung (alle Praxen)					
nur Ärzt:in	1,00	160	160,00	1,20€	192,00€
Externe Fort-/Weiterbildung (nur teilnehmende Praxen)					
nur Ärzt:in	1,75	160	280,00	1,20€	336,00€
Interne Schulungen (alle Praxen)					
Ärzt:in	0,64	31,5	20,25	1,20€	24,30€
MFA	0,64	45	28,93	0,38€	10,99€
Interne Schulungen (nur teilnehmende Praxen)					
Ärzt:in	1,5	31,5	47,25	1,20€	56,70€
MFA	1,5	45	67,50	0,38€	25,65€

MFA: Medizinische:r Fachangestelte:r.

[1] Mittlere Anzahl pro Jahr nach Angaben aus der Strukturerhebung (n=14).
[2] Dauer der Einheit in Minuten gemittelt über Angaben der Praxen in den Leitfadeninterviews (n=4).
[3] Wert beruht auf einem einzigen Leitfadeninterview.

Im Rahmen der Implementierung wurden zudem von einem Teil der MeKidS.Praxen externe Fort-/Weiterbildungen zum medizinischen Kinderschutz außerhalb der Angebote des MeKidS.best Projektes besucht. An externen Fort-/Weiterbildungen beteiligten sich nach den Ergebnissen der Leitfadeninterviews ausschließlich Ärzt:innen. Über alle teilnehmenden Praxen hinweg fand im Schnitt pro Jahr eine externe Fort-/Weiterbildung pro Praxis statt, was bei einer durchschnittlichen Dauer pro Einheit von 160 Minuten zu Kosten von 192€ pro Praxis führte. Allerdings nahmen nicht alle MeKidS.Praxen externe Fort-/Weiterbildungen außerhalb des Projektes in Anspruch. Sofern in die Kostenkalkulation ausschließlich Praxen einbezogen werden, die mindestens eine externe Fort-/Weiterbildung pro Jahr in Anspruch nahmen, ergeben sich im Schnitt pro Praxis 1,75 externe Fort-/Weiterbildungen von Ärzt:innen pro Jahr. Aufgrund der Zeitverbräuche für die externe Fort-/Weiterbildung entstehen somit Kosten von 336€ pro Jahr und Praxis (Tab. 14).

Im Rahmen der Implementierung wurden zudem von einem Teil der MeKidS.Praxen interne Schulungen der Ärzt:innen sowie der MFAs durchgeführt. Bezogen auf diejenigen MeKidS.Praxen, die mindestens eine interne Schulung durchführten, wurden 1,5 interne Schulungen pro Jahr durchgeführt, die bei den Ärzt:innen jeweils gut eine halbe Stunde und bei den MFAs 45 Minuten dauerten. Die Ressourcenverbräuche ausschließlich bezogen auf MeKidS.Praxen, die interne Schulungen durchführten, betrugen 57€ für die Ärzt:innen und 26€ für die MFAs.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Rahmen der Implementierung fielen lediglich bei zwei der teilnehmenden MeKidS.Praxen Sachkosten an. In die Ermittlung der Sachkosten nicht einbezogen wurden die Kosten externer Fort-/Weiterbildungen. Im Durchschnitt beliefen sich die Sachkosten für die Implementierung auf 31€.

3.2.2. MeKidS.units

Studienpopulation: In der Baseline, d.h. zwischen Juli 2020 und Dezember 2020, konnten für die gesundheitsökonomische Evaluation der MeKidS.units insgesamt 797 Fälle für die Auswertung 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. Die 3.589 Fälle teilen sich auf in 1.776 Fälle (Erprobungsphase 1) und 1.813 Fälle (Erprobungsphase 2). Insgesamt wurden in der Erprobungsphase 1.609 Fälle ambulant und 1.980 Fälle stationär versorgt.

Jede der sieben vorgegebenen Fallvignetten wurde Fällen zugeordnet, wobei einige sehr selten gewählt wurden, wie bspw. nichtakzidentelles Schädelhirntrauma, misshandlungsverdächtigte thermische Verletzungen oder Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen. Die letzten beiden kamen in der BL nicht vor. Hinsichtlich der Verteilung der Fallvignetten zeigten sich Unterschiede auf Ebene der ambulant/stationär versorgten MeKidS.best Fälle.

In beiden Erhebungsphasen wurden Fälle dokumentiert, bei denen eine vollstationäre Aufnahme in Kooperation mit Behörden, wie bspw. dem Jugendamt oder der Polizei, stattfand. Auch eine Inobhutnahme durch das Jugendamt kam bei Fällen vor, die in der Erprobungsphase oder Baseline dokumentiert wurden.

Fallbezogenen Ressourcenverbräuche und fallbezogene Kosten

Die Auswertungen ergaben hinsichtlich der **fallbezogenen Ressourcenverbräuche** die folgenden Ergebnisse:

Vergleich zwischen Baseline und Erprobungsphase: Bezogen auf alle für die Auswertung eingeschlossenen Fälle, die in den MeKidS.units dokumentiert wurden (d.h. sowohl vollstationär versorgte als auch in den Ambulanzen), gab es in beiden Erhebungsphasen Maßnahmen, die in mehr als 75% der Fälle durchgeführt wurden. Dazu gehören die *Anamnese*, das *Aufnahmegespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten*, der *interne fachliche Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung*, die fall*spezifische Dokumentation* sowie die *Erstellung eines Arztbriefs*. Dabei zeigte sich, dass das *Aufnahmegespräch* mit den *Eltern/Personensorgeberechtigten*, der int*erne fachliche Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung* sowie die *Erstellung des Arztbriefs* statistisch signifikant häufiger in der Baseline durchgeführt wurden (jeweils: $p<0,001$). (Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Diese Tendenz stellt sich zudem 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 interpr*ofessionellen fallspezifischen Besprechung*, dem *Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen* sowie *Koordinations- und Organisationsaufgaben* (jeweils: $p<0,05$) dar. (Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Im Vergleich zwischen den Erhebungen Baseline und Erprobungsphase wurden *Gespräche am Tag der Entlassung* (p<0,001) sowie *pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung* (p<0,001) häufiger in der Erprobungsphase durchgeführt als in der Baseline – letztere wurde allerdings insgesamt anteilsmäßig nur sehr selten durchgeführt. (Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Auf Ebene des Versorgungssettings zeigten sich hinsichtlich der Durchführung einzelner Maßnahmen Unterschiede. So wurden bspw. *diagnostische Maßnahmen* häufiger im stationären Bereich durchgeführt. Hingegen wurden Aufnah*me-/Eröffnungsgespräche mit den Kindern/Jugendlichen* anteilsmäßig häufiger im ambulanten Bereich geführt. Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Vergleich der Ressourcenverbräuche - ambulante Fälle: In der Baseline wurden im Vergleich zur Erprobungsphase statistisch signifikant häufiger *Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten, weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten* (jeweils p<0,001) sowie *weitere Gespräche mit Kindern/Jugendlichen* (p<0,05) geführt. Des Weiteren erfolgten in der Baseline die folgenden Maßnahmen anteilig häufiger: *interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung* (p<0,001), *interprofessionelle Fallbesprechung* (p<0,05) sowie ein *Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen* (p<0,001). Für den Bereich der Dokumentation und Entlassung zeigte sich ebenfalls, dass *Arztbriefe* (<0,001), *fallspezifische Dokumentationen* (p<0,001), *zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben* (p<0,01) sowie *weiterer interner Austausch* (p<0,001) in der Erprobungsphase statistisch signifikant seltener, d.h. um bis zu 12% seltener(?), in der Versorgung ambulant versorgter MeKidS.best Fälle durchgeführt wurden bzw. erfolgt sind.

Die *technisch-apparative Diagnostik* (z.B. CT/MRT) spielte bei ambulant versorgten Fällen eine untergeordnete Rolle. Eine *Spurensicherung* sowie weitere Untersuchungen in Form von *Konsilen* wurden in der Erprobungsphase statistisch signifikant anteilsmäßig häufiger durchgeführt (jeweils p<0,001). Auch eine *pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung* wurde in der Erprobungsphase häufiger vorgenommen (p<0,001). (Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Vergleich der Ressourcenverbräuche - stationäre Fälle: Im Vergleich der stationär versorgten MeKidS.best Fälle stellt sich ein ähnliches Bild dar. In der Baseline wurden statistisch signifikant häufiger die folgenden Maßnahmen durchgeführt: *erweiterte Anamnese* (p<0,001), ein *fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt* (p<0,01), *weiterer interner Austausch* (p<0,001) sowie alle Formen der *Gespräche* [Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten (p<0,05); weitere Gespräche mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten (p<0,001); Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen (p<0,01); weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen (p<0,001)].

Auf Ebene der *Diagnostik* wurden Sonographien in der Erprobungsphase häufiger durchgeführt (p<0,05). Dieses trifft im Bereich der *Kommunikation* und *Diagnostik/Entlassung* auf folgende Maßnahmen zu: in*terner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung* (p<0,001), eine *pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung* (p<0,01), *fallspezifische Dokumentationen und Gespräche am Tag der Entlassung* (p<0,001).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Durchschnittlicher Ressourcenverbrauch je Erprobungsphase: Hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs zeigten sich in der Erprobungsphase 2 anteilsmäßig geringere Durchführungsraten für *weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten* und dem *Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen*. Dafür wurden *weitere Untersuchungen* (Konsile), (zusätzliche) *interprofessionelle fallspezifische Besprechungen*, *fallspezifische Dokumentationen*, *zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben* und ein *weiterer interner Austausch im Vergleich* häufiger in der Erprobungsphase 2 als in der Erprobungsphase 1 durchgeführt. (Detaillierte Ergebnisse zur Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Hinsichtlich der **fallbezogenen Kosten** konnten daraus die nachstehenden Ergebnisse abgeleitet werden:

Durchschnittliche Kosten – ambulante Fälle: Bei den ambulant versorgten MeKidS.best Fällen lagen die durchschnittlichen Gesamtkosten je Fall in der Erprobungsphase im Median statistisch signifikant ($p<0,001$) unter den Kosten der Baseline. Es ergeben sich auf Ebene aller Leistungsbereiche statistisch signifikant geringere Kosten (jeweils: $p<0,001$) in der Erprobungsphase im Vergleich zur Baseline. (Detaillierte Ergebnisse zu den Ressourcenverbräuchen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Durchschnittliche Kosten – stationäre Fälle: In der stationären Versorgung von MeKidS.best Fällen ergaben sich im Median geringere Gesamtkosten je Fall in der Erprobungsphase ($p<0,001$). Für die Leistungsbereiche der *Anamnese*, der Gespräche, der *Kommunikation* und der *Dokumentation/Entlassung* wurden statistisch signifikant geringere Kosten der Erprobungsphase im Vergleich zu Baseline ermittelt (jeweils: $p<0,001$). Für den Bereich der *Diagnostik* ergaben sich in der Erprobungsphase im Median höhere Kosten, der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant (Abb. 36 & 37, detaillierte Ergebnisse zu den Ressourcenverbräuchen bezogen auf Baseline und Erprobungsphase, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Durchschnittliche Kosten je Erprobungsphase: Die Gesamtkosten der Erprobungsphase 2 sind im Median geringer als die Gesamtkosten der Erprobungsphase 1 (n.s.). Es zeigten sich auf allen Ebenen (*Anamnese, Gespräche, Diagnostik, Kommunikation sowie Dokumentation*) nur geringfügige Unterschiede im Median. Der Mittelwertvergleich ergibt statistisch signifikante Unterschiede für die Bereiche der *Anamnese* ($p<0,001$), der Diagnostik ($p<0,001$) und der *Kommunikation* ($p<0,05$). (Detaillierte Ergebnisse zu den Ressourcenverbräuchen bezogen auf

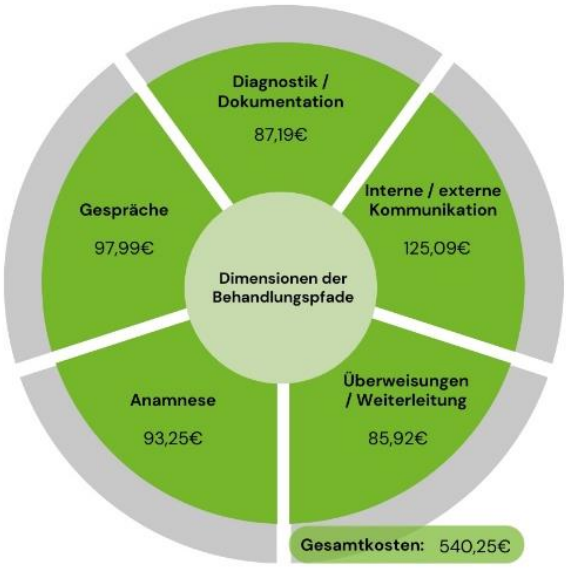


Abbildung 36: Durchschnittliche Kosten der stationären Fälle

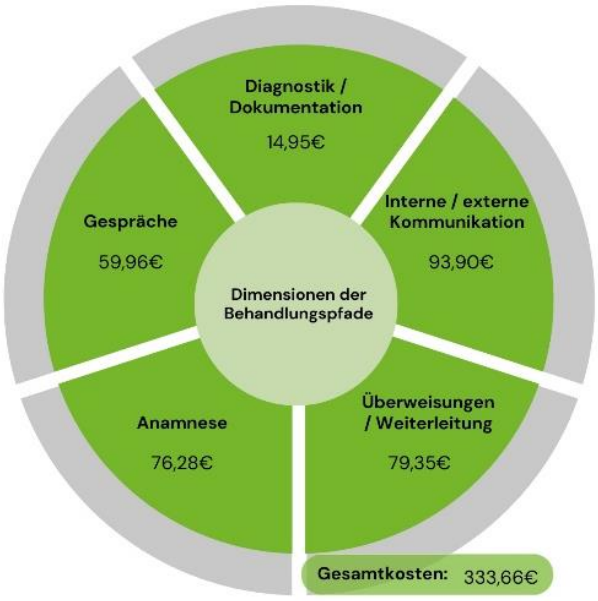


Abbildung 37: Durchschnittliche Kosten der ambulanten Fälle

die einzelnen Erprobungsphasen, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units).

Durchschnittliche Kosten je Fallvignette: In der Erhebung wurde eine Zuordnung vorgenommen, welcher von den sieben vorgegebenen Fallvignetten (*misshandlungsverdächtigte Hämatome, misshandlungsverdächtigte Frakturen, misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung, nichtakzidentelles Schädelhirntrauma, sexueller Missbrauch, Drogenentzugssyndrom bei Neugeborenen, emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung*) der Fall am ehesten zugeordnet werden konnte. Im Ergebnis zeigte sich über alle Fallvignetten, für die ein Vergleich zwischen Erprobungsphase und Baseline auf der Ebene ambulant/stationär vorgenommen werden konnte, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten für jede Fallvignette in der Baseline höher waren als in der Erprobungsphase. Für einige Fallvignetten war eine Auswertung für ambulant bzw. stationär versorgte MeKidS.best Fälle aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht möglich. Zudem ist zu berücksichtigen, dass einige Fallvignetten eine kleine Fallzahl aufweisen.

Im Bereich der ambulant versorgten MeKidS.best Fälle generierten die Fallvignetten *misshandlungsverdächtigte Hämatome, sexueller Missbrauch, emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung bzw. emotionale Misshandlung* ähnlich hohe Gesamtkosten.

Bei stationär versorgten MeKidS.best Fällen zeigte sich, dass für MeKidS.best Fälle, die der Fallvignette der *misshandlungsverdächtigten Frakturen* zugeordnet waren, die höchsten durchschnittlichen Kosten entstanden, gefolgt von Fällen mit Zuordnung zu *misshandlungsverdächtigten Hämatomen* oder *sexuellem Missbrauch*. Die niedrigsten durchschnittlichen Gesamtkosten entstanden für Fälle mit Zuordnung zur Fallvignette der *emotionalen und/oder körperlichen Vernachlässigung* bzw. *emotionale Misshandlung*.Auf Ebene der einzelnen Leistungsbereiche sind je Fallvignette Unterschiede in der Höhe der Kosten zu erkennen. So sind bspw. bei den stationär versorgten MeKidS.best Fällen aufgrund

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

einer *misshandlungsverdächtigten Fraktur*, die Kosten für *Diagnostik* am höchsten. Hingegen heben sich bei Fällen, die der Fallvignette *misshandlungsverdächtigter Hämatome* zugeordnet sind, die Kosten der *Gespräche* und der *Kommunikation* hervor. Auch bei der Fallvignette der *emotionalen und/oder körperlichen Vernachlässigung* bzw. *emotionalen Misshandlung* entstehen die höchsten Kosten auf Ebene der *Kommunikation*. (Detaillierte Ergebnisse zu den Ressourcenverbräuchen bezogen auf die einzelnen Fallvignetten, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Kosten-Kosten-Analyse: Wie bereits ausgeführt, sind die durchschnittlichen Gesamtkosten in der Erprobungsphase im Median sowohl bei den ambulant als auch den stationär versorgten Fällen geringer als die durchschnittlichen Gesamtkosten für die Fälle der Baseline (ambulant: -234€; stationär: -294€; p<0,001). Auch auf Ebene der fünf Dimensionen zeigen sich für ambulant versorgte MeKidS.best Fälle statistisch signifikant geringere Kosten im Median in der Erprobungsphase (*Anamnese*: -26€ (p<0,001); *Gespräche*: -28€ (p<0,001); *Diagnostik*: -5€ (p<0,001); *Kommunikation*: -105€ (p<0,001); *Dokumentation/Entlassung*: -92€ (p<0,001)].

Für stationär versorgte Fälle zeigten sich auf Ebene der Dimensionen ebenfalls statistisch signifikant geringere Kosten in der Erprobungsphase [*Anamnese*: -42€ (p<0,001); *Gespräche*: -64€ (p<0,001); *Kommunikation*: -173€ (p<0,001); *Dokumentation/Entlassung*: -74€ (p<0,001)]. Lediglich die durchschnittlichen Kosten für *Diagnostik* waren im Median in der Erprobungsphase um 17€ höher (n.s.). (Detaillierte Ergebnisse zur Kosten-Kostenanalyse , finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units).

Sensitivitätsanalyse: Aufgrund der Inflations- und Gehaltsentwicklung der Jahre 2021 – 2023 wurden in einer Sensitivitätsanalyse, die Preise des ärztlichen Personals je Minute um 10% bzw. 20% erhöht und auch die Kosten der Pflege variiert. Dabei zeigte sich, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten um 7% - 15% steigen. Detaillierte Ergebnisse zur Sensitivitätsanalyse, finden sich im Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units)

Kosten für die Implementierung der MeKidS.best Standards

An der Strukturerhebung (s.o.) beteiligten sich zum Baseline Zeitpunkt alle neun MeKidS.units. Über alle MeKidS.units gemittelt 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% gehörten die übrigen Berufsgruppen dem MeKidS.team an. Entsprechend variierten 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 beliefen sich die Kosten für die MeKidS.teams auf 163.981€ pro Jahr (Tab.15).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 15: Durchschnittliche Zusammensetzung der MeKidS.teams in den MeKidS.units

	Durchschnittliche Anzahl in den MeKidS.units	Stellenanteil	Durchschnitt-liche WS	MeKidS Minuten pro Woche	Kosten pro Minute	Kosten pro Woche	Kosten pro Jahr*
Ärzt:innen	2,11	0,75	30,75	1.845,00	1,13€	2.084,85€	108.412,20€
Pflegekräfte	0,44	0,27	10,67	640,00	0,49€	312,03€	16.225,69€
Sozialdienst	1,11	0,17	6,85	411,00	0,55€	227,24€	11.816,70€
Psycholog:innen	1,22	0,38	15,29	917,33	0,58€	529,35€	27.526,05€
Gesamt							163.980,64€

Mittlere Anzahl in den MeKidS.units nach den Angaben in der Strukturerhebung (n=9). Mittlerer Stellenanteil im MeKidS.team nach den Angaben in der Strukturerhebung. *angesetzt werden 52 Wochen.

Die MeKidS.units nahmen im Schnitt an fünf Netzwerktreffen pro Jahr teil. Dabei variierte die Dauer der jeweiligen Treffen je nach Berufsgruppe zwischen 197 Minuten (Psycholog:innen) und 120 Minuten (Pflegekräfte). Insgesamt lagen die Kosten für die Netzwerkarbeit pro Jahr zwischen 1.037€ (Ärzt:innen) und 293€ (Pflegekräfte).

Tabelle 16: Regelmäßige Ressourcenverbräuche (Netzwerkarbeit und Fort-/Weiterbildung) in den MeKidS.units

Art der Implementierungskosten - Units	Mittlere Anzahl pro Jahr[a]	Dauer der Einheit[b]	Minuten pro Jahr	Kosten pro Minute	Kosten der Komponente pro Jahr
Netzwerkarbeit (alle Units)*					
Ärzt:innen	5	172,11	918	1,13 €	1.037,22 €
Pflegekräfte	5	120,00	600	0,49 €	292,53 €
Sozialdienst	5	124,29	621	0,55 €	343,59 €
Psycholog:innen	5	197,14	986	0,58 €	568,81 €
Externe Fort-/Weiterbildung (alle Units)					
Ärzt:innen	1,89	390,56	737,72	1,13 €	833,62 €
Pflegekräfte	0,67	45,00	30,00	0,49 €	14,63 €
Sozialdienst	0,89	866,39[c]	770,12	0,55 €	425,81 €
Psycholog:innen	1,67	1.410,00	2.350,00	0,58 €	1.356,07 €
Externe Fort-/Weiterbildung (nur teilnehmende Units)					
Ärzt:innen	2,13	390,56	829,93	1,13 €	937,82 €
Pflegekräfte	2	45,00	90,00	0,49 €	43,88 €
Sozialdienst	1,6	866,39 [c]	1.386,22	0,55 €	766,45 €
Psycholog:innen	5	1.410,00	7.050,00	0,58 €	4.068,20 €

a) Mittlere Anzahl pro Jahr nach Angaben aus der Strukturerhebung (n=9).

b) Dauer der Einheit in Minuten gemittelt über Angaben der Units in den Leitfadeninterviews (n=3).

c) Da in den Leitfadeninterviews keine Angaben zu den Zeiten des Sozialdiensts gemacht wurden, wurde ein Durchschnitt über alle Berufsgruppen ermittelt.

*Im Rahmen der Strukturerhebung erfolgte keine differenzierte Abfrage zur Teilnahme der Berufsgruppen. Daher werden hier nur die gemittelten Werte über alle MeKidS.units ausgegeben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Externe Fort-/Weiterbildungen außerhalb des MeKidS.best Projekts wurden in den MeKidS.units von den verschiedenen Berufsgruppen in sehr unterschiedlichem Umfang in Anspruch genommen. Bezogen auf alle MeKidS.units besuchten Ärzt:innen pro MeKidS.units im Durchschnitt 1,89 und Psycholog:innen 1,67 externe Fort-/Weiterbildungen im Jahr 2020. Dagegen nahmen Pflegkräfte sowie der Sozialdienst im Schnitt 0,67 bzw. 0,89 externe Fort-/Weiterbildungen pro Jahr in Anspruch. Zudem variiert die Dauer pro Fort-/Weiterbildungseinheit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erheblich zwischen 45 Minuten (Pflegekräfte) und 1.410 Minuten (Psycholog:innen). Insgesamt ergeben sich auf Basis der Zeitverbräuche der einzelnen Berufsgruppen für externe Fort-/Weiterbildungen gemittelte Ressourcenverbräuche pro MeKidS.units zwischen 15€ (Pflegekräfte) und 1.356 € (Psycholog:innen). Werden die Ressourcenverbräuche für externe Fort-/Weiterbildungen ausschließlich bezogen auf MeKidS.units berechnet, bei denen mindestens eine Vertreter:in pro Berufsgruppe an einer externen Fort-/Weiterbildung teilnahm, liegen die Ressourcenverbräuche für externe Fort-/Weiterbildungen pro Berufsgruppe zwischen 4.068€ (Psycholog:innen) und 44€ Pflegekräfte. Zu berücksichtigen ist, dass ausschließlich die Zeitverbräuche und nicht die Kosten der Fort-/Weiterbildung oder der Anfahrt eingepreist wurden.

Tabelle 17: Implementierung der MeKidS.best Standards (interne Schulungen) in den MeKidS.units

Interne Schulungen (alle MeKidS.units)	Mittlere Anzahl[a]	Dauer pro Einheit[b]	Dauer* Häufigkeit	Preis pro Minute	nur Referent:in	5 TN (+Ref)**	10 TN (+Ref)***
Ärzt:innen	0,89	61,11	54,32	1,13 €	61,38 €	368,30 €	675,21 €
Pflegekräfte	0,67	85,56	57,04	0,49 €	27,81 €	166,85 €	305,89 €

a) Mittlere Anzahl pro Jahr nach Angaben aus der Strukturerhebung (n=9).
b) Dauer der Einheit in Minuten gemittelt über Angaben der Praxen in den Leitfadeninterviews (n=3).
* Gesamtdauer pro MeKidS.unit und Jahr
**5 Teilnehmer:innen (+Referent:in)
***10 Teilnehmer:innen (+Referent:in)

Im Rahmen der Implementierung der MeKidS.best Standards fanden über die Mitglieder des MeKidS.teams interne Schulungen statt (Tab. 17). Berücksichtigt sind in dieser Darstellung lediglich das ärztliche und pflegerische Personal. Nach den Angaben der neun MeKidS.units aus der Strukturerhebung (s.o.) wurden im Durchschnitt zwischen 0,67 und 0,89 interne Schulungen pro Berufsgruppe durchgeführt. Aus den Leitfadeninterviews ging hervor, dass die internen Schulungen durch die jeweiligen Vertreter:innen der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der MeKidS.teams durchgeführt wurden. Da die Anzahl der Teilnehmer:innen pro Schulung in der Strukturerhebung nicht erfasst wurde, werden drei hypothetische Varianten berechnet:

- „nur Referent:in“: einbezogen werden ausschließlich die Lohnkosten für eine:n Vertreter:in der jeweiligen Berufsgruppe.
- „5 Teilnehmer:innen“: einbezogen werden Kosten für 5 Teilnehmer:innen derselben Berufsgruppe zzgl. des/der Referent:in.
- „10 Teilnehmer:innen“ einbezogen werden Kosten für 10 Teilnehmer:innen der Berufsgruppe zzgl. des/der Referent:in.

Zudem wurden im Rahmen der Leitfadeninterviews mit Vertreter:innen von drei der neun MeKidS.units die Ressourcenverbräuche für die Anpassung der MeKidS.best Standards auf die Abläufe in der Unit sowie für Sachkosten erhoben (Tab. 18).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 18: Kosten im Zusammenhang mit der Anpassung in den MeKidS.units

Anpassung der Abläufe in der Unit auf die MeKidS.best Standards	Mittlere zeitliche Dauer[a]	Preis pro Minute	Kosten
Ärzt:innen	2.580	1,13 €	2.915,40 €
Pflegekräfte (in Unit 3 MFA)	400	0,49 €	195,02 €
Sozialdienst	940	0,55 €	519,73 €
Psycholog:innen	1.220	0,58 €	704,00 €
Sonstige	280	0,51 €	142,80 €

a) Dauer der Einheit in Minuten gemittelt über Angaben der Praxen in den Leitfadeninterviews (n=3).

Für die Anpassung der Abläufe an die MeKidS.best Standards wurden von den einzelnen Berufsgruppen im Schnitt zwischen 280 Minuten (Sonstige) und 2.580 Minuten (Ärzt:innen) aufgewendet. Die Ressourcenverbräuche bezogen sich auf die aufgewendeten Zeiten und variieren zwischen 143€ und 2.915€.

Tabelle 19: Sachkosten im Rahmen der Implementierung der MeKidS.best Standards sowie laufende Kosten in den MeKidS.units

Sachkosten	Mittlere Kosten
Einmalige Sachkosten (Projektbeginn)	9.033,33 €
Laufende Sachausgaben Kinderschutz (pro Jahr)	400,00 €

Angabe zu den Sachkosten aus den Leitfadeninterviews mit den drei MeKidS.units

Im Rahmen der Implementierung fielen im Durchschnitt 9.033€ an Sachkosten an. Zudem entstehen durchschnittliche Sachkosten pro Jahr von ca. 400 € etwa für Druckerpapier (Tab. 19).

3.3. Ergebnisse der 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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

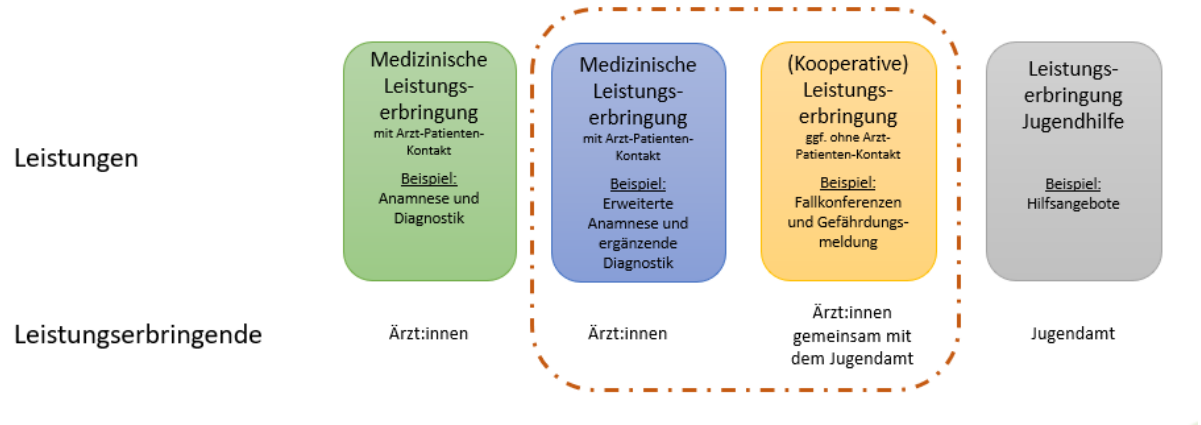


Abbildung 38: Leistungskomplexe in MeKidS.best, eigene Darstellung

3.3.1. 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

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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 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 3, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) aufgezeigt werden.

3.3.2. 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[4] zugeteilt. Die Details zu den Finanzierungsmodellen werden in Anhang (vgl. Anhang 3, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) erläutert.

[4] 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

3.4. Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung

Inzidenzrate der Diagnose ICD-10: T74

Die Kodierung 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/Jugendlichen gestellt, sofern sie in einer der beteiligten gesetzlichen Krankenkassen versichert waren Abb. 38). In den restlichen 15 KV-Bezirken wurde die Diagnose ICD-10: T74 im Indexzeitraum 2019 bei 1.134 Kindern/Jugendlichen gestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die beiden beteiligten AOKen (AOK Rheinland Hamburg und die AOK NordWest) regional in den Bezirken Nordrhein und Hamburg sowie Westfalen-Lippe stark verankert sind. Die Daten für die restlichen KV-Bezirke außerhalb von Nordrhein-Westfalen stammen somit weit überwiegend von der TK und der DAK.

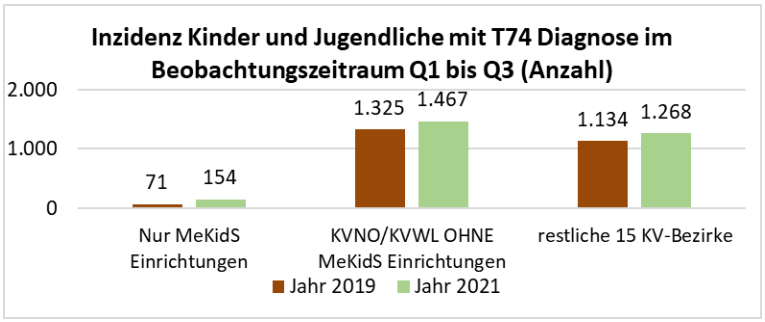


Abbildung 39: Inzidenz Kinder und Jugendliche mit T74 Diagnose (Anzahl) in Q1 bis Q3

Im Indexzeitraum 2021, der auch das erste Jahr der Erprobungsphase der MeKidS.best Standards umfasst, stiegen die Fallzahlen in den MeKidS.best Einrichtungen stark, um 117% auf 154 Kinder und 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

Kinder und Jugendliche, die über MeKidS.best Einrichtungen identifiziert wurden: In der nachfolgenden Tabelle ist jeweils die Anzahl der, im jeweiligen Jahr über die verschiedenen Bereiche erbrachten, Leistungen sowie die entstanden Ausgaben pro Leistung aus GKV Perspektive angeführt. In der letzten Spalte wird für jeden Bereich die Entwicklung der Ausgaben pro Leistungsfall im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 dargestellt. Dabei sind entstandene Mehrausgaben gegenüber 2019 in roter Schrift gekennzeichnet und Einsparungen in schwarzer Schrift (Tab. 20).

Tabelle 20: Leistungsfälle und Leistungsausgaben der in den MeKidS.best Einrichtungen identifizierten Kinder und Jugendlichen

MeKidS.best Einrichtungen -Kosten pro Fall-	Leistungsfälle 2019	Leistungsfälle 2021	Leistungsfälle 2021 gegenüber 2019	Kosten pro Leistungsfall 2019	Kosten pro Leistungsfall 2021	Einsparung/ Mehrausgaben pro Fall 2021 gegenüber 2019
KH Stationär	27	58	31	1.854,07€	1.877,31€	23,24€
KH ambulant	30	61	31	281,67€	224,10€	- 57,57€
KH SPZ	61	112	51	610,69€	819,92€	209,23€
Ambulant KJM	205	386	181	57,52€	60,69€	3,16€

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ambulant ohne KJM u. KJPT	173	343	170	34,18€	61,91€	27,74€
Ambulant KJPT	30	81	51	293,70€	477,45€	183,75€
Heilmittel	273	499	226	94,06€	66,67€	- 27,40€

KH: Krankenhaus; SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; KJM: Kinder- und Jugendmediziner:innen; KJP: Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern/Jugendlichen

Im Indexzeitraum 2019 dokumentierten die Einrichtungen bei 71 Kindern/Jugendlichen die Diagnose ICD-10: T74. Im Indexzeitraum 2021 wurde bei 154 Kindern/Jugendlichen durch MeKidS.best Einrichtungen die Diagnose ICD-10: T74 dokumentiert. Entsprechend ist auch die Anzahl der Leistungsfälle in allen erhobenen Leistungsbereichen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 angestiegen. Beispielsweise stiegen die Leistungsfälle im Rahmen einer vollstationären Versorgung um 31 Fälle von 27 im Jahr 2019 auf 58 Leistungsfälle im Jahr 2021 an. Besonders stark fiel der Anstieg im Heilmittelbereich aus, von 273 Leistungsfällen im Jahr 2019 auf 499 im Jahr 2021, sowie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung durch Kinder- und Jugendendmediziner, von 205 Leistungsfällen im Jahr 2019 auf 386 im Jahr 2021.

Die Kosten pro Leistungsfall (Tab. 21) variieren 2019 zwischen den Bereichen von durchschnittlich 34€ pro Leistungsfall in der ambulanten Versorgung (exklusive Kinder- und Jugendmediziner:innen sowie Psychotherapeut:innen) bis 1.854€ pro vollstationären Aufenthalt. Die Ausgaben pro Leistungsfall liegen im Jahr 2021 zwischen 61€ in der ambulanten Versorgung durch Kinder- und Jugendmediziner:innen und 1.877€ pro vollstationären Aufenthalt. Im Vergleich zum Beobachtungszeitraum 2019 sind die Ausgaben pro Leistungsfall in den Bereichen vollstationäre Versorgung und ambulante Versorgung durch Kinder und Jugendmediziner:innen sowie andere Mediziner:innen (exklusive KJM und Psychotherapeut:innen) leicht um 3€ bis 28€ angestiegen. Ein deutlicher Anstieg der Kosten von 209€ bzw. 184€ pro Fall zeigt sich in der Versorgung durch die Sozialpädiatrischen Zentren (KH SPZ) sowie durch Psychotherapie (ambulant KJP). Dagegen gingen die Ausgaben pro Fall im ambulant stationären Bereich sowie bei den Heilmitteln um 58€ bzw. 27€ zurück.

Tabelle 21: Kosten pro identifiziertem Kind/Jugendlichen mit ICD-10: T74, die in MeKidS.best Einrichtungen identifiziert wurden.

MeKidS.best Einrichtungen -Kosten pro Patienten-	Kosten KJ mit ICD-10: T74 2019	Kosten pro KJ mit ICD-10: T74 2021	Einsparung/ Mehrausgaben pro ICD-10: T74 2021 gegenüber 2019
KH Stationär	705,07€	707,04€	1,97€
KH ambulant	119,02€	88,77€	- 30,25€
KH SPZ	524,68€	596,31€	71,63€
Ambulant KJM	166,08€	152,11€	- 13,97€
Ambulant ohne KJM u. KJPT	83,28€	137,90€	54,62€
Ambulant KJPT	124,10€	251,13€	127,03€
Heilmittel	361,68€	216,02€	- 145,66€

KH: Krankenhaus; SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; KJM: Kinder- und Jugendmediziner:innen; KJP: Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen KJ: Kinder/Jugendliche

Bezogen auf alle 71 identifizierten Kinder/Jugendlichen, die im Indexzeitraum 2019 in einer MeKidS.best Einrichtung eine Diagnose ICD-10: T74 erhielten, entstanden die höchsten Kosten mit 705€ im stationären Bereich, gefolgt von 525€ im SPZ. Mit 362€ entstanden zudem hohe

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kosten im Bereich Heilmittel. Im Vergleich dazu kam es nach Einführung der MeKidS.best Standards im Jahr 2021 zu einer Verschiebung der Kostenstruktur. Insgesamt wurden im selben Zeitraum 2021 mit 154 Kindern/Jugendlichen, die bei einer der beteiligten Krankenkassen versichert waren, deutlich mehr Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung dokumentiert. Die Ausgaben pro Kind/Jugendlichem sanken im Heilmittelbereich deutlich um 146€ auf 216€ ab. Gleichzeitig sind die Ausgaben für Leistungen im Bereich der ambulanten Psychotherapie um 127€ von 124€ im Jahr 2019 auf 251€ im Jahr 2021 angestiegen. Im Bereich SPZ gab es 2021 gegenüber dem Jahr 2019 einen Anstieg der Kosten pro Kind/Jugendlichem um 72€. Mehrausgaben pro Kind/Jugendlichem von 55€ gab es zudem im ambulanten Bereich (ohne KJM und KJPT). Zudem entstanden 2021 im vollstationären Bereich geringfügig höhere Kosten (2€) als 2021. Gleichzeitig ergaben sich im Rahmen der ambulant stationären Versorgung sowie in der ambulanten Versorgung durch Kinder- und Jugendmediziner:innen nach der Einführung der MeKidS.best Standards leichte Einsparungen in Höhe von 30€ bzw. 14€.

Kinder/Jugendliche, die über Einrichtungen in NRW (KVNO/KVWL ohne die MeKidS.best Einrichtungen) identifiziert wurden: In ganz NRW wurden im Indexzeitraum 2019 1.325 Kinder/Jugendliche mit der Diagnose T74 eingeschlossen. Im Indexzeitraum 2021 waren es 1.467 Kinder/Jugendliche. Nicht eingeflossen sind Kinder/Jugendliche, deren T74-Diagnose im Indexzeitraum in einer MeKidS.best Einrichtung gestellt wurde. In der nachfolgenden Tabelle 22 ist jeweils die Anzahl der Leistungsfälle sowie Ausgaben pro Leistungsfall, die im jeweiligen Beobachtungszeitraum bei den Kindern/Jugendlichen in NRW (außer MeKidS.best Einrichtungen) angefallen sind, dargestellt.

Tabelle 22: Leistungsfälle und Leistungsausgaben der in NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen identifizierten Kinder/Jugendlichen

NRW ohne MeKidS.best -Kosten pro Fall-	Leistungsfälle 2019	Leistungsfälle 2021	Leistungsfälle 2021 gegenüber 2019	Kosten pro Leistungsfall 2019	Kosten pro Leistungsfall 2021	Einsparung/ Mehrausgaben pro Fall 2021 gegenüber 2019
KH Stationär	482	448	- 34	3.528,27€	3.679,28€	151,02€
KH ambulant	526	445	- 81	281,56€	237,55€	- 44,01€
KH SPZ	266	314	48	620,06€	419,60€	- 200,46€
Ambulant KJM	3230	3511	281	54,23€	61,19€	6,96€
Ambulant ohne KJM u. KJPT	3948	3633	- 315	34,56€	42,25€	7,69€
Ambulant KJPT	948	984	36	317,80€	369,50€	51,70€
Heilmittel	2486	2425	- 61	70,11€	76,63€	6,53€

KH: Krankenhaus; SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; KJM: Jugendmediziner:innen; KJP: Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern/Jugendlichen

Die meisten Leistungsfälle lagen in beiden Jahren im ambulanten Versorgungsbereich (ohne KJM und KJPT), wobei sich ein leichter Rückgang von 3.948 Leistungsfällen im Jahr 2019 auf 3.633 Leistungsfälle im Jahr 2021 zeigt. Dagegen stiegen die Leistungsfälle durch ambulant tätige Kinder- und Jugendmediziner:innen von 3.230 im Jahr 2019 auf 3.511 im Jahr 2021. Die Kosten pro Leistungsfall stiegen in beiden Leistungsbereichen geringfügig um 7€ bzw. 8€ an. An dritter Stelle der häufigsten Leistungen lagen in beiden Jahren Leistungsfälle im Bereich Heilmittel, deren Kosten gegenüber 2019 um 7€ pro Leistungsfall ebenfalls geringfügig

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

anstiegen. In Sozialpädiatrischen Zentren traten in beiden Jahren mit 266 bzw. 314 die wenigsten Leistungsfälle auf. Hier zeigt sich ein Rückgang der Kosten pro Leistungsfall von 620€ im Jahr 2019 auf 420€ im Jahr 2021.

Die höchsten Kosten pro Leistungsfall lagen im stationären Bereich mit 3.528€ im Jahr 2019 und 3.679€ im Jahr 2021. Hier ging die Zahl der Leistungsfälle von 482 im Jahr 2019 auf 448 im Jahr 2021 leicht zurück. Ein Rückgang der Leistungsfälle zeigte sich ebenfalls im ambulant stationären Bereich, der aber anders als im vollstationären Bereich auch von einem Rückgang der Ausgaben pro Leistungsfall von 44€ begleitet wurde (Tab. 23).

Tabelle 23: Durchschnittliche Kosten pro Kind/Jugendlichen, der in NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen Fälle

NRW ohne MeKidS.best -Kosten pro Patient:innen-	Kosten KJ mit ICD-10: T74 2019	Kosten pro KJ mit ICD-10: T74 2021	Einsparung/ Mehrausgaben pro ICD-10: T74 2021 gegenüber 2019
KH Stationär	1.283,49€	1.123,60€	- 159,89€
KH ambulant	111,77€	72,06€	- 39,72€
KH SPZ	124,48€	89,81€	- 34,67€
Ambulant KJM	132,20€	146,45€	14,25€
Ambulant ohne KJM u. KJPT	102,97€	104,63€	1,67€
Ambulant KJPT	227,38€	247,85€	20,47€
Heilmittel	131,53€	126,68€	- 4,86€

KH: Krankenhaus; SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; KJM: Kinder- und Jugendmediziner:innen; KJP: Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen KJ: Kinder/Jugendliche

Bezogen auf die Kosten pro Kind/Jugendlichen zeigen sich im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019 im gesamten Krankenhausbereich Kosteneinsparungen. Diese fallen im vollstationären Bereich mit 160€ besonders deutlich aus. Über den ambulanten Bereich zeigen sich Mehrkosten pro Kind/Jugendlichen die, je nach Bereich, zwischen 2€ (ambulant ohne KJM und KJPT) und 20€ (ambulant KJPT) liegen.

Kinder und Jugendliche, die in Einrichtungen außerhalb von NRW identifiziert wurden:
Außerhalb von NRW wurden im Indexzeitraum 2019 1.134 Kinder/Jugendliche mit der Diagnose ICD-10: T74 eingeschlossen. Im Indexzeitraum 2021 waren es 1.268 Kinder und Jugendliche. Die in beiden Zeiträumen für diese Gruppe erbrachten Leistungsfälle sowie die entstanden Ausgaben pro Leistungsfall aus GKV-Perspektive sind in der nachfolgenden Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Leistungsfälle und Leistungsausgaben der in Einrichtungen außerhalb von NRW identifizierten Kinder/Jugendlichen

Restliche KV-Bezirke außerhalb NRW -Kosten pro Fall-	Leistungsfälle 2019	Leistungsfälle 2021	Leistungsfälle 2021 gegenüber 2019	Kosten pro Leistungsfall 2019	Kosten pro Leistungsfall 2021	Einsparung/ Mehrausgaben pro Fall 2021 gegenüber 2019
KH Stationär	469	466	- 3	4.415,56€	5.421,41€	1.005,85€
KH ambulant	597	670	73	390,12€	401,17€	11,06€
KH SPZ	232	206	- 26	1.136,43€	1.141,89€	5,46€
Ambulant KJM	2980	2982	2	69,71€	76,81€	7,10€

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ambulant ohne KJM u. KJPT	4077	3799	- 278	46,65€	56,56€	9,91€
Ambulant KJPT	886	848	- 38	413,33€	493,43€	80,10€
Heilmittel	815	718	-97	188,40€	266,45€	78,05€

Krankenhaus; SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; KJM: Kinder- und Jugendmediziner:innen; KJP: Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen KJ: Kinder/Jugendliche

In den KV-Regionen außerhalb von NRW stagnierte (KH stationär; ambulant KJM) zwischen 2019 und 2021 die Anzahl der Leistungsfälle bzw. ging zurück (KH SPZ, ambulant ohne KJM u. KJPT, ambulant KJPT, Heilmittel). Lediglich in der ambulant stationären Versorgung kam es zu einer Zunahme der Leistungsfälle von 597 im Beobachtungszeitraum 2019 auf 670 im Beobachtungszeitraum 2021.

Gleichzeitig zeigten sich im Vergleich der Ausgaben pro Leistungsfall im Jahr 2021 Steigerungen, die mit 5€ bis 11€, in den Bereichen KH ambulant, KH SPZ, ambulant KJM sowie ambulant ohne KJM und KJPT eher gering ausfallen. Im vollstationären Bereich zeigte sich aber eine erhebliche Steigerung der Leistungsausgaben pro Leistungsfall und in den Bereichen ambulant KJP und Heilmittel liegen die Kostensteigerung pro Leistung mit 80€ bzw. 78€ im mittleren Bereich.

Bezogen auf die Kosten pro Patient:in kam es im Bereich der ambulanten Versorgung im Jahr 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 zu geringfügigen Mehrausgaben pro Kind/Jugendlichem von 2€ im Bereich „ambulant ohne KJM u. KJPT“ und 7€ im Bereich „ambulant KJPT“. Lediglich im Bereich „ambulant KJM“ kam es zu leicht geringeren Kosten von 3€ im Jahr 2021 im Vergleich zum Jahr 2019. Im Heilmittelbereich kam es im Jahr 2021 gegenüber 2019 zu Mehrausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose ICD-10: T74 in Höhe von 15€. Im stationären Bereich wurde im Bereich SPZ im Jahr 2021 durchschnittlich pro Kind/Jugendlichem 47€ weniger ausgeben als im Jahr 2019. Deutliche Mehrausgaben von 166€ sind im vollstationären Bereich angefallen (Tab. 25).

Tabelle 25: Kosten pro Kind/Jugendlichem mit identifiziertem ICD-10: T74 der in den restlichen KV-Bezirke außerhalb von NRW identifizierten Kinder und Jugendlichen.

Restliche KV- Bezirke außerhalb NRW -Kosten pro Patienten-	Kosten KJ mit T74 2019	Kosten pro KJ mit T74 2021	Einsparung/ Mehrausgaben pro T74 2021 gegenüber 2019
KH Stationär	1.826,19€	1.992,41€	166,22€
KH ambulant	205,38€	211,98€	6,60€
KH SPZ	232,50€	185,51€	- 46,99€
Ambulant KJM	183,18€	180,64€	- 2,55€
Ambulant ohne KJM u. KJPT	167,72€	169,47€	1,74€
Ambulant KJPT	322,93€	329,99€	7,05€
Heilmittel	135,40€	150,88€	15,48€

KH: Krankenhaus; SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; KJM: Kinder- und Jugendmediziner:innen; KJP: Psychotherapeut:innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen KJ: Kinder/Jugendliche

Leistungsausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose T74 im Vergleich: Die oben geschilderten unterschiedlichen Entwicklungen schlugen sich jeweils in den durchschnittlichen Gesamtausgaben pro Kind/Jugendlichem mit dokumentierter ICD-10: T74-Diagnose im Jahr 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 nieder. Die Leistungsausgaben über die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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 lagen 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.

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-Diagnosen, 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 €) auf 3.221 € im Beobachtungszeitraum 2021 an (Abb. 39).

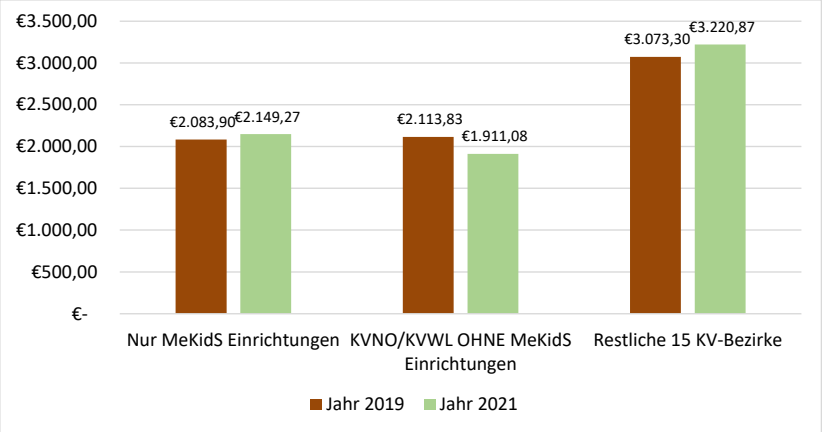


Abbildung 40: Leistungsausgaben pro Kind/Jugendlichem mit der Diagnose T74 im Vergleich der drei Gruppen.

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 ging zurück, zugleich wurden zwar mehr Leistungsfälle in den SPZ verzeichnet, allerdings ging 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 war. Eine ähnliche Entwicklung ist auch für Gesamt NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen zu finden. Bundesweit kam es aber gleichzeitig im Beobachtungsjahr 2021 im Vergleich zum Beobachtungsjahr 2019 zu leichten bis moderaten Kostensteigerung pro Leistung. Eine Ausnahme bildete der ambulant stationäre Bereich; hier stagnierte die Anzahl der Leistungsfälle im vollstationären Bereich, während die Ausgaben pro Leistung erheblich anstiegen. Im SPZ fielen 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.5. Ergebnisse der Evaluation des Teilprojekts MeKidS.support

Primäre Zielgröße: Nutzungsgrad (Nutzungsfrequenz bzw. Nutzungsweise): Insgesamt nahmen neun MeKidS.best Einrichtungen am Echtbetrieb von MeKidS.support teil (fünf MeKidS.units und vier MeKidS.Praxen), mit insgesamt 22 User-Accounts bei 14 Falleingaben.

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 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.

Sekundäre Zielgröße: Subjektive Nutzungsakzeptanz bzw. „Usability" der Anwendung: Nach Ausschluss unvollständiger Teilnahmen ergaben sich für die initiale Online-Befragung (T1: Juli 2022) sechs Teilnahmen an der Erhebung; im Zuge der zweiten Online-Befragung (T2: Dezember 2022 – Januar 2023) zum Ende des Echtbetriebs wurden 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, woraus sich die nachfolgenden Befragungsergebnisse ableiten.

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.

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 fehlende 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.

Für die einzelnen Themenbereiche des Fragebogens, die sich entlang des „USE Questionnaire" (vgl. Lund, 2001) orientierten, ergaben sich die in Abb. 40 & 41 exemplarisch aufgeführten Inhalte aus den am Ende des Online-Fragebogens zur Verfügung gestellten Freitextfeldern.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

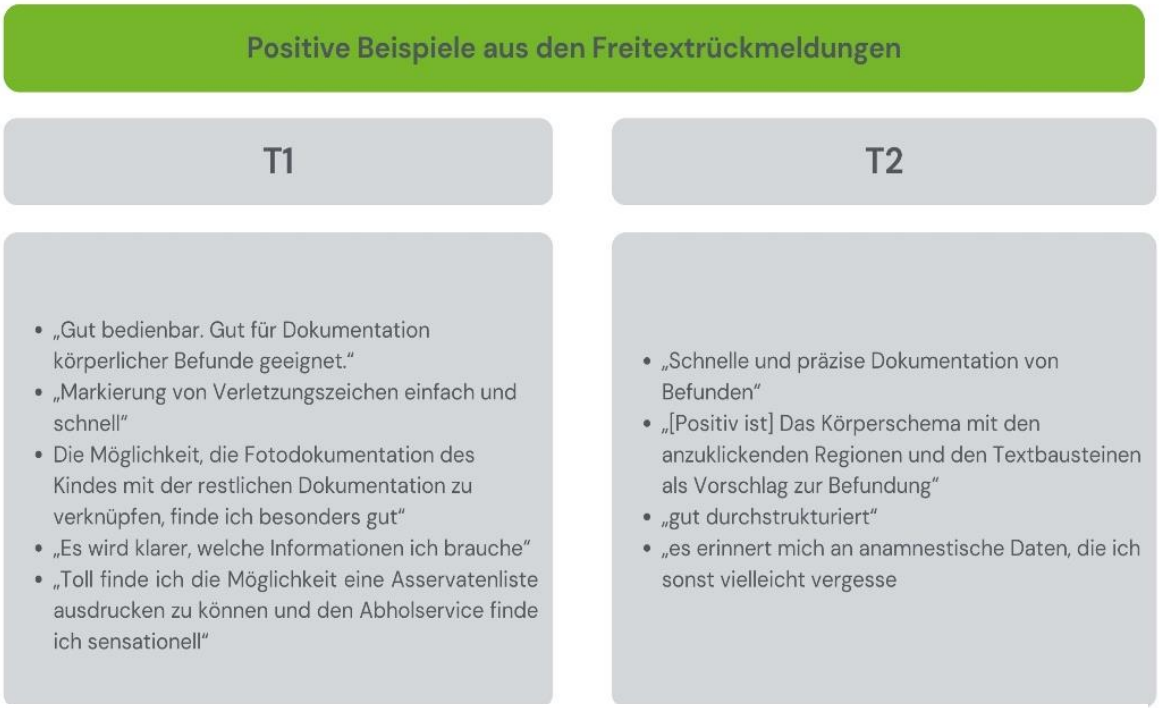


Abbildung 41: Positive Beispiele aus den Freitextrückmeldungen

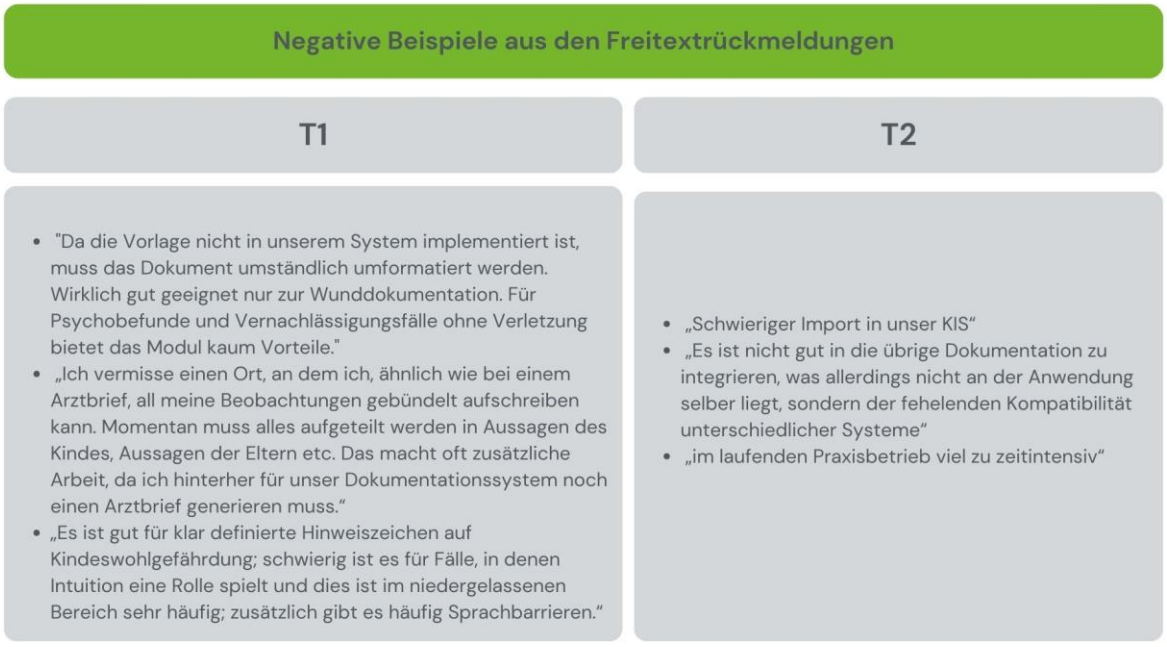


Abbildung 42: Negative Beispiele aus den Freitextrückmeldungen

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluator:innen

4.1. Diskussion der Ergebnisse

4.1.1 Diskussion der Ergebnisse der klinischen Evaluation (Versorgungsforschung)

In der **Strukturqualität** zeigten sich einerseits relativ wenig Veränderungen im Projektverlauf. Andererseits waren dennoch Fortschritte bei der Sicherheit des Vorgehens und in der SGB-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

übergreifenden Netzwerk-Kooperation, insbesondere mit den Jugendämtern zu verzeichnen. Dies spricht für den Nutzen solch strukturierter Netzwerktätigkeit selbst bei schon erfahrenen Einzelakteuren. Hervorzuheben ist insofern besonders die Kooperation über SGB-Grenzen hinweg, die sonst eher unüblich und aufgrund mangelnder Standards ungewohnt ist, und die vermutlich durch die strukturierte Herangehensweise im Projekt gefördert wurde.

In der Untersuchung der **Ergebnisqualität**, d.h. der Steigerung des prozentualen Anteils detektierter MeKidS.best 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 der Projektplanung davon ausgegangen worden war, dass die Gesamtbehandlungsfallzahlen während der Projektlaufzeit im Vergleich zur Baseline vor Evaluationsbeginn nahezu konstant bleiben würden, wie dies in der Vergangenheit stets der Fall gewesen war. Auch war davon ausgegangen worden, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Vorkommen und die Detektion von Kindeswohlgefährdung sich nicht durchgreifend ändern würden.

Mit dem Beginn der Coronapandemie wurden diese Rahmenbedingungen durch Kontaktbeschränkungen und Lockdowns, die zum Schutz vor SARS-CoV-2 Infektionen eingeführt wurden, deutlich verändert (Jentsch, Birgit & Schnock, Brigitte 2020) und die dort agierenden Akteur:innen mit der Reduzierung von persönlichen Begegnungen vor umfassende Herausforderung gestellt. Diese Einschränkungen führten auch zu massiven Veränderungen in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, sodass auch die Gesamtbehandlungsfallzahlen fluktuierten. Beispielsweise kamen im Jahr 2020 kaum noch Kinder zu Vorsorgeuntersuchungen, was die Detektion von etwa Vernachlässigung deutlich erschwert haben dürfte, und im Jahr 2022 gab es eine unvorhergesehen Flut von Infektionsfällen, die Praxen und Kliniken an ihre personellen und zeitlichen Kapazitätsgrenzen brachte[5] (Witte, S., & Kindler, H. 2022). Was wohl noch schwerer wiegen dürfte, war die zeitweise Einschränkung sozialer Kontakte, auch des Besuchs von Schulen und Kindergärten. Dadurch entfielen u.a. auch für den Kinderschutz wichtige soziale Kontrollmechanismen. Die Familien und ihre Probleme blieben im häuslichen Umfeld unsichtbar für Akteur:innen im Kinderschutz – und somit auch in MeKidS.best.

In verschiedene Publikationen wurde bereits für den ersten Lockdown darauf hingewiesen, dass völlig unklar ist, ob und inwieweit Kindeswohlgefährdung hierdurch vermehrt vorkam, und/oder nur vermehrt im „Dunkelfeld“ des häuslichen Umfeldes verblieb (Heimann et al. 2021; Amick et al. 2022; Côté-Corriveau et al. 2023; Garner et al. 2024).Somit ist die Interpretation absoluter Fallzahlen im Gesundheitswesen, der Fallzahlen detektierter Kindeswohlgefährdung und deren prozentualen Verhältnis zueinander im Kontext der Coronapandemie nicht sicher vorzunehmen.

Immerhin zeigt der steigende Anteil der ICD-10: T74, also als Kindeswohlgefährdung kodierter Fälle, 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: Nur wer sich seines Vorgehens sicher ist, kennzeichnet einen Verdachtsfall entsprechend. 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

[5] siehe auch: (https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118821/Rund-ein-Fuenftel-weniger-Kinder-bei-Vorsorgeuntersuchungen-in-Hessen; und https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139143/RSV-Welle-stieg-bei-Kleinkindern-steil-an).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Akteur:innen im Gesundheitswesen anzusehen (Puls et al. 2020; Apfeld et al. 2021; Flaherty et al. 2008), was ein erfreuliches Ergebnis des Projektes insbesondere für betroffen Kinder und Jugendliche darstellt. Natürlich müssen 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.

Die **Prozessqualität** wurde mittels Vergleichen der aktuellen patientenindividuellen Falldokumentation mit idealtypischen Fallvignetten gemäß der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie („Goldstandard“) erhoben. Aus jedem Einzelvergleich wurde ein Scorewert errechnet, der die Übereinstimmung numerisch wiedergab. Dabei entsprachen 20 Punkte einer vollständigen Übereinstimmung mit dem Goldstandard. Dass diese 20 Punkte praktisch nie erreicht werden würden, war zu erwarten, da die Fallvignetten bewusst einem möglichst umfangreichen und inhaltlich idealisierten Vorgehen entsprechen sollten. Diese vollständige Umsetzung ist aus organisatorischen, aber auch aus medizinischen Gründen nicht in jedem Einzelfall sinnvoll: Hat der/die Patient:in z.B. bei Zuweisung in eine Klinik etwa bereits vom Einweiser eine bestimmte, notwendige Diagnostik erhalten, macht deren erneute Umsetzung „gemäß Standard“ inhaltlich-medizinisch und ökonomisch meist keinen Sinn.

Dass in den **MeKidS.Praxen** während der Projektlaufzeit keine Verbesserungen der Prozessqualität nachzuweisen waren, ist unerwartet. Als Erklärung ist es zwar einerseits möglich, dass es im Rahmen des Projektes in den 15 teilnehmenden Praxen wirklich nicht zu einer messbaren Verbesserung des Vorgehens hin zu leitliniengerechter Versorgung gekommen ist. Alternativ ist es aber auch möglich, dass der Gedanke des Vergleichs von realer Dokumentation mit einer idealtypischen Dokumentation an dieser Stelle nicht zielführend war, weil die vermeintlich „idealtypische“ Fallvignette doch mit der Arbeitswelt der Kinderarztpraxis weniger gemein hat, als in der Projektplanung erwartet worden 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 ist zur vermuten, dass 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, 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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 Aspekte des Projektes sicher unter den Unwägbarkeiten der Pandemie gelitten hat.

4.1.2 Diskussion der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Mit der fallbezogenen Evaluation wurden Ressourcenverbräuche in Form von Zeitaufwendungen erhoben, die in den **MeKidS.Praxen** zusätzlich anfallen, wenn standardisierten Hinweisen auf Verletzungen des Kindeswohls nachgegangen wird. Insgesamt konnten im Beobachtungszeitraum zwischen Januar 2021 und Dezember 2022 in den 15 beteiligten MeKidS.Praxen 369 Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in die gesundheitsökonomische Evaluation einbezogen werden. Die über die erhobenen Ressourcenverbräuchen ermittelten zusätzlichen Kosten belaufen sich im Median auf 157€ pro Fall, wenn ein Lohn für Ärzt:innen von 1,20€ pro Minute zugrunde gelegt wird. Zu beachten ist, dass dieser Lohn auf Basis der oben dargestellten Methodik theoriebasiert ermittelt wurde. Allerdings unterliegt die Vergütung der Ärzt:innen in der vertragsärztlichen Versorgung Aushandlungsprozessen der Akteur:innen der gemeinsamen Selbstverwaltung, die mit der hier zugrundeliegenden konservativen theoriebasierten Schätzung nicht notwendigerweise abgebildet werden. Des Weiteren werden bei der hier zugrundeliegenden Bepreisung der Zeitverbräuche der Ärzt:innen keine Strukturausgaben, wie Kosten für Praxisräume, Materialkosten, Fortbildung Schulung, Netzwerke usw. berücksichtigt. Aufgrund der Unsicherheiten bezüglich des verwendeten Preises pro Minute wurde eine Sensitivitätsanalyse mit einem höheren Lohn für Ärzt:innen von 1,44€ durchgeführt. Diese ergab höhere Kosten der zusätzlichen Ressourcenverbräuche pro Fall von 187€.

Insgesamt zeigt die Betrachtung der Ergebnisse der fallbezogenen Evaluation über die verschiedenen Dimensionen und die einzelnen Maßnahmen eine erhebliche Spannbreite der zusätzlichen fallbezogenen Kosten. Dies ist einerseits auf die Variationen der Häufigkeit, mit der die einzelnen Maßnahmen erbracht werden zurückzuführen. Andererseits zeigten sich aber auch erhebliche Variationen in der zeitlichen Dauer, die die einzelnen Maßnahmen in Anspruch nehmen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ausschließlich für die Maßnahme *erweiterte Anamnese* sowie die Maßnahmen in den Dimensionen *Interne/externe Kommunikation*, *Überweisung/Weiterleitung* sowie *Weiteres* die Zeitverbräuche fallbezogen evaluiert wurden. Dabei ergab sich der höchste Zeitaufwand im Median bei den Maßnahmen *erweiterte Anamnese* und *weitere Maßnahmen* mit jeweils 35 Minuten im Median. Die Spannweite lag jeweils zwischen 5 und 35 Minuten. Somit zeigt sich hier, wie bei allen fallbezogen erhobenen Maßnahmen eine erhebliche Variabilität. Besonders stark mit Zeiten zwischen 5 und 70 Minuten stellt sich diese Variabilität in der zeitlichen Dauer bei der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

fallbezogenen Kommunikation sowie bei der Erstellung des *Hilfe- und Schutzkonzeptes* dar, die im Median 20 Minuten in Anspruch nehmen. Die Zeitverbräuche an den Schnittstellen im Zuge der *Weiterleitung* und/oder der *Einbindung des Jugendamtes* betragen ebenfalls im Median 20 Minuten, sind aber durch eine deutlich geringere Variabilität gekennzeichnet (Spannweite 5 bis 35 Minuten). Dies könnte darauf hindeuten, 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 (Bohrer et al. 2022). Da für die fallbezogene Evaluation in den MeKidS.best Praxen allerdings lediglich die Erprobungsphase einbezogen wurde, fehlen Vergleichswerte zur Situation vor Einführung der MeKidS.best Standards.

Der Zeitaufwand der Maßnahmen, die durch die Nacherhebung ermittelt wurden, weist aufgrund der Erhebungsmethode keine Variabilität auf. Hier nimmt den größten durchschnittlichen Zeitaufwand die Maßnahme der *Arztgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten* auf. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es auch bei dieser Maßnahme fallbezogene zeitliche Variationen gibt, die sich aufgrund der Erhebungsmethode hier nicht niederschlagen. Dennoch zeigen diese Ergebnisse, die Bedeutung der *Arztgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten* im Abklärungsprozess bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Für die Ermittlung der zusätzlichen medianen Kosten des medizinischen Kinderschutzes in den MeKidS.Praxen 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 am häufigsten zum Einsatz gekommenen Maßnahmen sind die *weitere körperliche Untersuchung*, die in allen Fällen erbracht wurde, sowie *Arztgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten*. Beides sind Maßnahmen, deren Zeitverbrauch im Rahmen der Nacherhebung erhoben wurde. Im Vergleich zu allen erhobenen Maßnahmen verursacht die Maßnahme *weitere körperliche Untersuchung* mit 69€ die höchsten Kosten, wobei der Zeitverbrauch dieser Maßnahme mit 23 Minuten pro Fall eher im mittleren Bereich liegt. Diese Zeit wurde allerdings bei allen Fällen angesetzt.

In der Subgruppenanalyse getrennt nach Erprobungsphase 1 und 2 gibt es einen leichten Anstieg der Kosten im Median von 155€ auf 159€. Dies scheint vor allem an den gesteigerten Kosten im Bereich *Hilfe- und Schutzkonzepte* zu liegen. Die Häufigkeit dieser Maßnahme ist ebenfalls angestiegen. Dies könnte möglicherweise ein Anzeichen dafür sein, dass zeitintensiver an *Hilfe- und Schutzkonzepten* in Erprobungsphase 2 gearbeitet wurde als in Erprobungsphase 1. Ebenfalls angestiegen ist die Häufigkeit der Maßnahmen *Fallbesprechung* und *Einbindung des Jugendamtes*. Auf die Kosten scheint sich das allerdings weniger auszuwirken.

Zwischen den Fällen gibt es darüber hinaus Unterschiede je nach Art der Kindeswohlgefährdung. Die mit Abstand häufigste Art der Kindeswohlgefährdung in dieser Erhebung ist die *emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung*, gefolgt von *misshandlungsverdächtigen Hämatomen* und *sexuellem Missbrauch*. Bezogen auf die drei Fallvignetten, die in die gesundheitsökonomische Evaluation für die Praxen einbezogen werden konnten, entstanden die höchsten Gesamtkosten im Zusammenhang mit der Fallvignette *Sexueller Missbrauch* mit 176€ pro Fall im Median. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass insbesondere zeitintensive Maßnahmen, wie bspw. *Arztgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten*, häufiger durchgeführt werden als

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

bei den anderen beiden Fallvignetten. Allerdings basieren die ermittelten Kosten lediglich auf 29 Fällen, so dass Ausreißer stärker ins Gewicht gefallen sein könnten.

Limitationen der Erhebung in den MeKidS.Praxen waren, dass zwar mit der fallbezogenen Evaluation für alle Maßnahmen erfasst wurde, 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. Aus Datenschutzgründen mussten die Zeitverbräuche im Rahmen der fallbezogenen Evaluation in Kategorien erfasst werden. Die Kategorien wurden im Vorfeld mit der AG Praxen im MeKidS.best Projekt abgestimmt. Allerdings reduziert eine Erfassung über Kategorien die Präzision der Kostenschätzungen.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation der Ressourcenverbräuche für den medizinischen Kinderschutz in den pädiatrischen Praxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, das Studienbasisjahr 2020 zugrunde gelegt 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 (vgl. dazu auch Kap. 4.1).

Abschließend kann festgestellt werden, dass im Abklärungsprozess bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung für pädiatrische Praxen im vertragsärztlichen Bereich relevante zusätzliche Ressourcenverbräuche anfallen, die pro Fall mit deutlichen Zusatzkosten für die pädiatrischen Praxen verbunden sind. Dabei zeigte 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 gesundheitsökonomische Evaluation der **MeKidS.units** konnten in der 6-monatigen Erhebung vor Einführung der MeKidS.best Standards in den neun teilnehmenden MeKidS.units insgesamt 797 MeKidS.best Fälle eingeschlossen werden. Davon wurden 46% in Ambulanzen versorgt und 54% vollstationär. In der sich anschließenden 24-monatigen EP wurden insgesamt 3.589 Fälle dokumentiert, die für die Auswertung im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation eingeschlossen wurden, von denen 45% im ambulanten Setting und 55% vollstationär behandelt wurden.

Durch die Prä-/Post-Erhebung in den MeKidS.units, ist 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. Im Ergebnis zeigte sich, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten der Versorgung pro MeKidS.best Fall in der Erprobungsphase sowohl im ambulanten als auch stationären Versorgungsbereich unter denen der Baseline lagen (ambulant: -234€; stationär: -294€; jeweils $p<0,001$). Auch hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs stellte es sich so dar, dass bei mehr als der Hälfte der Maßnahmen (ohne Berücksichtigung der diagnostischen Maßnahmen), der Anteil an durchgeführten Maßnahmen in der Erprobungsphase im Vergleich zur Baseline sinkt. Darunter sind sowohl die gesprächsintensiven Leistungen mit den

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eltern/Personensorgeberechtigten und Kindern/Jugendlichen als auch Maßnahmen, die interne und externe Kommunikationsprozesse oder die Dokumentation betreffen. Bei den stationär versorgten MeKidS.best Fällen ist diese Tendenz insbesondere bei den Gesprächsleistungen zu erkennen. Diese wurden in der Baseline im Vergleich zur Erprobungsphase allesamt anteilig statistisch signifikant häufiger durchgeführt. Im Bereich der internen/externen Kommunikation zeigte sich bezogen auf die stationär versorgten MeKidS.best Fälle ein etwas ausgewogeneres Verhältnis als im ambulanten Bereich, sodass einige Maßnahmen anteilig statistisch signifikant häufiger in der Baseline bzw. Erprobungsphase durchgeführt wurden. Bei den ambulant versorgten MeKidS.best Fälle zeigt sich am Beispiel der Gespräche und der Anamnese, dass die Häufigkeit der Durchführung von Maßnahmen allein nicht immer der Grund für Kostenunterschiede zwischen Baseline und Erprobungsphase sein muss. So waren die Kosten im Median in den Bereichen Anamnese und Gespräche ähnlich hoch, obwohl Gespräche statistisch signifikant häufiger in der Baseline im Vergleich zur Erprobungsphase erfolgten und die Anamnese ähnlich häufig durchgeführt wurde. In den Bereichen Kommunikation und Dokumentation/Entlassung gab es eine Vielzahl von Maßnahmen, die in der Baseline statistisch signifikant häufiger erbracht wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass es auch aufgrund der Unterschiede der in der Baseline eingesetzten bzw. den in der Erprobungsphase fallbezogen erhobenen Zeiten zu Unterschieden in den Kosten kommen kann und nicht allein die Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen ausschlaggebend ist. So ist für die Einordnung der Unterschiede in den Gesamtkosten zu berücksichtigen, dass sich die Fragebögen zur Dokumentation der Versorgung von MeKidS.best Fälle für die Baseline bzw. Erprobungsphase hinsichtlich der Zeiterhebung unterschieden. So wurde in der Erprobungsphase fallbezogen erfragt, welche Maßnahmen durch welches Personal in welcher Häufigkeit durchgeführt wurde und wie lange, in Zeitkategorien von Minuten, dieses gedauert hat. Um diese Informationen zu erhalten, wurde das Personal vor der Erhebung geschult, damit diese Informationen in den Akten auch dokumentiert wurden. In der Baseline hingegen handelte es sich um eine retrospektive Erhebung, d.h. die Fälle waren abgeschlossen, bevor das Personal hinsichtlich der Erhebung geschult wurde, sodass Informationen zur zeitlichen Dauer für die Fälle der Baseline nicht dokumentiert wurden. Im Erhebungsbogen der Baseline wurden lediglich die erbrachten Maßnahmen sowie die beteiligten Berufsgruppen fallbezogen angegeben. Die jeweiligen Zeiten der Berufsgruppen wurden aus den Interviews mit MeKidS.unit Mitarbeitenden sowie einer schriftlichen Abfrage unter den MeKidS.units entnommen.

Deshalb stellt sich zunächst die Frage, ob in der Erprobungsphase Maßnahmen weniger häufig erbracht wurden als in der Baseline. So erfolgten im ambulanten Bereich in der Erprobungsphase statistisch signifikant seltener Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten ($p<0,001$), weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten ($p<0,001$) bzw. Kindern/Jugendlichen ($p<0,05$). Auch im Bereich der Kommunikation und Dokumentation/Entlassung wurden bspw. ein interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung ($p<0,001$), Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen ($p<0,001$) oder auch Arztbriefe ($p<0,001$) seltener in der Erprobungsphase als in der Baseline durchgeführt. 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 ist. Auch könnte es mit anderen Fallkonstellationen zusammenhängen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Bereich der vollstationären Versorgung. So wurden die erweiterte Anamnese ($p<0,001$) oder auch jegliche Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten bzw. Kindern/Jugendlichen prozentual in weniger Fällen vorgenommen [Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten: $p<0,05$; weitere Gespräche mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten: $p<0,001$; Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen: $p<0,01$; weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen: $p<0,001$]).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Bereich der Kommunikation gab es in der vollstationären Versorgung von MeKidS.best Fällen Maßnahmen, wie den internen fachlichen Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung oder eine pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung, die in der Erprobungsphase prozentual häufiger durchgeführt wurden (jeweils: $p<0,001$). Insgesamt sind die durchschnittlichen Kosten für Kommunikation in der Erprobungsphase pro Fall im Median um 173€ ($p<0,001$) niedriger als in der Baseline.

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 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 generierte. So entstanden in der Erprobungsphase bei der Versorgung von stationären MeKidS.best Fällen, 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 in der Erhebung zwischen Baseline und Erprobungsphase, 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 des MeKidS.best Projekts 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. zuständigen Ansprechpartner:innen zu identifizieren und zu erreichen.

Zudem wird sowohl in der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie als auch in der Literatur (Blesken M et al. 2019, 2022) auf die Bedeutung von Berufserfahrung insbesondere hinsichtlich der Diagnosestellung hingewiesen (Franzheld, T., & Eckoldt-Wolke, F. 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Vergleich zu dem in den Jahren 2018/2019 durchgeführten Projekt KIS-MED (Bauer C et al. 2019), welches u.a. die Weiterentwicklung des intersektoralen Kinderschutzes zum Ziel hatte, zeigten sich nur teilweise ähnliche Tendenzen zu der vorliegenden Studie. Die KIS-MED-Studie wurde in einem bayrischen Krankenhaus durchgeführt und schloss 109 vollstationär versorgte Kinderschutzfälle ein. Dabei lag der höchste zeitliche Aufwand bei der Pflege. Der ärztliche Dienst, Sozialpädagog:innen und Psycholog:innen folgten mit Abstand. In der vorliegenden Evaluation ist hingegen das ärztliche Personal die Berufsgruppe mit dem höchsten zeitlichen Aufwand, gefolgt vom Pflegepersonal und dem Sozialdienst (bezogen auf vollstationär versorgte Fälle). Unter Berücksichtigung von Arbeitszeitkosten je Berufsgruppe, lagen die durchschnittlichen Arbeitszeitkosten in der KIS-MED-Studie bezogen auf das Jahr 2020 je Fall bei 2.220€ (Bauer C et al. 2019). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahl im Vergleich zur vorliegenden Erhebung sehr klein ist und 31% der versorgten Kinderschutzfälle Kinder unter einem Jahr waren. Bei diesen Fällen ist der Aufwand üblicherweise höher. Der Anteil an Kindern unter 18 Monaten im Bereich der vollstationär versorgten Fälle lag in der vorliegenden Studie bei 43%. Analog zur vorliegenden Erhebung zeigte die KIS-MED-Studie, dass Kosten deutlich höher sind bei bestätigten Verdachtsfällen (2.441€) als bei Fällen, die sich nicht bestätigt haben (839€). Zudem ergaben sich ebenfalls Unterschiede in den Kosten je nach Art der Kindeswohlgefährdung, wobei seelische und sexuelle Gewalt zu den höchsten Kosten führten und bei Fällen mit seelischer Vernachlässigung die geringsten Kosten entstanden. Ein Vergleich ist hier aufgrund der unterschiedlichen Definition von Art der Kindeswohlgefährdung nur bedingt möglich.

Eine deutsche Erhebung mit ähnlicher Stichprobengröße wie in MeKidS.best ist den Evaluatoren nicht bekannt. Die vorliegende Auswertung bietet somit wichtige Erkenntnisse hinsichtlich des durchschnittlichen zeitlichen Aufwands in der vollumfänglichen Versorgung bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung über verschiedene Krankenhauseinheiten und Versorgungssettings hinweg. In der vorliegenden Studie waren sowohl kinderschutzerfahrene MeKidS.units als auch weniger erfahrene MeKidS.units eingeschlossen. Mit dem Rückgang der Ressourcenverbräuche pro Fall nach Einführung der MeKidS.best Standards könnte sich das Potenzial für fallbezogene Einsparungen, durch die Adressierung von Schnittstellenproblemen andeuten.

Limitationen in der Interpretation der Ergebnisse der MeKidS.units waren u.a., dass in der Baseline die Dokumentation der Zeitverbräuche nicht fallbezogen erfolgte. Im Vergleich zu den Zeiten aus der Erprobungsphase hat sich insbesondere für die gesprächsbezogenen Leistungen gezeigt, dass die angegebene Dauer in der Erprobungsphase oftmals kürzer war als die in der Baseline hinterlegte Dauer. Dies lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit bereits besser etablierten Strukturen. Es ist aber auch denkbar, dass bei den Interviews und schriftlichen retrospektiven Erhebungen insbesondere solche Fälle als Referenz für eine Angabe gewählt wurden, die eher ein Extrembeispiel bzw. sehr langwierig waren. Hinzu kommt, dass die schriftliche Abfrage in Bezug auf die durchschnittliche zeitliche Dauer von Maßnahmen bei den Berufsgruppen des Sozialdiensts und der Pflege nur einen geringen Rücklauf hatte, sodass hier nur aus vier bzw. fünf MeKidS.units Rückmeldungen berücksichtigt werden konnten und sich zudem öfter auf den vollstationären Bereich bezogen. Aufgrund dessen besteht insbesondere für diese beiden Berufsgruppen die Möglichkeit, dass die Zeiten in der Baseline zu hoch angesetzt sind und daher vorsichtig eingeordnet werden müssen.

Die MeKidS.units hatten darüber hinaus in der Erprobungsphase die Möglichkeit, im Freitext Angaben zum jeweiligen Fall zu machen. Auffällig oft wurde hier angegeben, dass die im Fragebogen vorgegebene Zeit von bis zu 60 Minuten für die Erstellung eines Arztbriefs in der Erprobungsphase nicht ausreichend war. In der KIS-MED-Studie wurden 95 Minuten als durchschnittliche Zeit angegeben (Bauer C et al. 2019). Daher wurde für die vorliegende Studie eine Kontrolle der Häufigkeitsangaben je Zeitkategorie durchgeführt. Dabei zeigte sich allerdings ein heterogenes Bild, d.h. für 24% der Fälle wurde angegeben, dass weniger als 30

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Minuten durch das ärztliche Personal benötigt wurden und für 16% der Fälle erfolgte die Angabe, dass mehr als 60 Minuten Zeitaufwand nötig war, sodass hier nicht von einer systematischen Unterschätzung auszugehen ist.

Zudem wurde im Freitextfeld der vorliegenden fallbezogenen Evaluation angemerkt, dass einige besondere Fälle nicht adäquat über den Fragebogen abgebildet werden konnten bzw. dass sich insbesondere im Bereich der ambulanten Krankenhausversorgung die Versorgungsbereiche Kinderschutzambulanz und SPZ grundlegend unterscheiden und diesem im Fragbogen nicht genügend entsprochen wurde. Dem ist gegenüberzustellen, dass bereits ein sehr detaillierter und ausführlicher Fragebogen Grundlage der Erhebung war und nicht jeder Fall im notwendigen Detail in standardisierten Erhebungen berücksichtigt werden kann, was eine grundsätzlich bestehende Einschränkung bei standardisierten Erhebungen darstellt.

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 erbracht werden konnten. So ist es bspw. möglich, dass Helferkonferenzen oder persönliche Beratung durch insoweit erfahrene Fachkräfte der Jugendhilfe aufgrund des Infektionsschutzes nicht mehr in Präsenz stattfinden konnten (Fegert et al. 2020) oder es während eines Lockdowns generell zu Kommunikationsproblemen mit externen Akteuren kam (Heimann et al. 2021).

Für die Erhebung der **Kosten für die Implementierung** der MeKidS.best Standards wurde unter anderem abgefragt, wie viele Netzwerktreffen, externe Fort-/Weiterbildungen und interne Schulungen im Jahr 2020 stattfanden. Ergänzend wurden im Rahmen von drei Interviews mit MeKidS.units sowie vier Interviews mit MeKidS.Praxen die zeitliche Dauer der Maßnahmen zur Implementierung der MeKidS.best Standards (als Einheiten) sowie die entstandenen Sachkosten erfragt. Zu berücksichtigen ist, dass exemplarisch MeKidS.units mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund im strukturierten medizinischen Kinderschutz ausgewählt wurden. Eine der interviewten MeKidS.units verfügte bereits über einen großen Erfahrungshintergrund im strukturierten medizinischen Kinderschutz, während eine andere interviewte MeKidS.unit erst mit Beginn des MeKidS.best Projekts mit dem Aufbau von Strukturen begann. Eine entsprechende Auswahl erfolgte bei den Praxen nicht. Dabei wiesen die Dauer der einzelnen Einheiten sowie die in den MeKidS.units anfallenden Sachkosten eine erhebliche Heterogenität auf. In den Interviews mit den MeKidS.Praxen wurden von keinen zusätzlich anfallenden Sachkosten berichtet. Die jeweils über die an den Interviews teilnehmenden Units und Praxen gemittelten Werte für die Dauer können somit in der Umsetzungspraxis deutlich variieren und sind davon abhängig, ob bereits Netzwerkstrukturen bestehen oder aufgebaut werden müssen, aber auch von Art und Umfang der Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen in die MeKidS.teams in den MeKidS.units.

Zudem 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.

Über alle MeKidS.Praxen, die in der Implementierungsphase an mindestens einem Netzwerktreffen teilgenommen hatten, belief sich der mittlere Zeitaufwand für die Teilnahme an den Treffen auf 408 Minuten und für die Anfahrt auf 58 Minuten pro Jahr. Der Zeitaufwand der Ärzt:innen für die Teilnahme an externen Fort-/Weiterbildungen, bezogen auf MeKidS.Praxen, die mindestens eine externe Fort-/Weiterbildung in Anspruch nahmen, betrug 160 Minuten. Die Zeitverbräuche für interne Schulungen lagen bei 32 (Ärzt:innen) bzw.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

45 Minuten (MFA) pro Einheit. Werden die Zeitverbräuche anhand der zugrunde gelegten Minutenpreise für die Berufsgruppen umgerechnet, und ausschließlich auf MeKidS.Praxen bezogen, die die Implementierungsschritte jeweils auch mindestens einmalig in Anspruch nahmen, entstanden die mit Abstand höchsten Kosten für die Teilnahme an Netzwerktreffen mit 560€ (inklusive Anfahrt) pro Jahr.

In den MeKidS.units ergeben sich anhand der Angaben aus der Strukturerhebung zu den Berufsgruppen und deren Stellenanteil in den MeKidS.teams hochgerechnet auf 52 Kalenderwochen Ausgaben pro MeKidS.team von insgesamt 163.981€ pro Jahr. Mit 108.412€ für durchschnittlich 2,1 Ärzt:innen mit einem Stellenanteil von jeweils 75% fallen dabei die höchsten Kosten für diese Gruppe an.

Bezogen auf die einzelnen Aspekte der Implementierung in den MeKidS.units variieren die Zeitverbräuche zwischen den einzelnen Berufsgruppen erheblich. Dabei weisen die Berufsgruppe der Ärzt:innen gefolgt von der Berufsgruppe der Psycholog:innen die höchsten Ressourcenverbräuche auf. Dagegen waren Pflegekräfte in der Implementierungsphase eher weniger stark eingebunden. Besonders hohe Kosten entstanden hier mit 2.915,40€ für die Anpassung der MeKidS.best Standards (2.580 Minuten), gefolgt von jährlichen Ressourcenverbräuchen von 1.037€ (918 Minuten) für die Netzwerkarbeit. Mit deutlichem Abstand gefolgt von der Berufsgruppe der Psycholog:innen, die konzeptionell bei der Anpassung der MeKidS.best Standards an den Abläufe in den Units mit 1.220 Minuten beteiligt waren (704€) und sich mit durchschnittlich 986 Minuten pro Jahr an der Netzwerkarbeit beteiligten (569€).

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 pandemiebedingter 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.units zur Verfügung. In den Interviews zeigt sich allerdings, dass in den MeKidS.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. Für die ermittelten Minutenpreise je Berufsgruppe gelten dieselben Limitationen wie in der fallbezogenen Erhebung. Die Berechnung der Implementierungskosten beruht auf geringen Fallzahlen. Während die durchschnittliche Anzahl der verschiedenen Einheiten auf der Verdienststrukturerhebung und damit auf Fallzahlen aller beteiligten MeKidS.Praxen bzw. MeKidS.units beruhten, konnten für die Interviews nur die geschätzten Zeitverbräuche in vier MeKidS.Praxen bzw. drei MeKidS.units erhoben werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Grundsätzlich sind die Implementierungskosten aufgrund der geringen Fallzahlen sowie der Implementierung unter den Bedingungen der Coronapandemie vorsichtig zu interpretieren. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Aufgaben wie Netzwerkarbeit und Schulungen nicht ausschließlich während der Implementierungsphase anfallen, sondern kontinuierlich erforderlich sind, um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

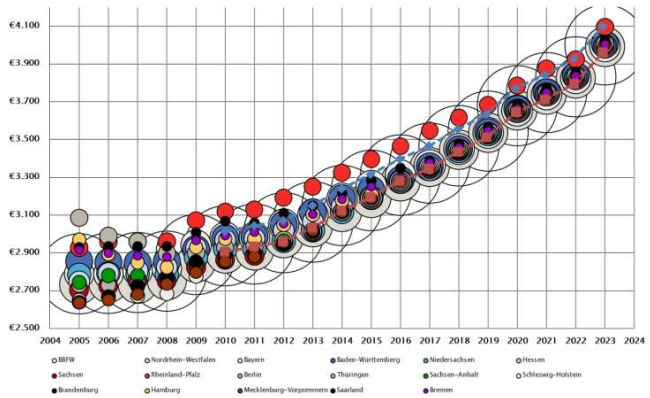
4.1.3 Diskussion der Ergebnisse der Vergütungs- und Finanzierungsmodellierung des medizinischen Kinderschutzes

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 3, Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen) aufgeführt.

4.1.4 Diskussion der Ergebnisse der Routinedatenbetrachtung

Die Analyse der aggregierten, anonymisierten Abrechnungsdaten der Kinder und Jugendlichen, bei denen im Indexzeitraum 2019 oder 2021 in den unterschiedlichen Gruppen eine Diagnose ICD-10: T74 dokumentiert wurde, zeigt, dass in der ersten Gruppe (MeKidS.best Einrichtungen) im Beobachtungszeitraum 2021 deutlich und in den übrigen Gruppen (NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen, KV-Regionen ohne NRW) geringfügig mehr Kinder mit dem Hinweisen auf eine Gefährdung des Kindeswohls identifiziert wurden. Diese Zunahme der Kinder/Jugendlichen mit entsprechender Diagnose im Jahr 2021 führte dazu, dass die Anzahl der Leistungsfälle in der Gruppe 1 (MeKidS.best Einrichtungen) über alle Leistungsbereiche teilweise deutlich anstieg. Dagegen fiel die Veränderung der Anzahl der Leistungsfälle in den beiden anderen Gruppen gemischt aus. In Gruppe 2 (NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen) gingen vollstationäre Leistungsfälle zurück während Leistungsfälle im Bereich der ambulanten Versorgung durch Pädiater:innen deutlich zunahmen. Zudem stiegen in der Gruppe 2 zwar die



Quelle: Rechnerische BBFW, vereinbarter BBFW-Korridor (ab 2010), vereinbarte LBFW und Casemixvolumina; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Abbildung 43: Entwicklung des Bundesbasisfallwertes (GKV-Spitzenverband)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Leistungsfälle im SPZ, während die Ausgaben pro Leistung deutlich sanken. Gleichzeitig stehen in der Gruppe 3 (bundesweit außer NRW) den leicht gestiegenen identifizierten Fällen von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ICD-10: T74, in der Mehrzahl der Bereiche eine rückläufige Anzahl von Leistungsfällen bei gestiegenen Ausgaben pro Leistung gegenüber. Diese Entwicklungen führen dazu, dass in Gruppe 2 (NRW ohne MeKidS.best Einrichtungen) im Beobachtungsjahr 2021 gegenüber dem Beobachtungsjahr 2019 die Gesamtausgaben über die betrachteten Bereiche pro identifiziertem Kind bzw. Jugendlichen sinken und in Gruppe 3 (KV-Regionen ohne NRW) die Gesamtausgaben steigen.

Insgesamt sind Ausgaben für die Versorgung von Kindern/Jugendlichen mit der Diagnose ICD-10: T74 im Beobachtungszeitraum 2021 gegenüber dem Beobachtungszeitraum 2019 vor dem Hintergrund der gesamten Kostenentwicklung der GKV zu sehen. Hier kam es zu einer Steigerung der Leistungsausgaben im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung. Beispielsweise stieg der Bundesbasisfallwert (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. In weitergehenden Analysen gilt es zu klären, inwieweit Unterschiede zwischen den Gruppen in der Schwere der aufgenommen 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.

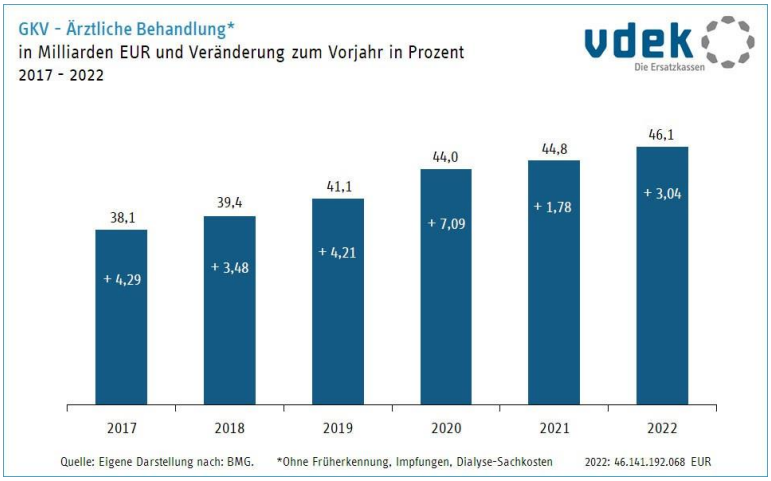


Abbildung 44: GKV- Ärztliche Behandlung in Mrd. Euro und Veränderung zum Vorjahr in Prozent

Zudem zeigt sich bundesweit auch ein erheblicher Anstieg der Ausgaben für ambulant ärztliche Behandlungen .

Limitierend ist nicht auszuschließen, dass die Coronapandemie selbst sowie Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie (etwa Lockdown, Zugangsregelungen für MeKidS.units und MeKidS.Praxen) im Jahr 2021 die Anzahl der identifizierten Fälle sowie Versorgung der identifizierten Fälle und die damit einhergehenden Kosten beeinflusst haben.

Da die Ergebnisse auf aggregierten Abrechnungsdaten beruhen, bestehen an einigen Stellen Unschärfen. Da im ambulanten Bereich kein Diagnosedatum vorliegt, wurden Fälle und Leistungen quartalsweise einbezogen, eine klare zeitliche Zuordnung der Leistungsfälle und Leistungsausgaben war im Rahmen der Datenabfrage nicht möglich. Somit fließen möglicherweise auch Leistungsfälle und Leistungsausgaben ein, die zeitlich vor dem dokumentierten Kinderschutzfall erfolgt sind. Die Analyse erfolgt als Gesamtkostenansatz, somit werden in den einbezogenen Bereichen alle Leistungsfälle und Leistungsausgaben einbezogen, unabhängig davon, ob sie aufgrund des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

erbracht wurden. Beide Limitationen führen dazu, dass die Kosten pro identifizierte Kind/Jugendlichen mit Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung überschätzt werden.

Eine weitere Limitation ergibt sich für den Vergleich zwischen den Gruppen. Die beteiligten Krankenkassen decken einen großen Anteil der GKV-Versicherten in NRW ab, allerdings ist nur die Hälfte der beteiligten Kassen bundesweit vertreten. Dies führt dazu, dass die Anzahl der identifizierten Kinder/Jugendlichen in den KV Regionen außerhalb von NRW ähnlich hoch ist, wie die Anzahl in den KV Regionen (NO/WL) ohne MeKidS.best Einrichtungen.

Aufgrund der Sensibilität der Diagnose ICD-10: T74 könnten Einrichtungen mit der Dokumentation bei weniger klaren Fällen oder auch Fällen bei denen eindeutig nicht ausschließlich Täter außerhalb der Familie in Frage kommen zurückhaltend sein. Im Rahmen des MeKidS.best Projekts wurden die beteiligten MeKidS.units und MeKidS.Praxen für den Erprobungszeitraum und somit auch für das Jahr 2021 angehalten, in Verdachtsfällen die Diagnose ICD-10: T74 zu dokumentieren. Daher trugen möglicherweise auch diese Projektvorgaben zur Steigerung der Fallzahl in den MeKidS.best Einrichtungen bei.

4.1.5 Diskussion der Ergebnisse der Evaluation 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 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 vier 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.

4.2. Abschließende Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Mit dem Projekt MeKidS.best wurde angestrebt, pädiatrische Einrichtungen in der Umsetzung des medizinischen Kinderschutzes zu stärken und sie so zu einem potenten Partner für die Jugendhilfe in der Detektion und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung zu machen. Die Ziele sollten mittels einer stringenten Umsetzung der AWMF S3+ Kinderschutzleitline erreicht werden. Diese wurde aufgrund ihrer über viele

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

verschiedene Professionen und Fachdisziplinen aus Medizin und Jugendhilfe hinweg konsentierten Vorgaben als handlungsweisend für den medizinischen Kinderschutz definiert (Goldstandard).

Die Implementierung der Vorgaben der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie erfolgte mit Hilfe von Handlungsleitfäden, die sich inhaltlich in Vorgaben auf Verfahrensebene (Abläufe der Versorgung) sowie in Vorgaben auf der Strukturebene einteilen lassen (vgl. Anlage 11, MeKidS.best Handbuch). Somit wurden als Indikatoren für die Zielerreichung von MeKidS.best neben einer verbesserten Detektionsrate (Ergebnisqualität) insbesondere die Verbesserung der Versorgungsqualität (Prozessqualität) sowie die Qualität der in den pädiatrischen Einrichtungen vorgehaltenen Strukturen (Strukturqualität) festgelegt. Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es sich bei MeKidS.best um ein Innovationsfondsprojekt der neuen Versorgungsformen handelte, das zum Ziel hatte, eben diese Versorgungsform bei positiver Evaluation in die Regelversorgung zu bringen, bedurfte es parallel dazu einer Bewertungsgrundlage für eine Kostenabschätzung im Falle einer flächendeckenden Umsetzung. Auf deren Basis wurden anschließend Vergütungs- und Finanzierungsmodelle entwickelt, die es den Verantwortlichen aus Politik, Kostenträgerschaft und Versorgung ermöglichen, den bestmöglichen Rahmen für die regelhafte Umsetzung des medizinischen Kinderschutzes zu verhandeln.

Da aufgrund der beschriebenen coronabedingten Rahmenbedingungen während der Projektlaufzeit keine Erhöhung der Detektionsrate erwirkt werden konnte (siehe Abschnitt 4.1.1), können auch keine abschließenden Aussagen darüber getroffen werden, ob die zur Erkennung einer Kindeswohlgefährdung standardisierten Instrumente der Leitlinie einen relevanten Beitrag dazu leisten können, die Dunkelziffer von kindeswohlgefährdeten Kindern und Jugendlichen zu verringern. Anders verhält es sich hinsichtlich der Einschätzung der Relevanz der Leitlinienvorgaben für die Qualität der Versorgung. Bei den Kinder- und Jugendkliniken konnte eine deutliche Verbesserung in der Qualität der Versorgungsprozesse nachgewiesen werden, die sich auf den Umgang mit Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung bis hin zur Einschätzung des Vorhandenseins von sogenannten gewichtigen Anhaltspunkten nach § 4 KKG sowie die etwaig notwendigen nachgelagerten Überleitungsprozesse bezieht.

Bei den Praxen konnte eine solche Verbesserung in der Prozessqualität zwar nicht nachgewiesen werden. Dies lässt sich neben den coronabedingten Einflüssen allerdings zu einem gewissen Grad auch damit erklären, dass die Steigerung der Leitliniengerechtigkeit nicht nur in direktem Zusammenhang mit der Implementierung von Standards auf Verfahrensebene zusammenhängt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die leitliniengerechten Versorgungsabläufe erst durch die Schaffung der notwendigen strukturellen Voraussetzungen vollständig zum Tragen kommen können. Für die Kinder- und Jugendkliniken konnten aufgrund ihrer institutionellen Eigenschaften solche Strukturen in Form von multiprofessionellen Teams inkl. einer insgesamt erhöhten Personalkapazität dargestellt werden. In den Praxen konnten dagegen keine zusätzlichen personellen Kapazitäten aufgebaut werden.

Die Empfehlungen der Evaluation beziehen sich daher auf die flächendeckende Schaffung der in MeKidS.best bereits angelegten einrichtungsübergreifenden Kooperationsstrukturen. Innerhalb dieser bilden die Kinder- und Jugendkliniken den Kern der neuen Versorgungsform, halten als zentrale Institutionen feste Strukturen vor und schaffen somit ein verlässliches Angebot für pädiatrische Praxen sowie lokale Jugendämter (vgl. Anlage 12, MeKidS.best Handbuch). Herzstück innerhalb der Kinder- und Jugendkliniken ist das verlässliche Vorhalten interprofessionell besetzter Kinderschutzgruppen, die bundesweit in allen Kinder- und Jugendkliniken zur Sicherstellung der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinienvorgaben etabliert werden müssten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ein positiver Effekt der strukturell und personell verbessert aufgestellten Kinder- und Jugendkliniken ist die vermehrte Ausrichtung der Einrichtungen auf die (fallunabhängige) einrichtungs- und SGB-übergreifende Netzwerkarbeit. Hierdurch konnte auf der einen Seite die Zusammenarbeit der pädiatrischen Einrichtungen (Kliniken und Praxen) untereinander gestärkt werden. Es wurde aber auch eine systemische Anschlussstelle vom Gesundheitswesen in Richtung des Jugendhilfesystems geschaffen, wovon auch die pädiatrischen Praxen implizit profitierten. Hinweise auf diesen Mehrwert lassen sich aus den Ergebnissen der Strukturevaluation ableiten, die in den Bereichen der *Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit/Verfügbarkeit* und mehr noch mit der *Nützlichkeit in der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern* eine Verbesserung auswies (vgl. Abschnitt 3.1.2, S. 47f). Dies lässt vermuten, dass die proaktive Netzwerkarbeit der Kinder- und Jugendkliniken auf Seiten der Jugendämter zu einer erhöhten Sensibilisierung für die Rolle des Gesundheitswesens im medizinischen Kinderschutz geführt hat. Gleichzeitig stiegen die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit pädiatrischen Einrichtungen. Beide Effekte zahlen auch auf eine potenzielle verbesserte Zusammenarbeit mit den pädiatrischen Praxen ein.

Zwar konnte im Rahmen der begleitenden Evaluation von MeKidS.best die Kooperation zwischen den pädiatrischen Einrichtungen und der Jugendhilfe nicht direkt betrachtet werden und somit kein direkter Zusammenhang zwischen der empfundenen Verbesserung der SGB-übergreifenden Kooperationsbeziehungen und der Verbesserung der Versorgungsqualität hergestellt werden. Wenn Suess und Hammer aber postulieren, dass eine strukturierte Kooperation als Qualitätsmerkmal eines ganzheitlichen Kinderschutzes zu sehen sei (vgl. S. 10; Suess, G. J., & Hammer, W. 2010), darf dem Einfluss der empfunden verbesserten Zusammenarbeit eine entsprechende Relevanz zugeschrieben werden.

Die Kosten für die Versorgung im medizinischen Kinderschutz pro Verdachtsfall, die auf Basis der einzelnen im medizinischen Abklärungsprozess ergriffenen Maßnahmen erhoben wurden, sind über den Zeitraum der Erprobungsphase hinweg nicht nur nicht angestiegen, sondern sogar leicht gesunken (vgl. Abschnitt 3.2.2, S. 61f). Gleichzeitig kam es aber auch im Vergleich der beiden Erprobungsphasen 2021 und 2022 zu einem fortwährenden Anstieg der Versorgungsqualität (vgl. Abschnitt 3.1.2, S. 53). Dies kann ggf. mit einer zunehmenden Handlungssicherheit der im medizinischen Kinderschutz agierenden Professionen erklärt werden. Ein Indikator dafür ist im Anstieg der ICD 10: T74 Kodierung abzulesen. Denn auch wenn aufgrund des Studiendesigns mit seinem hohen Anonymisierungsgrad keine individuellen Gründe für eine Kodierung bzw. Nichtkodierung der der ICD 10: T74 erhoben werden konnten, ist anzunehmen, dass der höhere Anteil der kodierten Fälle nicht nur ein Indikator für eine erhöhte Sensibilisierung, sondern zudem auch für eine gesteigerte Sicherheit in der Diagnostik und der Gefährdungseinschätzung darstellt. Diese Einschätzung harmonisiert mit der im Rahmen der Prozessqualität erhobenen Verbesserung, die sich insbesondere in den Dimensionen der *Fallbesprechungen*, der *Gefährdungseinschätzung* sowie des *Kontakts mit den Jugendämtern* niederschlug (vgl. Abschnitt 3.1.2, S. 55). Die Annahme einer gesteigerten Handlungssicherheit wurde bei den Kinder- und Jugendkliniken zudem dadurch untermauert, dass gegen Ende der zweijährigen Erprobungsphase in den Dimensionen der *Kommunikation mit den Kindern und Jugendlichen* sowie der *körperlichen Untersuchung* im Median fast maximale Scorewerte vergeben werden konnten.

Unabhängig davon, ob der Endpunkt der Erhöhung der Detektionsrate im Rahmen des Projektes erreicht werden konnte, sei abschließend der Blick auf die hohen Gesamtfallzahlen in ihren absoluten Werten gerichtet. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Verantwortung aller Systeme wird angesichts dieser Zahlen die Relevanz der systematischen Umsetzung von medizinischem Kinderschutz überdeutlich. Daher sprechen sich die Evalautoren aufgrund der gesteigerten Qualität der Versorgung entlang der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie sowie des abgrenzbaren Kostenrahmens für seine flächendeckende Implementierung dafür aus, die Leitlinienumsetzung im Rahmen der Regelversorgung sicherzustellen. Eine Auseinandersetzung mit den Anreizen der unterschiedlichen Vergütungs-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und Finanzierungssysteme ist kriteriengestützt im Zuge der Modellierungen erfolgt. Voraussetzung für die finale Auswahl eines Vergütungs- und Finanzierungsmodells ist die Priorisierung einzelner Kriterien. Dies sollte normativ durch den Gesetzgeber erfolgen, so dass seitens der Evaluatoren keine Präfenzen für die Umsetzung bestimmter Finanzierungs- oder Vergütungsmodelle ausgesprochen wurde. Vielmehr wird empfohlen, auf Basis der Modellierungen und der dort hinterlegten Kriterien die bestmögliche Umsetzungsvariante durch alle beteiligten Stakeholder aus Kostenträgerschaft, Gesundheitsversorgung und kommunaler Daseinsvorsorge in einem konsensualen Prozess zu erarbeiten.

5. Literaturverzeichnis

Amick, M. [et al.] (2022). Child maltreatment-related children's emergency department visits before and during the COVID-19 pandemic in Connecticut. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105619.

Apfeld, J. C. [et al.] (2021). Identification of physical abuse-related hospitalizations in young children: Impact of the transition to ICD-10-CM coding. *Child abuse & neglect*, 118, 105159.

Bauer C [et al.] (2019). *KIS-MED. Kinderschutz in der Medizin. Kooperativer Kinderschutz im multiprofessionellen Zusammenwirken 2018 - 2019. Projektbericht. KIS-MED. Kinderschutz in der Medizin. Prävention & Intervention durch Kooperation.*

Blesken M [et al.] (2019, 2022). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie).*

BMI. [et al.] (2005, 2020). *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD).*

Bohrer, A. [et al.] (2022). Kinderschutz zwischen Jugendhilfe und Medizin. Erkundungen und Befunde zur Organisation und Resonanz von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt. *Sozial Extra 46*(2), 118-127.

Böwer, M., & Kotthaus, J. (2023). *Praxisbuch Kinderschutz: Professionelle Herausforderungen bewältigen*. Beltz Juventa.

Côté-Corriveau, G. [et al.] (2023). Hospitalization for child maltreatment and other types of injury during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, *140*, 106186.

Dahmen, S., & Kelle, H. (2020). Zur Einführung: Ambivalenzen des Kinderschutzes - Empirische und theoretische Perspektiven. In H. Kelle, S. Dahmen (Hrsg.), *Ambivalenzen des Kinderschutzes*. 7-18. Beltz Juventa.

Destatis. (Statistisches Bundesamt). (2020). *Verdienststrukturerhebung. Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse - Ergebnisse für Deutschland - 2018*. Fachserie 16, Heft 1.

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

Fang, X. [et al.] (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect, 36*(2012), 156-165.

Fegert, J. M. [et al.] (2020). Kinderschutz ist systemrelevant – gerade in Zeiten der SARSCoV-2-Pandemie. *Deutsches Ärzteblatt, 117* (14), A703-A706.

Ferrara, P. [et al.] (2015). The economic burden of child maltreatment in high income countries. *The Journal of Pediatrics, 167*(6), 1457-1459.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Feuerstein, B. (1994). Schnittstellen im Gesundheitswesen. Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In B. Badura & G. Feuerstein (Eds.), Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Juventa.

Flaherty, E. G. [et al.] (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics, 122*(3), 611-619.

Franzheld, T. (2017). Schnittstellenprobleme im Kinderschutz*. Sozial Extra, 41*(6), 20-23.

Franzheld, T., & Eckoldt-Wolke, F. (2022). Innenansichten des medizinischen Kinderschutzes. *Sozial Extra, 48*, 138-144.

Garner, J. B. [et al.] (2024). COVID-19 and caregiver risk factors for child maltreatment: The pandemic in review. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 613-629.

Habetha, S. [et al.] (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring inconsequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 6,* 1753-2000

Heimann, T. [et al.] (2021). Medizinischer Kinderschutz während des Corona-Lockdowns. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 169*(4), 346-352.

Heinitz, S. (2020). *Wie Kinderschutz gemacht wird. Eine Rekonstruktion professioneller Selbstverständnisse*. Beltz Juventa.

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

Hoell, A. [et al.] (2023). Ein Schritt ins Dunkle: Pilotstudie zu Prävalenz, situativem Kontext und Folgen sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Deutschland. *Psychiatr Prax*, *50*(04): 182-188.

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

Jentsch, B., & Schnock, B. (2020). Child welfare in the midst of the coronavirus pandemic-Emerging evidence from Germany. *Child Abuse & Neglect*, *110* (2), 104716.

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

Klinger-König, J. [et al.] (2022). The assessment of childhood maltreatment and its associations with affective symptoms in adulthood: Results of the German National Cohort (NAKO). *World J Biol Psychiatry*, 897-908.

Marburger Bund (2022). *Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung*. MB-Monitor 2022.

Norman, R. E. [et al.] (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, *9*(11):e1001349.

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

Pfaff, H. (2003). *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Verlag Hans Huber.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Puls, H. T. [et al.] (2020). Trends in the use of administrative codes for physical abuse hospitalizations. *JAMA Pediatr., 174* (1), 106186.

Schwendler, M., & Flessa, S. (2019). Der kalkulatorische Arztlohn im EBM: ein normativer Parameter zur Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit. *Das Gesundheitswesen, 81* (11), 919-925.

Schwier, F., & Manjgo, P., & Kieslich, M. (2019). Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 167*(10), S. 856–867.

Schwier, F., & Schoppen, B. (2023). MeKidS.best - Medizinischer Kinderschutz. *Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen. Empfehlungen aus dem Innovationsfondsprojekt MeKidS.best -Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet*. Bochum/Koblenz.

Starostzik, C. (2019). Kinderschutz braucht viele Wächter. *Pädiatrie*, *31*(3), 60-63.

Suess, G. J., & Hammer, W. (2010). Kinderschutz. Risiken erkennen. Klett-Cotta Verlag.

Templ, M., & Kowarik, A., & Meindl, B. (2015). Statistical disclosure control for micro-data using the R package sdcMicro. *Journal of Statistical Software*, *67*, 1–36.

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

WHO (Hrsg.) (2020). European regional status report on preventing violence against children 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Witt, A. [et al.] (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, *116*(38), 635-42.

Witte, S., & Kindler, H. (2022). Kinderschutz in Zeiten von Corona – Informelle Angebote und niederschwellige ambulante Hilfen während der Pandemie. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/Discourse. *Journal of Childhood and Adolescence Research, 17*(1), 57-71.

6. Anhang

Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Anhang 3: Ausführliche Darstellung zu den Vergütungs- und Finanzierungsmodellen

7. Anlagen

Anlage 1: Übersicht über das Rechte- u. Rollenkonzept von MeKidS.support

Anlage 2: MeKidS.support-wiki

Anlage 3: Itembatterie zur Strukturqualität

Anlage 4: Fragebogen zur Inzidenzerhebung

Anlage 5: Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation

Anlage 6: Scoringalgorithmus

Anlage 7: Datenschutzkonzept MeKidS.best Evaluation

Anlage 8: Interviewleitfäden Implementierungskosten

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 9: Fragebogen zur Routinedatenbetrachtung

Anlage 10: Fragebogen zu MeKidS.support

Anlage 11: MeKidS.best Handbuch

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen

Tabelle 1: Demographische Merkmale der Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in den Praxen

Soziodemographische Merkmale		**n**	**%**
Altersgruppe	< 18 Monate	63	17,1%
	18 bis < 36 Monate	41	11,1%
	36 Monate bis < 6 Jahre	141	38,2%
	6 bis < 12 Jahre	96	26,0%
	12 bis < 18 Jahre	28	7,6%
	Gesamt	369	100%
Geschlecht	Männlich	207	56,1%
	Weiblich	162	43,9%
	Gesamt	369	100%

Tabelle 2:: Zugeordnete Fallvignette der Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in den Praxen

Fallvignette*	**n**	**%**
Misshandlungsverdächtigte Hämatome	32	8,7%
Misshandlungsverdächtigte Frakturen	0	0,0%
Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung	0	0,0%
Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	0	0,0%
Sexueller Missbrauch	29	7,9%
Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen	0	0,0%
Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung	308	83,4%
Gesamt	369	100%

**Zuordnung der Fälle danach, welche Hinweise/Verdachtsmomente auf welche Form der Kindeswohlgefährdung jeweils am ehesten bzw. vorwiegend vorlagen unter Berücksichtigung des gesamten Abklärungsprozesses.*

Der Abklärungsprozess bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung vom Zeitpunkt der Prozessinitiierung bis zum Fallabschluss erstreckte sich im Durchschnitt über 3 Quartale (vgl. Tab. 6). In diesem Zeitraum kam es in dem Großteil der Fälle (42%) zu 1 bis 2 Praxisvorstellungen und/oder Akteneinträgen (vgl. Tab 6). In 30% der Fälle kam es zu 3 bis 5 und in 28% der Fälle zu mehr als 5 Praxisvorstellungen/Akteneinträgen.

Tabelle 3: Dauer des gesamten Abklärungsprozesses in Bezug auf Anzahl der Quartale und Praxisvorstellungen über die sich der Abklärungsprozess erstreckte

Dauer des gesamten Abklärungsprozesses			
Anzahl der Praxisvorstellungen und/oder Akteneinträge*		**n**	**%**
	1-2 Mal	155	42,0%
	3-5 Mal	110	29,8%
	> 5 Mal	104	28,2%
	Gesamt	369	100,0%
Durchschnittliche Anzahl der Quartale im Abklärungsprozess			
Quartale des Abklärungsprozesses*	N	369	
	Min	1	
	Max	11	
	Median	2,00	
	MW	3,06	
	SD	2,76	

**in Bezug auf den gesamten Abklärungsprozess von Prozessinitiierung bis zum Fallabschluss.*
Max.: Maximum; Min.: Minimum; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

In Tabelle 7 sind Maßnahmen dargestellt, die bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung erbracht werden sowie der jeweilige Anteil an Fällen aus der Stichprobe, bei denen die einzelnen Maßnahmen durchgeführt wurden. Eingeteilt sind die Maßnahmen in die Dimensionen *primäre Befunderhebung/Anamnese*, *Gespräche*, *Diagnostik/Dokumentation*, *interne/externe Kommunikation*, *Überweisung/Weiterleitung* und *Weiteres*. Die Dimension primäre *Befunderhebung/Anamnese* enthält die Maßnahme *erweiterte Anamnese*. Diese wurde in 59% der Fälle durchgeführt. Die Dimension *Gespräche* enthält die Maßnahmen *Ärzt:innengespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten* und *Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen*, welche in 81% bzw. 16% der Fälle durchgeführt worden sind. Die Dimension *Diagnostik/Dokumentation* enthält folgende Maßnahmen: *Körperliche Untersuchung* (81% der Fälle), *Fotodokumentation* (5% der Fälle), *weitere körperliche Untersuchungen oder Entwicklungsuntersuchungen* (100% der Fälle), *weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)* (49%) sowie die *erweiterte Dokumentation* (2% der Fälle). Die *weiteren körperlichen Untersuchungen oder Entwicklungsuntersuchungen*, wurden bei allen Verdachtsfällen auf Gefährdung des Kinderschutzes durchgeführt. Unter allen abgefragten Maßnahmen wurden sie am häufigsten erbracht. Die Dimension *Interne/externe Kommunikation* enthält die Maßnahmen *Fallbesprechung* und *Pseudonymisierte Fallberatung*, welche in 42% bzw. 7% der Fälle durchgeführt wurden. Die Dimension *Überweisung/Weiterleitung* enthält die Maßnahmen *Weiterleitung* und *Einbindung des Jugendamtes*, die beide in ca. der Hälfte der Fälle erbracht worden sind. Die letzte Dimension *Weiteres* beinhaltet die Maßnahmen *Hilfe- und Schutzkonzept* und *weitere Maßnahmen*, die in 55% und 13% der Fälle durchgeführt wurden.

Tabelle 4: Im Rahmen der Versorgung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung durchgeführte Maßnahmen

Dimensionen	Maßnahmen	Gesamt (N=369)			
		Durchgeführt		Nicht durchgeführt	
		n	%	n	%
Primäre Befunderhebung/ Anamnese	Erweiterte Anamnese	217	58,8%	152	41,2%
Gespräche	Ärzt:innengespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten	297	80,5%	72	19,5%
	Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen	60	16,3%	309	83,7%
Diagnostik/ Dokumentation	Körperliche Untersuchung	298	80,8%	71	19,2%
	Fotodokumentation	17	4,6%	352	95,4%
	Weitere körperlichen Untersuchungen oder Entwicklungsuntersuchungen	369	100%	0	0%
	Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)	182	49,3%	187[a]	50,7%
	Erweiterte Dokumentation	7	1,9 %	362	89,1%
Interne/externe Kommunikation	Fallbesprechung	153	41,5%	216	58,5%
	Pseudonymisierte Fallberatung	27	7,3 %	342[b]	92,7%
Überweisung/ Weiterleitung	Weiterleitung	187[c]	50,7%	182[d]	49,3%
	Einbindung des Jugendamtes	196	53,1%	173[e]	46,9%
Weiteres	Hilfe- und Schutzkonzept	203	55,0%	166	45,0%
	Weitere Maßnahmen	47	12,7%	322	87,3%

[a] darunter: Begründet nicht notwendig und dokumentiert (n=52; 14,1%).
[b] darunter: begründet nicht notwendig und dokumentiert (n=70; 19,0%).
[c] darunter: Ja, als akute Erst- und Schutzmaßnahme (n=27; 7,3%); Ja, als elektive Überweisung / Weiterleitung (n=160; 43,4%).
[d] darunter: Begründet nicht notwendig und dokumentiert (n=45; 12,2%).
[e] darunter: Begründet nicht notwendig und dokumentiert (n=76; 20,6%).

Zeitverbräuche der einzelnen Kostenkomponenten

In Tabelle 8 sind die durchschnittlichen Zeitverbräuche der jeweiligen Berufsgruppen pro Maßnahme dargestellt. Betrachtet werden die Berufsgruppen KJM, MFA und anderes Praxispersonal (AP). Für die *erweiterte Anamnese* wurde nur der Zeitverbrauch des:r Ärzt:in erhoben, dieser betrug im Median 35 Minuten. Die *erweiterte Dokumentation*, die insgesamt selten zum Einsatz kam, weist sowohl für die KJM als auch für die MFA einen Zeitverbrauch von 20 Minuten im Median auf. Für die Fallbesprechung ergab sich ein Median Zeitverbrauch von ebenfalls 20 Minuten bei den KJM und MFA. Der Zeitverbrauch des anderen Praxispersonals betrug hingegen 33 Minuten im Median. Auffällig ist hier, dass es in allen Berufsgruppen eine große Spannweite im Zeitaufwand für Fallbesprechungen gibt (Min: 5 Minuten; Max: 70 Minuten). Die *pseudonymisierte Fallberatung* wurde selten durchgeführt, weshalb hier die Fallzahlen zur Einbindung von MFA und AP gering sind. KJM weisen hier einen Zeitverbrauch von im Median 20 Minuten auf. Die *Weiterleitung*, die häufiger vorkam, weist ebenfalls in allen drei Berufsgruppen einen Zeitverbrauch von 20 Minuten im Median auf. Das gleiche Bild zeigt sich auch bei den Maßnahmen *Einbindung des Jugendamtes* sowie *Hilfe- und Schutzkonzepten*. Auch hier beträgt der Median Zeitverbrauch in allen Berufsgruppen 20 Minuten. Allerdings ist die Spannweite der Zeitverbräuche für *Hilfe- und Schutzkonzepte* größer. In den Berufsgruppen KJM und AP beträgt der Zeitverbrauch im Minimum 5 Minuten und im Maximum 70 Minuten. Für MFA schwanken die Werte zwischen im Minimum 5 und im Maximum 45 Minuten. Für die Kategorie *weitere Maßnahmen* wurden Zeitverbräuche der KJM von 35 Minuten im Median berichtet. Damit ergeben sich in der fallbezogenen Erhebung mit jeweils 35 Minuten die größten Zeitaufwände für die Maßnahmen *erweiterte Anamnese* und *weitere Maßnahmen*.

Tabelle 5: Anteil der an den Maßnahmen beteiligten Berufsgruppen und deren durchschnittliche Zeitverbräuche pro Fall in den Praxen

Maßnahmen	Beteiligte Berufsgruppe								
	KJM			MFA			AP		
	n (%)	MW (Med.)	Min.; Max.	n (%)	MW (Med.)	Min.; Max.	n (%)	MW (Med.)	Min.; Max.
Anamnese									
Erweiterte Anamnese (n=217)	217* (100%)	26,71 (35,00)	5; 35	n.e.	-	-	n.e.	-	-
Gespräche									
Ärzt:innengespräch mit Eltern/Personen-sorgeberechtigten [a] (n=297)	297* (100%)	37,86[a] (-)	-	n.e.	-	-	n.e.	-	-
Ärzt:innengespräch mit Kind/Jugendlichen [a] (n=60)	60* (100%)	14,29 [a] (-)	-	37 (61,7%)	12,14[a] (-)	-	1 (1,7%)	13,21[b] (-)	-
Diagnostik/Dokumentation									
Körperliche Untersuchung [a] (n=298)	298* (100%)	14,00[a] (-)	-	n.e.	-	-	n.e.	-	-
Foto-dokumentation [a] (n=17)	15 (88,2%)	11,71[a,c] (-)	-	0 (0%)	-	-	1 (5,9%)	11,00[b] (-)	-
Weitere körperliche Untersuchungen / Entwicklungs-untersuchungen	369 (100%)	22,86[a] (-)	-	n.e.	-	-	n.e.	-	-

Maßnahmen	Beteiligte Berufsgruppe								
	KJM			MFA			AP		
	n (%)	MW (Med.)	Min.; Max.	n (%)	MW (Med.)	Min.; Max.	n (%)	MW (Med.)	Min.; Max.
(n=369)									
Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch) [a] (n=182)	n.e.	n.e.	-	n.e.	-	-	n.e.	-	-
Erweiterte Dokumentation (n=7)	7* (100%)	26,43 (20,00)	20; 35	6 (85,7%)	25,00 (20,00)	20; 35	1 (14,3%)	20,00 (-)	-
Interne/externe Kommunikation									
Fallbesprechung (n=153)	153 (100%)	25,98 (20,00)	5; 70	116 (75,8%)	27,33 (20,00)	5; 70	16 (10,5%)	32,19 (32,50)	5; 70
Pseudonymisierte Fallberatung (n=27)	21 (77,8%)	18,89 (20,00)	5; 35	1 (3,7%)	35,00 (-)	-	6 (22,2%)	25,00 (20,00)	20; 35
Überweisung/ Weiterleitung									
Weiterleitung (n=187)	187* (100%)	17,35 (20,00)	5; 35	62 (33,2%)	16,61 (20,00)	5; 35	8 (4,3%)	18,13 (20,00)	5; 35
Einbindung des Jugendamtes (n=196)	196* (100%)	19,54 (20,00)	5; 35	22 (11,2%)	20,00 (20,00)	5; 35	4 (2,0%)	23,75 (20,00)	20; 35
Weiteres									
Hilfe- und Schutzkonzept (n=203)	109 (53,7%)	23,69 (20,00)	5; 70	9 (4,4%)	21,11 (20,00)	5; 45	6 (3,0%)	25,83 (20,00)	5; 70
Weitere Maßnahmen (n=47)	47* (100%)	27,02 (35,00)	5; 35	n.e.	-	-	n.e.	-	-

AP: anderes Praxispersonal; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten über alle Fälle mit jeweiliger Komponente; KJM: Kinder- und Jugendmediziner:in; Med.: Median; MFA: medizinische Fachangestellte:r; MW: Mittelwert (arithmetisches Mittel).
n.e.: nicht erhoben.
**hier wurde jeweils ein/e Ärzt:in angenommen.*
[a]: Hierbei handelt es sich um Durchschnittswerte, die auf einer zusätzlichen Erhebung von Kindermedizinischen Praxen (n=7) beruht. Aufgrunddessen wird hier kein Median angegeben.
[b]: Aufgrund zu geringer (n < 3) oder keiner Angaben in der zusätzlichen Erhebung, wurde hier der Mittelwert der Zeiten für die Berufsgruppen Ärzt:in (11,71 Minuten) und MFA (10,29 Minuten) gewählt.
[c]: In einem Fall wurde „nicht dokumentiert" angegeben, bei der Frage, welche Berufsgruppe beteiligt war. Hier wurde angenommen, dass ein KJM beteiligt war und diese Zeit ist auch in der vorliegenden Zeit berücksichtigt worden.

Neben der fallbezogenen Erhebung wurden für einzelne Maßnahmen Zeitverbräuche Nacherhoben (s. Methodik). Die Ergebnisse der Nacherhebung werden ebenfalls in Tabelle 8 dargestellt. Für die Maßnahme *Ärzt:innengespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten* wurden nur für KJM Zeitverbräuche nacherhoben. Die Gespräche dauerten nach den Angaben in der Zusatzerhebung der Zeiten im Durchschnitt 38 Minuten. Damit stellt das *Ärzt:innengespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten* unter den erhobenen Maßnahmen die zeitintensivste Maßnahme dar. Für *Ärzt:innengespräche mit dem Kind/Jugendlichen* wurden die Zeitverbräuche sowohl für KJM als auch für MFA und AP erhoben. KJM verbrauchten hier durchschnittlich 14 Minuten und MFA 12. AP spielt hier eher eine untergeordnete Rolle, da nur in einem Fall AP bei dieser Maßnahme beteiligt war. Für die *körperliche Untersuchung* wurde der durchschnittliche Zeitverbrauch der KJM erhoben, dieser betrug 14 Minuten. Für die Maßnahme *Fotodokumentation* wurden die Zeitverbräuche der KJM, MFA und AP erhoben. MFA waren allerdings in keinem Fall an der Maßnahme beteiligt und AP nur in einem Fall. KJM weisen für diese Maßnahme einen durchschnittlichen Zeitverbrauch von 12 Minuten auf. Bei

der Maßnahme *weitere körperliche Untersuchungen/Entwicklungsuntersuchung* wurden nur die Zeitverbräuche der KJM erhoben, der durchschnittliche Zeitverbrauch betrug hier 23 Minuten.

Für *weitere diagnostische Maßnahmen* (unspezifisch) wurden sowohl in der fallbezogenen Erhebung noch in der Nacherhebung keine Zeitverbräuche erhoben, weder für KJM noch für weiteres Personal.

Ermittelte Kosten in den einzelnen Komponenten

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

Die ermittelten Kosten der einzelnen Maßnahmen sowie der verschiedenen Dimensionen sind in Tabelle 9 dargestellt. Bezogen auf die sechs Dimensionen variiert die Höhe der jeweiligen medianen Kosten zwischen 24€ und 69€. Die Dimension *Anamnese*, welche ausschließlich die Maßnahme *erweiterte Anamnese* enthält, verursacht im Median Kosten von 42€. Die Dimension *Gespräche* verursacht im Median Kosten von 45€, wobei diese Dimension ausschließlich auf Werten aus der Nacherhebung beruhen. Die in diese Dimension eingeordneten *Ärzt:innengespräche mit den Eltern /Personensorgeberechtigten* weisen, wie oben beschrieben, den höchsten durchschnittlichen Zeitverbrauch aus der Nacherhebung auf und verursachen hier mit im Median 45€ die zweithöchsten Kosten über alle Maßnahmen hinweg. Die höchsten Kosten fallen in der Dimension *Diagnostik/Dokumentation* mit im Median 69€ an. Diese Dimension enthält auch mit den *weiteren körperlichen Untersuchungen* nicht nur die am häufigsten erbrachte Maßnahme, sondern auch die mit 69€ im Median teuerste Maßnahme, wobei zu beachten ist, dass sich die Dimension *Diagnostik/Dokumentation* zum Teil aus Maßnahmen mit Zeitverbräuchen aus der fallbezogenen Erhebung und zum Teil aus Zeitverbräuchen aus der Nacherhebung, wo die *weiteren körperlichen Untersuchungen* einzuordnen sind, zusammensetzt. Im Bereich der *internen/externen Kommunikation* fallen im Median Kosten von 31€ an. Die Kosten für die *Überweisung/Weiterleitung* liegen im Median bei 30€ und die der Dimension *Weiteres* bei 24€.

Wie sich schon in den Gesamtkosten abzeichnet, weisen die einzelnen Dimensionen mit Ausnahme der *Anamnese* große Spannweiten in ihren Kosten auf. Die größte Spannweite in den Kosten zeigt sich in der Dimension *Weiteres*. Hier erstrecken sich die Kosten von 3€ im Minimum zu 153€ im Maximum. Die zweitgrößte Spannweite haben die Kosten in der Dimension *Überweisung/Weiterleitung*, hier erstrecken sich die Kosten von 6€ bis 148€.

Tabelle 6: Durchschnittliche Kosten pro Maßnahme

Praxen (N=369)	**Kosten – gesamt in €**						
	n[a]	**%**	**MW**	**Median**	**Min**	**Max**	**SD**
Anamnese							
Erweiterte Anamnese	217	58,8%	32,05	42,00	6,00	42,00	11,33
Gespräche							
Ärzt:innengespräch mit den Eltern /Personensorgeberechtigten [d]	297	80,59%	45,43	45,43	45,43	45,43	-
Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen [d]	60	16,3%	20,11	21,76	17,15	28,90	2,53
Gesamtkosten Gespräche	303	82,1%	48,51	45,43	17,15	74,33	8,91
Diagnostik/Dokumentation							
Körperliche Untersuchung [d]	298	80,8%	16,80	16,80	16,80	16,80	-
Fotodokumentation [d]	17[c]	4,6%	16,05	14,05	5,94	28,10	6,07
Weitere körperliche Untersuchungen [d]	369	100%	56,31	68,58	27,43	109,73	32,19

Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen

Praxen (N=369)	Kosten – gesamt in €						
	n[a]	%	MW	Median	Min	Max	SD
Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)[b,d]	182	49,3%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
Erweiterte Dokumentation	7	1,9 %	35,59	34,30	27,20	47,60	9,19
Gesamtkosten Diagnostik/ Dokumentation	369	100%	71,41	68,58	27,43	154,73	36,22
Interne/externe Kommunikation							
Fallbesprechung	153	41,5%	40,21	31,60	6,00	121,80	32,51
Pseudonymisierte Fallberatung	27	7,3 %	19,49	24,00	6,00	55,30	11,52
Gesamtkosten Kommunikation	156	42,3%	42,81	31,60	6,00	140,70	34,63
Überweisung/ Weiterleitung							
Weiterleitung	187	50,7%	23,34	24,00	6,00	74,20	16,46
Einbindung des Jugendamtes	196	53,1%	24,56	24,00	6,00	74,20	15,62
Gesamtkosten Überweisung/ Weiterleitung	266	72,1%	34,50	30,00	6,00	148,40	25,83
Weiteres							
Hilfe- und Schutzkonzept	110	29,8%	34,25	24,00	2,70	110,60	28,09
Weitere Maßnahmen	47	12,7%	32,43	42,00	6,00	42,00	10,52
Gesamtkosten Weiteres	142	38,5%	37,26	24,00	2,70	152,60	30,69
Gesamtkosten	369	100%	187,40	157,23	27,43	625,56	110,54

Max.: Maximum; Min.: Minimum; MW: Mittelwert; n.e.: nicht erhoben; SD: Standardabweichung.

[a] n bezieht sich auf die Anzahl an Fälle mit ermittelten Kosten.

[b:] n=52 gaben an, dass weitere diagnostische Maßnahmen begründet nicht notwendig waren.

[c]: in n=3 Fällen wurde die Fotodokumentation mehr als 1 Mal durchgeführt.

[d] Hier sind die Zeitverbräuche, auf denen die Kosten basieren, Durchschnittswerte, die auf einer zusätzlichen Erhebung (Nacherhebung) von Kindermedizinische Praxen (n=7) beruhen.

Durchschnittliche Kosten je Erhebungsphase 1 bzw. 2

Im nächsten Schritt sind verschiedene Subgruppenanalysen hinsichtlich der Kosten durchgeführt worden. In Tabelle 10 sind die Kosten je Maßnahme unterteilt in Erprobungsphase 1 (2021) und Erprobungsphase 2 (2022) dargestellt. Die medianen Gesamtkosten sind in der Erprobungsphase 2 im Vergleich zur Erprobungsphase 1 geringfügig von 155€ auf 159€ angestiegen. Werden die einzelnen Dimensionen betrachtet zeigt sich, dass dieser Anstieg vor allem auf den Anstieg der Kosten in der Dimension *Weiteres* zurückzuführen ist. Hier sind die Kosten von im Median 24€ in EP 1 auf 32€ in EP 2 angestiegen. In allen anderen Dimensionen gab es keine Veränderungen der medianen Kosten: *Anamnese* (EP 1 und EP 2: 42€), *Gespräche* (EP 1 und EP 2: 45€), *Diagnostik/Dokumentation* (EP 1 und EP 2:69 €), *Kommunikation* (EP 1 und EP 2: 32€) und *Überweisung/Weiterleitung* (EP 1 und EP 2: 30€). Der leichte Anstieg in der Dimension *Weiteres* von 24€ auf 32€ geht mit einer Kostenverschiebung einher. Während die Erstellung von *Hilfe- und Schutzkonzepten* in EP2 häufiger erfolgte und sofern sie erbracht wurden, mit einem Anstieg der Kosten auf 32€ im Median einherging, wurden in EP2 etwas weniger häufig *weitere Maßnahmen* angegeben, die sofern sie erbracht wurden, im Median auf 24€ sanken.

Tabelle7: Durchschnittliche Kosten pro Maßnahme je Erprobungsphase

Maßnahmen	Erprobungsphase 1 (n=176)							Erprobungsphase 2 (n=193)						
	Kosten – gesamt in €													
	n [a]	%	MW	Median	Min	Max	SD	n [a]	%	MW	Median	Min	Max	SD
Primäre Befunderhebung / Anamnese														
Erweiterte Anamnese	113	64,2%	32,44	42,00	6,00	42,00	10,78	104	53,9%	31,62	42,00	6,00	42,00	11,95
Gespräche														
Ärzt:innengespräch mit den Eltern/ Personen-sorgeberechtigten [b]	146	83,0%	45,43	45,43	45,43	45,43	-	151	78,2%	45,43	45,43	45,43	45,43	-
Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen [b]	27	15,3%	20,49	21,76	17,15	28,90	2,76	33	17,1%	19,80	21,76	17,15	21,76	2,32
Gesamtkosten Gespräche	150	85,2%	47,91	45,43	17,15	74,33	8,90	153	79,3%	49,11	45,43	17,15	67,19	8,91
Diagnostik/Dokumentation														
Körperliche Untersuchung [b]	143	81,3%	16,80	16,80	16,80	16,80	-	155	80,3%	16,80	16,80	16,80	16,80	-
Fotodokumentation [b]	11	6,3%	15,33	14,05	14,05	28,10	4,24	6	3,1%	17,38	14,05	5,94	28,10	8,88
Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)	86	48,9%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	96	49,7%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
Weitere körperliche Untersuchungen [b]	176	100%	56,19	68,58	27,43	109,73	31,88	193	100%	56,43	27,43	27,43	109,73	32,55
Erweiterte Dokumentation	1	0,6%	42,00	42,00	42,00	42,00	-	6	3,1%	41,30	37,00	31,60	55,30	11,62

Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen

Maßnahmen	Erprobungsphase 1 (n=176)							Erprobungsphase 2 (n=193)						
	Kosten – gesamt in €													
	n [a]	%	MW	Median	Min	Max	SD	n [a]	%	MW	Median	Min	Max	SD
Gesamtkosten Diagnostik/Dokumentation	176	100%	71,04	68,58	27,43	154,63	35,18	193	100%	71,74	68,58	27,43	154,73	37,23
Interne / externe Kommunikation														
Fallbesprechung	68	38,6%	36,54	31,60	6,00	110,60	29,69	85	44,0%	43,15	31,60	6,00	121,80	34,49
Pseudonymisierte Fallberatung	11	6,3%	16,56	6,00	6,00	55,30	15,30	16	8,3%	21,51	24,00	10,80	42,00	7,95
Gesamtkosten Kommunikation	69	39,2%	38,65	31,60	6,00	110,60	31,56	87	45,1%	46,11	31,60	6,00	140,70	36,73
Überweisung/ Weiterleitung														
Weiterleitung	89	50,6%	25,40	24,00	6,00	74,20	17,14	98	50,8%	21,46	24,00	6,00	55,30	15,66
Einbindung des Jugendamtes	87	49,4%	23,82	24,00	6,00	74,20	16,94	109	56,5%	25,16	24,00	6,00	55,30	14,54
Gesamtkosten Überweisung/Weiterleitung	121	68,8%	35,80	30,00	6,00	148,40	28,57	145	75,1%	33,42	30,00	6,00	110,60	23,36
Weiteres														
Hilfe- und Schutzkonzept	47	26,7%	29,26	24,00	6,00	110,60	28,87	63	32,6%	37,97	31,60	2,70	84,00	27,12
Weitere Maßnahmen	26	14,8%	34,38	42,00	24,00	42,00	9,07	21	10,9%	30,00	24,00	6,00	42,00	11,85
Gesamtkosten Weiteres	64	36,4%	35,46	24,00	6,00	152,60	34,02	78	40,4%	38,75	31,60	2,70	126,00	27,81
Gesamtkosten	176	100%	185,36	155,24	27,43	625,56	105,09	193	100%	189,27	159,43	27,43	567,16	115,53

Max.: Maximum; Min.: Minimum; MW: Mittelwert; n.e.: nicht erhoben; SD: Standardabweichung.

[a] n bezieht sich auf die Anzahl an Fälle mit ermittelten Kosten.

[b] Hier sind die Zeitverbräuche, auf denen die Kosten basieren, Durchschnittswerte, die auf einer zusätzlichen Erhebung (Nacherhebung) von Kindermedizinische Praxen (n=7) beruhen.

Durchschnittliche Kosten (Gesamtkosten und Kostenkomponenten) je Fallvignette

Die Subgruppenanalyse nach Fallvignetten ist in Tabelle 11 dargestellt. Die Fallvignette *emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung* weist die geringsten Kosten auf mit im Median 150€ (n=308). Fälle mit der Fallvignette *misshandlungsverdächtige Hämatome* verursachen im Median Kosten von 168€ (n=32). Die höchsten Kosten verursachen Fälle mit der Fallvignette *sexueller Missbrauch* (n=29). Hier liegen die Median Kosten bei 176€.

Tabelle8: Durchschnittliche Kosten pro Maßnahme je Fallvignette

Dimensionen	Maßnahmen	Kosten – gesamt in €						
		n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Misshandlungsverdächtigte Hämatome (n=32)								
Primäre Befunderhebung/ Anamnese	Erweiterte Anamnese	23	71,9%	30,26	24,00	24,00	42,00	8,77
Gespräche	Ärzt:innengespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten [a]	29	90,6%	45,43	45,43	45,43	45,43	-
	Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen [a]	4	12,5%	21,76	21,76	21,76	21,76	-
	Gesamtkosten Gespräche	***29***	***90,6%***	***48,43***	***45,43***	***45,43***	***67,19***	***7,64***
Diagnostik/Dokumentation	Körperliche Untersuchung [a]	29	90,6%	16,80	16,80	16,80	16,80	-
	Fotodokumentation [a]	9	28,1%	18,74	14,05	14,05	28,10	7,03
	Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)	20	62,5%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
	Weitere körperliche Untersuchungen [a]	32	100%	57,01	48,01	27,43	109,73	33,44
	Erweiterte Dokumentation	1	3,1%	55,30	55,30	55,30	55,30	-
	Gesamtkosten Diagnostik/Dokumentation	***32***	***100%***	***79,23***	***63,43***	***27,43***	***154,73***	***40,89***
Interne/externe Kommunikation	Fallbesprechung	19	59,4%	39,00	31,60	6,00	110,60	33,72
	Pseudonymisierte Fallberatung	6	18,8%	15,00	15,00	6,00	24,00	9,86
	Gesamtkosten Kommunikation	***19***	***59,4%***	***43,74***	***31,60***	***6,00***	***119,40***	***36,48***
Überweisung/ Weiterleitung	Weiterleitung	18	56,3%	24,74	31,60	6,00	42,00	14,24
	Einbindung des Jugendamtes	14	43,8%	22,51	24,00	6,00	42,00	14,35
	Gesamtkosten Überweisung/Weiterleitung	***21***	***65,6%***	***36,22***	***30,00***	***6,00***	***84,00***	***27,52***
Weiteres	Hilfe- und Schutzkonzept	7	21,9%	26,80	24,00	6,00	54,00	14,30
	Weitere Maßnahmen	1	3,1%	24,00	24,00	24,00	24,00	-
	Gesamtkosten Weiteres	***8***	***25,0%***	***26,45***	***24,00***	***6,00***	***54,00***	***13,28***
Gesamtkosten		**32**	**100%**	**201,23**	**167,96**	**27,43**	**480,36**	**116,40**
Sexueller Missbrauch (n=29)								

Dimensionen	Maßnahmen	Kosten – gesamt in €						
		n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Primäre Befunderhebung/ Anamnese	Erweiterte Anamnese	22	75,9%	30,55	24,00	6,00	42,00	10,46
Gespräche	Ärzt:innengespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten	28	96,6%	45,43	45,43	45,43	45,43	-
	Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen	11	37,9%	20,50	21,76	17,15	21,76	2,15
	Gesamtkosten Gespräche	***28***	***96,6%***	***53,49***	***45,43***	***45,43***	***67,19***	***10,28***
Diagnostik/Dokumentation	Körperliche Untersuchung	21	72,4%	16,80	16,80	16,80	16,80	-
	Fotodokumentation	5	17,2%	12,43	14,05	5,94	14,05	3,63
	Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)	18	62,1%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
	Weitere körperliche Untersuchungen	29	100%	45,88	27,43	27,43	109,73	25,99
	Erweiterte Dokumentation	2	6,9%	42,20	42,20	42,00	42,40	0,28
	Gesamtkosten Diagnostik/Dokumentation	***29***	***100%***	***63,10***	***44,23***	***27,43***	***140,58***	***35,42***
Interne/externe Kommunikation	Fallbesprechung	18	62,1%	32,18	31,60	6,00	84,00	23,59
	Pseudonymisierte Fallberatung	7	24,1%	18,13	18,90	6,00	42,00	13,42
	Gesamtkosten Kommunikation	***20***	***69,0%***	***35,31***	***31,60***	***6,00***	***97,20***	***27,33***
Überweisung/ Weiterleitung	Weiterleitung	16	55,2%	22,90	24,00	6,00	60,90	17,29
	Einbindung des Jugendamtes	11	37,9%	20,73	24,00	6,00	42,00	10,85
	Gesamtkosten Überweisung/Weiterleitung	***18***	***62,1%***	***33,02***	***27,00***	***6,00***	***84,90***	***22,48***
Weiteres	Hilfe- und Schutzkonzept	7	24,1%	28,34	31,60	24,00	31,60	4,06
	Weitere Maßnahmen	1	3,4%	42,00	42,00	42,00	42,00	-
	Gesamtkosten Weiteres	***8***	***27,6%***	***30,05***	***31,60***	***24,00***	***42,00***	***6,12***
Gesamtkosten		**29**	**100%**	**191,05**	**176,46**	**69,43**	**396,91**	**72,10**
Emotionale und / oder körperliche Vernachlässigung / emotionale Misshandlung (n=308)								
Primäre Befunderhebung/ Anamnese	Erweiterte Anamnese	172	55,8%	32,48	42,00	6,00	42,00	11,75
Gespräche	Ärzt:innengespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten	240	77,9%	45,43	45,43	45,43	45,43	-
	Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen	45	14,6%	19,87	21,76	17,15	28,90	2,68
	Gesamtkosten Gespräche	***246***	***79,9%***	***47,96***	***45,43***	***17,15***	***74,33***	***8,74***
Diagnostik/Dokumentation	Körperliche Untersuchung	248	80,5%	16,80	16,80	16,80	16,80	-

Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen

Dimensionen	Maßnahmen	Kosten – gesamt in €						
		n	%	MW	Median	Min	Max	SD
	Fotodokumentation	3	1,0%	14,05	14,05	14,05	14,05	-
	Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)	144	46,8%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
	Weitere körperliche Untersuchungen	308	100%	57,22	68,58	27,43	109,73	32,50
	Erweiterte Dokumentation	4	1,3%	37,53	31,60	31,60	55,30	11,85
	Gesamtkosten Diagnostik/Dokumentation	***308***	***100%***	***71,38***	***68,58***	***27,43***	***140,68***	***35,73***
Interne/externe Kommunikation	Fallbesprechung	116	37,7%	41,66	31,60	6,00	121,80	33,53
	Pseudonymisierte Fallberatung	14	4,5%	22,10	24,00	10,80	55,30	11,27
	Gesamtkosten Kommunikation	***117***	***38,0%***	***43,95***	***31,60***	***6,00***	***140,70***	***35,53***
Überweisung/ Weiterleitung	Weiterleitung	153	49,7%	23,22	24,00	6,00	74,20	16,70
	Einbindung des Jugendamtes	171	55,5%	24,98	24,00	6,00	74,20	15,99
	Gesamtkosten Überweisung/Weiterleitung	***227***	***73,7%***	***34,46***	***30,00***	***6,00***	***148,40***	***26,02***
Weiteres	Hilfe- und Schutzkonzept	96	31,2%	35,23	24,00	2,70	110,60	29,72
	Weitere Maßnahmen	45	14,6%	32,40	42,00	6,00	42,00	10,58
	Gesamtkosten Weiteres	***126***	***40,9%***	***38,41***	***27,80***	***2,70***	***152,60***	***32,23***
Gesamtkosten		**308**	**100%**	**185,62**	**149,84**	**27,43**	**625,56**	**113,05**

Max.: Maximum; Min.: Minimum; MW: Mittelwert; n.e.: nicht erhoben; SD: Standardabweichung.

[a] Hier sind die Zeitverbräuche, auf denen die Kosten basieren, Durchschnittswerte, die auf einer zusätzlichen Erhebung (Nacherhebung) von Kindermedizinische Praxen (n=7) beruhen.

Sensitivitätsanalyse

Neben den Subgruppenanalysen wurde auch eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt (s. Methodik). Die Gesamtkosten sind im Vergleich zum Basecase um 19% auf 187€ im Median gestiegen (vgl. Tab. 12). In den einzelnen Dimensionen sind die Kosten jeweils um ca. 20% im Vergleich zum Basecase angestiegen. Einzig die Dimension *interne/externe Kommunikation* ist weniger stark angestiegen. Hier stiegen die Kosten im Median um 17% auf 37€.

Tabelle 91: Durchschnittliche Kosten pro Komponente (Sensitivitätsanalyse: Basisjahr 2021/2022)

Praxen (N=369)	n[a]	%	Sensitivitätsanalyse					BaseCase				
			Kosten – gesamt in €									
			MW	Median	Min	Max	SD	MW	Median	Min	Max	SD
Anamnese												
Erweiterte Anamnese	217	58,8%	38,46	50,40	7,20	50,40	13,60	32,05	42,00	6,00	42,00	11,33
Gespräche												
Ärzt:innengespräch mit den Eltern /Personensorgeberechtigten	297	80,5%	54,52	54,52	54,52	54,52	-	45,43	45,43	45,43	45,43	-
Ärzt:innengespräch mit dem Kind/Jugendlichen	60	16,3%	23,70	25,43	20,58	32,97	2,66	20,11	21,76	17,15	28,90	2,53
Gesamtkosten Gespräche	303	82,1%	58,13	54,52	20,58	87,49	10,53	48,51	45,43	17,15	74,33	8,91
Diagnostik/Dokumentation												
Körperliche Untersuchung	298	80,8%	20,16	20,16	20,16	20,16	-	16,80	16,80	16,80	16,80	-
Fotodokumentation	17[c]	4,6%	19,22	16,86	6,27	33,72	7,38	16,05	14,05	5,94	28,10	6,07
Weitere körperliche Untersuchungen	369	100%	67,58	82,30	32,92	131,67	38,63	56,31	68,58	27,43	109,73	32,19
Weitere diagnostische Maßnahmen (unspezifisch)[b]	182	49,3%	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.
Erweiterte Dokumentation	7	1,9 %	48,26	48,20	36,80	64,40	12,38	35,59	34,30	27,20	47,60	9,19
Gesamtkosten Diagnostik/ Dokumentation	369	100%	85,66	82,30	32,92	185,56	43,42	71,41	68,58	27,43	154,73	36,22
Interne/externe Kommunikation												
Fallbesprechung	153	41,5%	46,88	36,80	7,20	140,70	37,78	40,21	31,60	6,00	121,80	32,51
Pseudonymisierte Fallberatung	27	7,3 %	22,89	28,80	7,20	64,40	13,81	19,49	24,00	6,00	55,30	11,52
Gesamtkosten Kommunikation	156	42,3%	49,94	36,80	7,20	160,65	40,21	42,81	31,60	6,00	140,70	34,63
Überweisung/ Weiterleitung												

Anhang 1: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.Praxen

Praxen (N=369)	n[a]	%	Sensitivitätsanalyse					BaseCase				
			Kosten – gesamt in €									
			MW	Median	Min	Max	SD	MW	Median	Min	Max	SD
Weiterleitung	187	50,7%	27,63	28,80	7,20	84,35	19,40	23,34	24,00	6,00	74,20	16,46
Einbindung des Jugendamtes	196	53,1%	29,31	28,80	7,20	84,35	18,56	24,56	24,00	6,00	74,20	15,62
Gesamtkosten Überweisung/ Weiterleitung	266	72,1%	41,03	36,00	7,20	168,70	30,62	34,50	30,00	6,00	148,40	25,83
Weiteres												
Hilfe- und Schutzkonzept	110	29,8%	40,85	28,80	2,85	128,80	33,57	34,25	24,00	2,70	110,60	28,09
Weitere Maßnahmen	47	12,7%	38,91	50,40	7,20	50,40	12,62	32,43	42,00	6,00	42,00	10,52
Gesamtkosten Weiteres	142	38,5%	44,52	28,80	2,85	179,20	36,68	37,26	24,00	2,70	152,60	30,69
Gesamtkosten	369	100%	223,83	187,43	32,92	733,45	131,45	187,40	157,23	27,43	625,56	110,54

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

In der Baseline, d.h. zwischen Juli 2020 und Dezember 2020, konnten für die gesundheitsökonomische Evaluation insgesamt 797 Fälle für die Auswertung eingeschlossen werden. Davon wurden 368 Fälle ambulant und 429 Fälle stationär versorgt. In der sich anschließenden 24-monatigen EP waren es 3.589 Fälle, die die Einschlusskriterien erfüllten und die für die gesundheitsökonomische Evaluation eingeschlossen werden konnten. Die 3.589 Fälle teilen sich auf in 1.776 Fälle (Erprobungsphase 1) und 1.813 Fälle (Erprobungsphase 2). Insgesamt wurden in der EP 1.609 Fälle ambulant und 1.980 Fälle stationär versorgt (s. Abbildung 1).

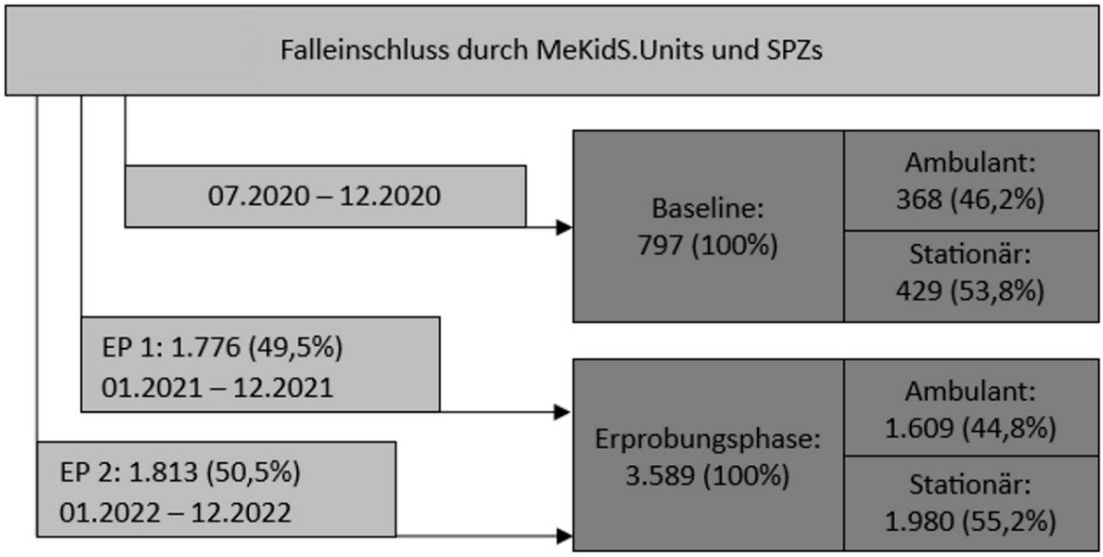


Abbildung 1: Darstellung der Studienpopulation

In der BL wurden 54% der Fälle vollstationär versorgt. In der EP waren es 55%. In 14% (BL) bzw. 11% (EP) der ambulant versorgten Fälle wurden teilweise Leistungen im SPZ erbracht.

In beiden Erhebungszeiträumen waren 57% der versorgten Kinder und Jugendlichen weiblich. Es zeigt sich, dass weibliche Kinder und Jugendliche in der BL etwas häufiger ambulant versorgt wurden.

Hinsichtlich der Altersgruppen zeigt sich in BL und EP ein ähnliches Bild. Mehr als ein Viertel der Fälle (BL: 27,9%; EP: 27,5%) war zum Zeitpunkt der Versorgung jünger als 18 Monate. Zwischen 18 und 36 Monaten alt waren 9% (BL) bzw. 10% (EP) der Fälle. Die Altersgruppen 36 Monate bis 6 Jahre und 6 Jahre bis 12 Jahre waren in beiden Zeiträumen mit ca. 20% vertreten. Die älteste Altersgruppe (12 bis 18 Jahre) machte in der Baseline 22% aus und in der EP 25%. Dabei wurden sie häufiger stationär versorgt genauso wie Kinder und Jugendliche, die zum Zeitpunkt der Versorgung unter 18 Jahren alt waren (s. Tabelle). Deutliche Unterschiede in der Altersstruktur zeigen sich über beide Zeiträume hinweg zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Während im ambulanten Bereich lediglich 11% (BL) bzw. 8% der Kinder unter 18 Monate alt sind, sind es im stationären Bereich 42% (BL) bzw. 43% (EP).

Tabelle 1: Demographische Merkmale der Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in den Units

Soziodemographische Merkmale		**BL**		**EP**	
		n	**%**	**n**	**%**
Altersgruppe	< 18 Monate	222	27,9%	986	27,5%
	18 bis < 36 Monate	70	8,8%	349	9,7%
	36 Monate bis < 6 Jahre	156	19,6%	661	18,4%
	6 bis < 12 Jahre	176	22,1%	694	19,3%
	12 bis < 18 Jahre	173	21,7%	899	25,0%
	Gesamt	**797**	**100%**	***3.589***	***100%***
Geschlecht	männlich	343	43,0%	1.548	43,1%
	weiblich	454	57,0%	2.041	56,9%
	Gesamt	**797**	**100%**	***3.589***	***100%***
Ambulant					
Altersgruppe	< 18 Monate	40	10,9%	126	7,8%
	18 bis < 36 Monate	45	12,2%	201	12,5%
	36 Monate bis < 6 Jahre	124	33,7%	491	30,5%
	6 bis < 12 Jahre	127	34,5%	510	31,7%
	12 bis < 18 Jahre	32	8,7%	281	17,5%
	Gesamt	**368**	**100%**	***1.609***	***100%***
Geschlecht	männlich	139	37,8%	671	41,7%
	weiblich	229	62,2%	938	58,3%
	Gesamt	**368**	**100%**	***1.609***	***100%***
Stationär					
Altersgruppe	< 18 Monate	182	42,4%	860	43,4%
	18 bis < 36 Monate	25	5,8%	148	7,5%
	36 Monate bis < 6 Jahre	32	7,5%	170	8,6%
	6 bis < 12 Jahre	49	11,4%	184	9,3%
	12 bis < 18 Jahre	141	32,9%	618	31,2%
	Gesamt	**429**	**100%**	***1.980***	***100%***
Geschlecht	männlich	204	47,6%	877	44,3%
	weiblich	225	52,4%	1.103	55,7%
	Gesamt	**429**	**100%**	***1.980***	***100%***

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Hinsichtlich der Verteilung auf die sieben Fallvignetten ist zu erkennen, dass mehr als die Hälfte der Fälle (BL: 55%; EP: 54%) mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung der emotionalen und/oder körperlichen Vernachlässigung/emotionale Misshandlung zugeordnet wurden. Knapp ein Viertel der Fälle wurden als misshandlungsverdächtigte Hämatome (BL: 24%; EP: 24%) gewertet. Als sexueller Missbrauch wurden 17% (BL) bzw. 16% (EP) eingeordnet. Die anderen Fallvignetten (Misshandlungsverdächtigte Frakturen, Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen) traten deutlich seltener auf und nichtakzidentelles Schädelhirntrauma bzw. Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung in der BL sogar gar nicht (bzw. weniger als 8-Mal, sodass diese Fälle nicht mit ausgewertet wurden) (s. Tabelle). Kinder und Jugendliche mit misshandlungsverdächtigten Hämatomen bzw. sexuellem Missbrauch wurden etwas häufiger ambulant versorgt, Kinder und Jugendliche mit emotionaler und/oder körperlicher Vernachlässigung/emotionaler Misshandlung hingegen deutlich häufiger im stationären Bereich.

Tabelle 2: Zugeordnete Fallvignette der Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in den Units

Fallvignette [Welche Hinweise/Verdachtsmomente auf welche Form der Kindeswohlgefährdung lagen am ehesten bzw. vorwiegend vor unter der Berücksichtigung des gesamten Abklärungsprozesses]		**BL**		**EP**	
		n	**%**	**n**	**%**
Zuordnung der Fälle zu Fallvignetten	Misshandlungsverdächtigte Hämatome	193	24,2%	857	23,9%
	Misshandlungsverdächtigte Frakturen	8	1,0%	71	2,0%
	Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung	0	0,0%	16	0,4%
	Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	0	0,0%	36	1,0%
	Sexueller Missbrauch	133	16,7%	572	15,9%
	Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen	24	3,0%	93	2,6%
	Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung	439	55,1%	1.944	54,2%
	Gesamt	**797**	**100%**	**3.589**	**100%**
Ambulant					
Zuordnung der Fälle zu Fallvignetten	Misshandlungsverdächtigte Hämatome	134	36,4%	611	38,0%
	Misshandlungsverdächtigte Frakturen	n.d.	n.d.	9	0,6%
	Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung	0	0,0%	n.d.	n.d.
	Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	0	0,0%	n.d.	n.d.
	Sexueller Missbrauch	115	31,3%	453	28,2%
	Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung	114	31,0%	531	33,0%
	Gesamt	**368**	**100%**	**1.609**	**100%**
Stationär					
Zuordnung der Fälle zu Fallvignetten	Misshandlungsverdächtigte Hämatome	59	13,8%	246	12,4%
	Misshandlungsverdächtigte Frakturen	n.d.	n.d.	62	3,1%
	Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung	0	0,0%	n.d.	n.d.
	Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	0	0,0%	n.d.	n.d.
	Sexueller Missbrauch	18	4,2%	119	6,0%
	Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung	325	75,8%	1.413	71,4%
	Gesamt	**429**	**100%**	**1.980**	**100%**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; n.d.: nicht dargestellt - aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben erfolgt hier keine Angabe von Werten in der Subgruppenanalyse.

Bei den eingeschlossenen Fällen handelt es sich um Fälle, bei denen ein VaKW zu mindestens einem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf bestand (s. Tabelle). Bei Fallabschluss wurde bei 45% (BL) und 34% (EP) der Fall so eingeschätzt, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls

eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht. In 44% (BL) bzw. 50% der Fälle könnte eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein bzw. eine Gefährdung für das Kindeswohl könnte bestehen. Keine Beeinträchtigung des Kindeswohls bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls ist eingetreten in 11% (BL) bzw. 16% (EP) der Fälle. Während aber im ambulanten Bereich lediglich eine geringfügige Zunahme stattfand, bei denen abschließend keine Beeinträchtigung des Kindeswohls stattgefunden hat (BL 15%; EP 16%), zeigt sich hier im stationären Bereich eine deutliche Zunahme (BL 8%; EP 16%).

Tabelle 3: Gefährdungseinschätzung des Kindes/des Jugendlichen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses

Fallvignette		**BL**		**EP**	
		n	**%**	**n**	**%**
Gefährdungs-einschätzung zum Zeitpunkt des Fall-abschlusses	Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht	356	44,7%	1.217	33,9%
	Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindewohls besteht	353	44,3%	1.798	50,1%
	Einschätzung, dass keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht	88	11,0%	574	16,0%
	Gesamt	**797**	**100%**	**3.589**	**100%**
Ambulant					
Gefährdungs-einschätzung zum Zeitpunkt des Fall-abschlusses	Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht	150	40,8%	495	30,8%
	Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindewohls besteht	163	44,3%	864	53,7%
	Einschätzung, dass keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht	55	14,9%	250	15,5%
	Gesamt	**368**	**100%**	**1.609**	**100%**
Stationär					
Gefährdungs-einschätzung zum Zeitpunkt des Fall-abschlusses	Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht	206	48,0%	722	36,5%
	Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindewohls besteht	190	44,3%	934	47,2%
	Einschätzung, dass keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht	33	7,7%	324	16,4%
	Gesamt	**429**	**100%**	**1.980**	**100%**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Im Durchschnitt wurden die Kinder und Jugendlichen über 1,15 (BL) bzw. 1,08 (EP) Quartale ambulant versorgt (s. Tabelle). Bei zwei Dritteln der vollstationären Aufenthalte, handelt es sich um kurze Aufenthalte von maximal 4 Tagen: 35% der Fälle verbrachten zwischen 1-2 Tage und 34% (BL) bzw. 32% (EP) zwischen 2 und 4 Tagen im Krankenhaus. Eine Aufenthaltsdauer von mehr als 5 Tagen wurde für 32% (BL) bzw. 33% (EP) der Fälle angegeben (s. Tabelle).

Tabelle 4: Quartale im Abklärungsprozess ambulant versorgter Fälle

Units	Quartale im Abklärungsprozess* - ambulant versorgter Fälle**	
	BL	EP
N	368	1.609
Min	1	1
Max	7	4
Median	1,00	1,00
MW	1,15	1,08
SD	0,601	0,310

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.
***in Bezug auf den gesamten Abklärungsprozess von Prozessinitiierung bis zum Fallabschluss.**
***Anzahl der Quartale wurde für vollstationär versorgte Fälle nicht erfasst.*

Tabelle 5: Stationäre Aufenthaltsdauer in Tagen von stationär versorgten Fällen

Units	Stationäre Aufenthaltsdauer			
	BL		EP	
	N	%	N	%
1-2 Tage	150	35,0%	696	35,2%
3-4 Tage	144	33,6%	631	31,9%
>5 Tage	135	31,5%	653	33,0%
Gesamt	**429**	**100%**	**1.980**	**100%**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Anteilsmäßig ging die Anzahl der vollstationären Aufnahmen in Kooperation mit Behörden in der EP gegenüber der BL leicht zurück. In 19% (BL) bzw. 15% (EP) der Fälle erfolgte die vollstationäre Aufnahme in Kooperation mit Behörden. Von diesen Fällen war in 78% (BL) bzw. 81% (EP) der Fälle das Jugendamt beteiligt und in 35% (n=28) (BL) bzw. 30% (n=90) (EP) die Polizei. Staatsanwaltschaft und Familiengericht spielten eine untergeordnete Rolle (s. Tabelle).

Eine Inobhutnahme durch das Jugendamt war in 13% (BL) bzw. 16% (EP) aller Fälle notwendig.

*Tabelle 6: Vollstationäre Aufnahmen in Kooperation mit Behörden**

Units		BL (n = 429)		EP (n = 1.980)	
		n	%	n	%
Stationäre Aufnahmen in Kooperation mit Behörden*	Nein	349	81,4%	1.680	84,8%
	Ja	80	18,6%	300	15,2%
	Jugendamt	62	77,5%	242	80,7%
	Polizei	28	35,0%	90	30,1%
	Staatsanwaltschaft	0	0,0%	3	1,0%
	Familiengericht	2	2,5%	6	2,0%
	Nicht dokumentiert	0	0,0%	0	0,0%
	Gesamt	**92**	**100%**	**341**	**100%**
Inobhutnahme durch Jugendamt	Nein	693	87,0%	3.016	84,0%
	Ja	104	13,0%	573	16,0%
	Gesamt	**797**	**100%**	**3.589**	**100%**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.
**Diese Auswertung bezieht sich nur auf die stationär aufgenommenen Fälle (Mehrfachantworten möglich).*

Ergebnisse Ressourcenverbrauch gesamt

Je dokumentiertem Fall wurde erfragt, welche Maßnahmen durchgeführt wurden. Eine Übersicht über die Häufigkeit der jeweils durchgeführten Maßnahmen für BL und EP ist in der Tabelle zu finden.

In mehr als 75% der Fälle (sowohl vollstationär versorgte Fälle als auch Fälle in Ambulanzen) wurden sowohl in BL als auch in der EP eine Anamnese (BL: 99,1%; EP: 99,4%), ein Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten (BL: 90,1%; EP: 84,1%; p<0,001), ein interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung (BL: 90,7%; EP: 87,7%; p<0,001) sowie eine fallspezifische Dokumentation (BL: 77,0%; EP: 76,1%) durchgeführt als auch ein Arztbrief (BL: 95,7%; EP: 91,1%; p<0,001) erstellt.

Ebenfalls häufig, d.h. in 50% oder mehr der Fälle wurde in beiden Erhebungsphasen erweiterte Anamnesen (BL: 69,4%; EP: 60,1%; p<0,001), ein Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen (BL: 53,8%; EP: 50,0%), eine interprofessionelle fallspezifische Besprechung (BL: 68,1%; EP: 64,4%; p<0,05) und ein fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt (BL: 59,6%; EP: 55,6%; p<0,01) durchgeführt. Zudem fielen in mehr als 50% der Fälle Koordinations- und Organisationsaufgaben generell (BL: 57,3%; EP: 52,6%; p<0,05) bzw. im Kontext diagnostischer Verfahren (BL: 61,5%; EP: 62,7%) an. In der Baseline wurde angegeben, dass in 63,2% der Fälle weitere Gespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten geführt wurden. In der EP wurde dieses in 49,7% der Fälle berichtet. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p<0,001).

Als häufigste diagnostische Verfahren sind Laboruntersuchungen, Sonographien (p<0,01) sowie weitere Untersuchungen in Form von Konsilen (p<0,05) zu nennen. Die beiden letztgenannten wurden anteilsmäßiger häufiger in der Erprobungsphase angewandt. Bei den Konsilen wurden statistisch signifikant häufiger psychologische Konsile angewandt (p<0,001). Alle anderen Untersuchungen, wie bspw. CT oder MRT wurden in weniger als 10% der Fälle durchgeführt und dann vor allem bei stationär aufgenommenen VaKW.

Neben den erwähnten diagnostischen Verfahren wurde die pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung in beiden Erhebungsphasen eher selten (BL: 1,9%; EP: 7,4%; p<0,001) durchgeführt. Der Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen wurde in 28,2% (BL) bzw. 24,2% (EP) (p<0,05) der VaKW vorgenommen. Zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen (ohne Jugendamt) wurde in 15,4% bzw. 14,3% der VaKW hergestellt.

Im Vergleich zwischen BL und EP zeigt sich, dass Maßnahmen wie die erweiterte Anamnese, aber auch weitere Gespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten als auch Kindern/Jugendlichen etwas weniger häufig (zwischen 13% und 7%) angegeben wurden. Eine Zunahme in der EP lassen sich für die pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung und die Gespräche am Tag der Entlassung (p<0,001) erkennen.

Im Vergleich der stationär bzw. ambulant aufgenommenen VaKW sind neben den bereits berichteten Unterschieden im Bereich der diagnostischen Verfahren insbesondere im Bereich der Gespräche Unterschiede zu erkennen. So wurden im ambulanten Bereich in 62,2% (BL) bzw. 62,9% (EP) der VaKW Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Kindern/Jugendlichen geführt. Im stationären Bereich lag der Anteil bei 46,6% (BL) bzw. 39,5% (EP). Dieses lässt sich durch die Altersstruktur erklären, da insbesondere die jüngeren VaKW eher stationär aufgenommen wurden. Zudem finden bei ambulant versorgten VaKW seltener weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten als auch mit den Kindern/Jugendlichen statt, was sich dadurch erklären lässt, dass bei ambulant versorgten VaKW der Versorgungszeitraum geringer ist. In der BL wurde in 86,1% der ambulant versorgten Fälle eine fallspezifische Dokumentation vorgenommen, bei den stationär versorgten Fällen liegt dieser Anteil bei 69,2%.

Ressourcenverbrauch der ambulanten Fälle

Im Folgenden werden die Ressourcenverbräuche der ambulant versorgten VaKW zwischen BL und EP verglichen. Die entsprechende Darstellung der Daten findet sich in derTabelle Tabelle .

Hinsichtlich der Anamnese und erweiterten Anamnese zeigen sich zwischen den Erhebungsphasen keine Unterschiede. So wurde eine Anamnese in 98% (BL) bzw. 99% (EP) der Fälle durchgeführt und eine erweiterte Anamnese in 62% (BL) bzw. 57% (EP).

Bei den durchgeführten Gesprächen hingegen gibt es statistisch signifikante Unterschiede für das Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten (BL: 89%; EP: 81%; p<0,001) sowie für weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten (BL: 46%; EP: 36%; p<0,001) bzw. Kindern/Jugendlichen (BL: 20%; EP: 15%; p<0,05), wobei diese häufiger in der Baseline durchgeführt wurden.

Die technisch-apparative Diagnostik (z.B. CT/MRT) spielt bei ambulant versorgten Fällen eine eher untergeordnete Rolle. In der BL wurde ein MRT durchgeführt und in der EP wurden 6 durchgeführt. In 9% (BL) bzw. 11% (EP) der Fälle fand eine Laboruntersuchung statt. Eine Spurensicherung wurde in der BL in 8% der Fälle und in der EP in 14% der Fälle durchgeführt (p<0,01). Auch weitere Untersuchungen fanden in der EP statistisch signifikant häufiger statt (BL: 6%; EP: 11%; p<0,05). Das betrifft vor allem Konsile der Psychologie und der Rechtsmedizin.

Im Bereich der Kommunikation zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede für die Maßnahmen des internen fachlichen Austauschs zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung (BL: 89%; EP: 79%; p<0,001), der interprofessionellen Fallbesprechung (BL: 63%; EP: 57%; p<0,05) sowie dem Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen (BL: 28%; EP: 18%; p<0,001). Diese Maßnahmen wurden in ambulant versorgten VaKW häufiger in der BL erbracht. Hingegen erfolgte eine pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung (BL: 0,5%; EP: 7%; p<0,001) häufiger in der EP.

Für den Bereich der Dokumentation und Entlassung zeigt sich ebenfalls, dass Arztbriefe (BL: 98%; EP: 91%; p<0,001), fallspezifische Dokumentationen (BL: 86%; EP: 76%; p<0,001), zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben (BL: 60%; EP: 52%; p<0,01) sowie weiterer interner Austausch (BL: 39%; EP: 26%; p<0,001) in der EP statistisch signifikant seltener, d.h. um bis zu 12%, in der Versorgung ambulant versorgter VaKW durchgeführt bzw. erfolgt sind

Ressourcenverbrauch der stationären Fälle

Die Ressourcenverbräuche der stationär versorgten VaKW finden sich ebenfalls in Tabelle . Eine Anamnese erfolgte sowohl in BL als auch in EP in 100% der Fälle. Hingegen zeigt sich, dass die erweiterte Anamnese in 13% weniger Fällen in der EP vorgenommen wurde (BL: 76%; EP: 63%; p<0,001).

Das Bild von statistisch signifikant weniger häufig durchgeführten Maßnahmen in der EP zeigt sich auch für alle erfragten Gesprächsleistungen mit Eltern/Personensorgeberechtigten und den Kindern/Jugendlichen selbst. Diese wurden zwischen 4 und 17 Prozentpunkten weniger häufig in der EP erbracht (Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten: BL: 91%; EP: 87%; p<0,05); weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten: BL: 78%; EP: 61%; p<0,001); Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit Kindern/Jugendlichen: BL: 47%; EP: 40%; p<0,01; weitere Gespräche mit Kindern/Jugendlichen (BL: 34%; EP: 24%; p<0,001).

Apparative Maßnahmen, wie MRT oder Röntgen-Skelett-Screening wurden bei stationär versorgten VaKW in 5-7% der Fälle in beiden Erhebungsphasen durchgeführt. Laboruntersuchungen (BL: 73%; EP: 74%) und weitere Untersuchungen in Form von Konsilen (BL: 37%; EP: 40%) fanden ebenfalls häufig Anwendung. Sonographien wurden in 33% der Fälle in der BL und in 38% der Fälle in der EP durchgeführt (p<0,05).

Im Bereich der Kommunikation wurden in der EP statistisch signifikant häufiger ein interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung (BL: 92%; EP: 95%; p<0,001) sowie eine pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung (BL: 3%; EP: 8%; p<0,001) durchgeführt. Hingegen wurde in der EP ein fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt (BL: 64%; EP: 59%; p<0,01) statistisch signifikant seltener durchgeführt.

Fallspezifische Dokumentationen (BL: 69%; EP: 76%; p<0,01) und Gespräche am Tag der Entlassung (BL: 15%; EP: 29%; p<0,001) wurden in der EP statistisch signifikant häufiger durchgeführt. Ein weiterer interner Austausch (BL: 44%; EP: 26%; p<0,001) fand im Vergleich zur BL in der EP statistisch signifikant seltener statt. Auch wurde in der EP in 34% der versorgten Fälle angegeben, dass ein zusätzlicher Betreuungs-/Pflegeaufwand bestand, wohingegen dieses in der BL für 17% der Fälle angegeben wurde (p<0,001).

Ergebnisse Kosten

Durchschnittliche Kosten insgesamt

Eine detaillierte Aufstellung der durchschnittlichen Kosten je Maßnahme insgesamt über alle VaKW findet sich in Tabelle . Die Gesamtkosten pro Fall (bezogen auf ambulante und stationäre Fälle) belaufen sich im Median auf 684€ in der BL und auf 436€ in der EP [p<0,001]. Auf Ebene der Leistungsbereiche der Anamnese, Gespräche, Diagnostik, Kommunikation und Dokumentation/Entlassung zeigen ich besonders große Kostenunterschiede pro Fall im Bereich der Kommunikation (BL: 240€; EP: 110€; p<0,001) und der Dokumentation/Entlassung (BL: 168€; EP: 83€; p<0,001). Im Bereich der Anamnese (BL: 120€; EP: 85€; p<0,001) und der Gespräche (BL: 126€; EP: 83€; p<0,001) sind die Unterschiede weniger deutlich ausgeprägt, allerdings ebenfalls statistisch signifikant unterschiedlich. Dagegen fallen die Kosten für Diagnostik im Median in der BL etwas niedriger aus als in der EP (BL: 42€; EP: 47€; p<0,001).

Durchschnittliche Kosten der ambulant versorgten VaKW

Die durchschnittlichen Kosten der ambulant versorgten VaKW finden sich in der Tabelle . Die Gesamtkosten liegen für diese Fälle im Median bei 567€ (BL) bzw. 334€ (EP) [p<0,001]. Die Minimum-/Maximumwerte liegen in der BL bei 138€ bzw. 1.308€ und in der EP bei 49€ und 2.026€.

Hinsichtlich der Kosten pro Fall zeigt sich auf Ebene der übergreifenden Dimensionen sich ein ähnliches Bild wie bei den Gesamtkosten. So zeichnen sich wesentliche Kostenunterschiede im Median zwischen BL und EP in den Bereichen Kommunikation (BL: 199€; EP: 94€; p<0,001) und Dokumentation/Entlassung (BL: 171€; EP: 79€; p<0,001) ab. Die Unterschiede der Kosten im Median für Anamnese (BL: 102€; EP: 76€; p<0,001) und Gespräche (BL: 88€; EP: 60€; p<0,001) sowie Diagnostik (BL: 20€; EP: 15€; p<0,001) sind geringer.

Auffällig ist, dass in der BL die Kosten im Median für Dokumentation/Entlassung (171€) für ambulant versorgte VaKW höher sind als die Kosten im Median für Dokumentation/Entlassung (160€) für stationär versorgte VaKW. Auf Ebene der Einzelmaßnahmen zeigen sich hier im Median um mehr als 50% höhere Kosten für die Erstellung von Arztbriefen im ambulanten Bereich (ambulant: 92€; stationär: 43€).

Durchschnittliche Kosten der stationär versorgten VaKW

Die durchschnittlichen Kosten der stationär versorgten VaKW finden sich in der Tabelle . Die Gesamtkosten liegen für diese Fälle im Median bei 835€ (BL) bzw. 540€ (EP) (Δ-295€) [p<0,001] pro Fall. Für beide Zeiträume zeigen sich weite Spannweiten der Kosten über alle Fälle. So liegen die Gesamtkosten in der BL zwischen 97€ (Min) und 3.059€ (Max), in der EP zwischen 28€ (Min) und 3.606€ (Max). Auch hier ist sie in der EP etwas höher als in der BL. Die hohen Spannweiten in den Kosten zeigen sich auch auf Ebene der einzelnen Maßnahmen (s. Tabelle).

Die höheren Kosten pro Fall in der BL ergeben sich durch deutlich höhere Kosten in den Bereichen Gespräche (162€; EP: 98€; p<0,001), Kommunikation (BL: 298€; EP: 125€; p<0,001) und Dokumentation/Entlassung (BL: 160€ EP: 86€; p<0,001). Gerade im Bereich der Kommunikation ist der Kostenunterschied mit 173€ deutlich. Dieses zeigt sich auf Ebene der Einzelmaßnahmen über alle Maßnahmen hinweg (s. Tabelle XX). Besonders auffällig sind der interne fachliche Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung (BL: 123€; EP: 49€) und der fallspezifische Austausch mit dem Jugendamt (BL: 98€; EP: 33€), aber auch für den Fallaustausch mit medizinischen Einrichtungen (BL: 59€; EP: 26€) oder zusätzlichen Kontakten mit nichtmedizinischen Einrichtungen (BL: 30€; EP: 20€) zeigen sich geringere Kosten in der EP.

Im Bereich der Dokumentation/Entlassung sind die höheren Kosten der BL zurückzuführen auf um das 4-fache höhere Kosten in der fallspezifischen Dokumentation (BL: 100€; EP: 25€) und höhere Kosten für Gespräche am Tag der Entlassung (BL: 45€; EP: 23€).

Bei den Gesprächen zeigen sich insbesondere höhere Kosten in der BL für die Maßnahme der weiteren Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten (BL: 95€; EP: 58€).

Durchschnittliche Kosten je Erprobungsphase (inkl. Ressourcenverbrauch)

Hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs zeigen sich in der EP 2 geringere Durchführungsraten für weitere Gespräche mit Eltern/Personensorgeberechtigten (-6,5%) und dem Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen (-5,1%). Dafür wurde häufiger angegeben, dass weitere Untersuchungen (Konsile) (+6,0%), (zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechungen (+9,5%), fallspezifische Dokumentationen (+5,4%), zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben (+12,5%) und ein weiterer interner Austausch (+12,7%) durchgeführt wurden.

Die durchschnittlichen Kosten je Maßnahme für die EP 1 und 2 sind in der Tabelle zu finden. Die Gesamtkosten der EP 2 sind dabei mit 422€ im Median um 31€ geringer (im Mittelwert sind es 4€) als die Gesamtkosten der EP 1 mit 453€.

Es zeigen sich auf allen Ebenen (Anamnese, Gespräche, Diagnostik, Kommunikation sowie Dokumentation) nur geringfügige Unterschiede im Median. So sind die Kosten im Median für die Bereich Anamnese (EP1: 85€; EP 2: 86€; p<0,001) und Diagnostik (EP1: 47€; EP 2: 47€; p<0,001) fast identisch. Die Kosten für Gespräche (EP1: 88€; EP 2: 76€) und Dokumentation/Entlassung (88€; EP 2: 80€) sind in der EP 2 im Vergleich zur EP1 geringer. Auf Ebene der Einzelmaßnahmen fallen im Bereich Diagnostik/Entlassung insbesondere die um ca. 16€ geringeren Kosten im Median für Arztbriefe auf. Die Kosten im Median für Gespräche auf Einzelebene sind für Aufnahme-/Eröffnungsgespräche um ca. 7€ günstiger. Im Bereich der Kommunikation (EP1: 103€; EP 2: 117€; p<0,05) weist die EP 2 im Median um etwa 15€ höhere Kosten auf im Vergleich zur EP 1. Das spiegelt sich insbesondere durch im Median um 49€ höhere Kosten für (zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechungen (EP 1: 35€; EP 2: 84€) wider.

Durchschnittliche Kosten je Fallvignette

In der Erhebung wurde darum gebeten, eine Zuordnung vorzunehmen, welcher von den 7 vorgegebenen Fallvignetten (misshandlungsverdächtigte Hämatome, misshandlungsverdächtigte Frakturen, misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung, nichtakzidentelles Schädelhirntrauma, sexueller Missbrauch, Drogenentzugssyndrom bei Neugeborenen, emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung) der Fall am ehesten zugeordnet werden konnte. Die Auswertung der durchschnittlichen Kosten je Fallvignette finden sich in den Tabellen 9 bis 12.

Misshandlungsverdächtige Hämatome. Im ambulanten Bereich wurde in der EP in 611 Fällen (38%) (BL: n=134; 36,4%) angegeben, dass es sich bei dem Fall von VaKW vordergründig um misshandlungsverdächtigte Hämatome handelt. Bei diesen Fällen sind im Median in der EP Kosten von 324€ (BL: 573€) entstanden, wobei im Bereich der Diagnostik am wenigsten Kosten entstanden sind. Die höheren Kosten in der BL zeigen sich, wie auch schon auf Gesamtkostenebene, in allen Bereichen (s. Tabelle).

Bei VaKW, die stationär versorgt wurden, wurde die Fallvignette der misshandlungsverdächtigten Hämatome in der EP für 246 Fälle gewählt, d.h. 12,4%, (BL: n=59; 13,8%). Die durchschnittlichen Gesamtkosten über diese Fälle lag im Median in der EP bei 587€ (BL: 1.045€) und generieren damit im Vergleich zu anderen Fallvignetten eher höhere Kosten. Im stationären Bereich zeigt sich, dass die Kosten in allen Bereichen eher hoch sind, d.h. am Beispiel der EP im Median zwischen 88€ für Diagnostik und 138€ für Kommunikation (s. Tabelle).

Tabelle 7: Kosten der Fallvignette „Misshandlungsverdächtige Hämatome" in den unterschiedlichen Dimensionen

Misshandlungsverdächtigte Hämatome (Kosten in €, Median)	**ambulant**		**stationär**	
	BL	**EP**	**BL**	**EP**
Dimensionen	**(n=134)**	**(n=611)**	**(n=59)**	**(n=246)**
Anamnese	97,33€	74,44€	134,97€	94,81€
Gespräche	103,58€	57,59€	191,57€	113,57€
Diagnostik	20,03€	12,50€	106,91€	87,96€
Kommunikation	174,93€	94,19€	333,06€	138,22€
Dokumentation/Entlassung	181,41€	83,53€	178,31€	89,98€
Gesamtkosten der Fallvignette	**573,32€**	**323,84€**	**1.045,10€**	**587,08€**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Misshandlungsverdächtigte Frakturen. In der BL gab es nur wenige Fälle, die der Fallvignette der misshandlungsverdächtigten Frakturen zugeordnet wurden, sodass im Folgenden keine Darstellung der Kosten nach ambulant/stationär versorgt aus Datenschutzgründen (k=8-Regel) vorgenommen wird (s. Tabelle).

In der EP ist die Fallzahl bei den ambulant versorgten Fällen (n=9; 0,05%) ebenfalls gering, sodass die ermittelten durchschnittlichen Kosten im Median von 289€ nur bedingt aussagekräftig sind. Bei diesen Fällen zeigt sich, dass die Kosten in allen Bereichen fast gleich sind (s. Tabelle).

Für stationär versorgte Fälle lag die Fallzahl mit n=62 (3,1%) etwas höher. Die Kosten lagen im Median bei 864€. Bei diesen Fällen zeigt sich, dass die Kosten im Bereich der Diagnostik mit im Median 323€ besonders hoch sind. Es folgt danach der Bereich der Kommunikation mit 177€ (s. Tabelle).

Tabelle8: Kosten der Fallvignette „Misshandlungsverdächtige Frakturen“ in den unterschiedlichen Dimensionen

Misshandlungsverdächtigte Frakturen (Kosten in €, Median)	ambulant		stationär	
	BL	EP	BL	EP
Dimensionen	**(n=0)***	**(n=9)**	**(n=0)***	**(n=62)**
Anamnese	-	47,10€	-	100,20€
Gespräche	-	41,25€	-	104,46€
Diagnostik	-	41,14€	-	323,06€
Kommunikation	-	49,39€	-	177,45€
Dokumentation/Entlassung	-	43,95€	-	123,65€
Gesamtkosten der Fallvignette	-	**288,97€**	-	**863,81€**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.
**Aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben erfolgt hier keine Angabe von Werten in der Subgruppenanalyse.*

Sexueller Missbrauch. Die Fallvignette des sexuellen Missbrauchs wurde bei ambulant versorgten VaKW in der EP in 453 Fällen gewählt, was 28,2% aller ambulanten Fälle ausmacht und in der BL in 115 Fällen (31,3%). In der EP ergeben sich im Median Gesamtkosten in Höhe von 350€, wobei die Kosten der Diagnostik (11€) hier eine untergeordnete Rolle spielen und die Kosten in den anderen Bereichen zwischen 68€ und 90€ im Median liegen. Eine ähnliche Verteilung der Kosten zeigt sich in der BL. Die Gesamtkosten liegen im Median bei 556€, wobei sich zeigt, dass insbesondere die Kosten für Kommunikation (170€) und Dokumentation/Entlassung (176€) höher sind als die Gesamtkosten der anderen Bereiche (s. Tabelle).

In der BL wurde die Fallvignette des sexuellen Missbrauchs in 18 Fällen (4,2%) gewählt, sodass die Fallzahl als gering und die entstandenen durchschnittlichen Kosten im Median von 892€ entsprechend vorsichtig zu interpretieren sind. In der EP sind 119 VaKW (6,0%) wegen sexuellen Missbrauchs dokumentiert worden. Für diese Fälle ergeben sich Gesamtkosten im Median von 619€. Dabei zeigen sich keine großen Kostenunterschiede in den einzelnen Bereichen (s. Tabelle).

Tabelle 9:: Kosten der Fallvignette „Sexueller Missbrauch“ in den unterschiedlichen Dimensionen

Sexueller Missbrauch (Kosten in €, Median)	ambulant		stationär	
	BL	EP	BL	EP
Dimensionen	**(n=115)**	**(n=453)**	**(n=18)**	**(n=119)**
Anamnese	94,03€	74,42€	138,71€	109,25€
Gespräche	85,36€	68,04€	183,92€	129,28€
Diagnostik	20,03€	10,93€	80,38€	117,95€
Kommunikation	169,76€	88,10€	259,95€	102,55€
Dokumentation/Entlassung	176,15€	90,14€	171,32€	99,44€
Gesamtkosten der Fallvignette	**555,83€**	**349,68€**	**892,04€**	**618,71€**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung. Bei ambulant versorgten VaKW wurden 31% (n=114) der Fälle in der BL und 33% (n=325) in der EP in die Fallvignette emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung bzw. emotionale Misshandlung eingeordnet. In der EP ergaben sich Kosten im Median in Höhe von 341€. Die Kosten im Median in den einzelnen Bereichen lagen zwischen 26€ (Diagnostik) sowie 109€ (Kommunikation). In der BL waren sie mit 580€ höher. Bei diesen Fällen entstanden insbesondere im Bereich der Kommunikation (213€) und der Dokumentation/Entlassung (161€) Kosten. In den Bereichen Anamnese, Gespräche und Diagnostik lagen sie zwischen 20€ und 110€ (s. Tabelle).

Der Anteil an Fällen, die der Fallvignette emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung bzw. emotionale Misshandlung zuzuordnen ist, ist in beiden Erhebungsphasen bei den stationär versorgten Fällen am höchsten (BL: n=325; 88,3% bzw. EP: n=1.413; 71,4%). Die durchschnittlichen Kosten liegen im Median bei 498€ (EP) bzw. 786€ (BL). Beiden Erhebungsphasen entstehen die höchsten Kosten im Bereich der Kommunikation (BL: 287€; EP: 113€). In der EP liegen die Kosten für Anamnese, Gespräche, Diagnostik und Dokumentation/Entlassung im Bereich zwischen 71€ und 95€. Für die BL zeigen sich im Bereich der Diagnostik mit 59€ vergleichsweise zu den anderen Bereichen (134€ - 154€) niedrige Kosten (s. Tabelle).

Tabelle 0: Kosten der Fallvignette „Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung“ in den unterschiedlichen Dimensionen

Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung (Kosten in €, Median)	**ambulant**		**stationär**	
Dimensionen	**BL (n=114)**	**EP (n=531)**	**BL (n=325)**	**EP (n=1.413)**
Anamnese	110,12€	81,90€	133,76€	92,16€
Gespräche	77,14€	57,36€	153,64€	94,91€
Diagnostik	20,03€	25,88€	59,08€	70,99€
Kommunikation	212,72€	109,35€	287,18€	113,45€
Dokumentation/Entlassung	161,27€	62,77€	152,75€	82,49€
Gesamtkosten der Fallvignette	**579,30€**	**340,72€**	**785,51€**	**497,98€**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Weitere Fallvignetten. Die Fallzahlen der Fallvignetten der misshandlungsverdächtigten thermischen Verletzung, des Drogenentzugssyndrom bei Neugeborenen sowie des nichtakzidentellen Schädelhirntraumas war sowohl in der BL als auch in der EP zu klein, um eine Auswertung nach ambulant bzw. stationär versorgten VaKW vornehmen zu können.

Durchschnittliche Kosten je bestätigtem/unklarem/unbestätigtem Fall

Bezogen auf die Einschätzung des Falls zum Zeitpunkt des Fallabschlusses über alle ambulanten und stationären Fälle zusammengenommen, zeigt sich, dass Fälle, bei denen eine Gefährdung des Kindeswohls eingetreten ist, teurer sind (BL: 761 €; EP: 560 €) als Fälle, bei denen zum Fallabschluss eine Gefährdung ausgeschlossen wurde (BL: 502 €; EP: 360 €) (s. Tabelle).

Tabelle 11: Kosten in den unterschiedlichen Dimensionen je bestätigtem/unklarem/unbestätigtem Fall

Durchschnittliche Kosten je Fall (Kosten in €, Median)	**Beeinträchtigung des Kindeswohls**		**Beeinträchtigung des Kindeswohls möglich**		**keine Beeinträchtigung des Kindeswohls**	
Dimensionen	**BL (n=356)**	**EP (n=1.217)**	**BL (n=353)**	**EP (n=1.798)**	**BL (n=88)**	**EP (n=574)**
Anamnese	122,28€	93,38€	118,19€	83,48€	97,33€	75,66€
Gespräche	161,58€	95,47€	103,58€	79,30€	85,36€	68,59€
Diagnostik	42,22€	36,73€	47,43€	24,30€	22,18€	24,30€
Kommunikation	287,18€	144,14€	220,78€	100,73€	137,86€	86,45€
Dokumentation/Entlassung	184,61€	96,91€	146,12€	80,11€	127,67€	73,45€
Gesamtkosten	**791,06€**	**521,65€**	**605,88€**	**412,35€**	**501,53€**	**360,48€**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase.

Kosten-Kosten-Analyse

Die Daten der Kosten-Kosten-Analyse, welche getrennt für ambulant bzw. stationär versorgte Fälle durchgeführt wurde, finden sich in Tabelle bzw. Tabelle .

Bei den ambulant versorgten VaKW liegen die durchschnittlichen Gesamtkosten je Fall in der EP im Median um 234€ (BL: 567€; EP: 334€; p<0,001) unter den Kosten der BL (MW: -193€). Es ergeben sich auf Ebene aller Leistungsbereiche statistisch signifikant geringere Kosten (jeweils: p<0,001) in der EP im Vergleich zur BL. Dabei liegen die Kosten für versorgte VaKW im Bereich der Kommunikation im Median um 105€ (MW: 84€) und im Bereich der Dokumentation/Entlassung um 92€ (MW: 66€) niedriger als in der Baseline. Der Kostenunterschied im Bereich der Anamnese bzw. Kommunikation liegt im Median bei 26€ (MW: 15€) bzw. 28€ (MW: 24€) zwischen EP und BL. Die Kosten für diagnostische Leistungen sind in der EP im Median um 5€ (MW: 0,4€) geringer im Vergleich zur BL (s. Tabelle).

In der stationären Versorgung von VaKW ergeben sich im Median durchschnittliche Gesamtkosten je Fall in Höhe von 835€ (BL) bzw. 540€ (EP), sodass die Kosten der EP um 294€ (MW: 278€; p<0,001) geringer sind. Für die Leistungsbereiche der Anamnese, der Gespräche, der Kommunikation und der Dokumentation/Entlassung wurden statistisch signifikant geringere Kosten der EP im Vergleich zu BL ermittelt. Dabei zeigten sich im Median geringere Kosten in der EP in Höhe von 173€ (MW: 157€; p<0,001) für die Kommunikation, 74€ (MW: 37€; p<0,001) für die Dokumentation und Entlassung, 64€ (MW: 62€; p<0,001) für Gespräche und 42€ (MW: 34€; p<0,001) für die Anamnese. Lediglich für den Bereich der Diagnostik ergaben sich höhere Kosten im Median von 17€ (MW: 8€; n.s.) (s. Tabelle).

Sensitivitätsanalyse

Die Ergebnisse der drei durchgeführten Sensitivitätsanalyse finden sich in Tabelle für die ambulanten Fälle und in Tabelle für die stationär versorgten Fälle.

Durch eine Erhöhung der Preise des ärztlichen Personals je Minute um 10% steigen die Gesamtkosten im Median um knapp 7% in BL und EP (s. Sensitivitätsanalyse 1). Bei einer Erhöhung der Preise des ärztlichen Personals je Minute um 20% steigen die Gesamtkosten im Median in der BL um 14% in Baseline und um 15% in der EP.

In der dritten Sensitivitätsanalyse zeigt sich eine Steigerung der Gesamtkosten um 7% (BL) und 8% in der EP.

Im stationären Bereich führt eine Erhöhung der Preise des ärztlichen Personals je Minute um 10% zu um 6% bzw. 7% höhere Gesamtkosten im Median in der BL bzw. EP (s. Sensitivitätsanalyse 1). Bei einer Erhöhung der Preise des ärztlichen Personals je Minute um 20% steigen die Gesamtkosten im Median in der BL um 13% und um 14% in der EP.

In der dritten Sensitivitätsanalyse zeigt sich eine Steigerung der Gesamtkosten um 7% (BL) und 9% (EP).

Die Veränderungen in den Gesamtkosten sind sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich ähnlich. Im stationären Bereich fallen die Erhöhungen um 1% weniger stark aus, was darin begründet sein kann, dass im stationären Bereich die Arztzeiten im Verhältnis zu den Zeiten aller anderen Berufsgruppen etwas weniger stark ins Gewicht fallen als im ambulanten Bereich. Dieses zeigt sich auch auf Ebene der Gesamtkosten einzelner Bereiche. So ist bspw. im Rahmen der 1. Sensitivitätsanalyse eine Steigerung der Kosten im Bereich der Diagnostik in der BL um 8% zu erkennen, in der Kommunikation hingegen um 6%. Dieses ist aber in der Verteilung der Arztzeiten zu begründen (s. Tabelle , Tabelle) und weniger in der Anpassung der Personalkosten.

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Ergebnistabellen Ressourcenverbrauch

Tabelle 12: Übersicht der im Rahmen der Versorgung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung durchgeführten Maßnahmen

Komponenten	BL						EP					
	Gesamt (N=797)		Ambulant (n=368)		Stationär (n=429)		Gesamt (N = 3.589)		Ambulant (n = 1.609)		Stationär (n = 1.980)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Anamnese												
Anamnese	790	99,1%	361	98,1%	429	100%	3.566	99,4%	1.593	99,0%	1.973	99,6%
Erweiterte Anamnese	553 [c]	69,4%	228	62,0%	325 [c]	75,8%	2.158 [c]	60,1%	914	56,8%	1.244 [c]	62,8%
Gespräche												
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten	718 [c]	90,1%	328 [c]	89,1%	390 [a]	90,9%	3.019 [c]	84,1%	1.305 [c]	81,1%	1.714 [a]	86,6%
Weitere Gespräche mit den Eltern /Personensorgeberechtigten	504 [c]	63,2%	170 [c]	46,2%	334 [c]	77,9%	1.785 [c]	49,7%	585 [c]	36,4%	1.200 [c]	60,6%
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen	429	53,8%	229	62,2%	200 [b]	46,6%	1.794	50,0%	1.012	62,9%	782 [b]	39,5%
Weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen	217 [c]	27,2%	72 [a]	19,6%	145	33,8%	711 [c]	19,8%	246 [a]	15,3%	465 [c]	23,5%
Diagnostik												
MRT	28	3,5%	1	0,3%	27	6,3%	153	4,3%	6	0,4%	147	7,4%
Zusätzliche Befundauswertung MRT	7	0,9%	0	0,0%	7	1,6%	26	0,7%	8	0,5%	18	0,9%
CT	6	0,8%	0	0,0%	6	1,4%	18	0,5%	0	0,0%	18	0,9%
Zusätzliche Befundauswertung CT	4	0,5%	1 [a]	0,3%	3	0,7%	7	0,2%	0 [a]	0,0%	7	0,4%
RSS	23	2,9%	0	0,0%	23	5,4%	111	3,1%	6	0,4%	105	5,3%
Zusätzliche Befundauswertung RSS	3	0,4%	0	0,0%	3	0,7%	5	0,1%	0	0,0%	5	0,3%
Weiteres Röntgen	17	2,1%	2	0,5%	15	3,5%	54	1,5%	9	0,6%	45	2,3%
Zusätzliche Befundauswertung Röntgen	7	0,9%	2	0,5%	5	1,2%	29	0,8%	11	0,7%	18	0,9%
Sonographie	153 [b]	19,2%	11	3,0%	142 [a]	33,1%	844 [b]	23,5%	85	5,3%	759 [a]	38,3%
Spurensicherung	39 [c]	4,9%	28 [b]	7,6%	11	2,6%	296 [c]	8,2%	217 [b]	13,5%	79	4,0%
Laboruntersuchung	345	43,3%	34	9,2%	311	72,5%	1.632	45,5%	175	10,9%	1.457	73,6%
Zusätzliche Befundauswertung Labor	44 [c]	5,5%	12 [b]	3,3%	32 [c]	7,5%	527 [c]	14,7%	115 [b]	7,1%	412 [c]	20,8%

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Komponenten	BL						EP					
	Gesamt (N=797)		Ambulant (n=368)		Stationär (n=429)		Gesamt (N = 3.589)		Ambulant (n = 1.609)		Stationär (n = 1.980)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Weitere Untersuchungen [Konsile]*	183 [b]	23,0%	23 [a]	6,3%	160	37,3%	963 [b]	26,8%	170 [a]	10,6%	793	40,1%
Koordination/Organisationaufwand diagnostische Verfahren	490	61,5%	223	60,6%	267	62,2%	2.252	62,7%	966	60,0%	1.286	64,9%
Interne/ Externe Kommunikation												
Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung	723 [c]	90,7%	328 [c]	89,1%	395 [c]	92,1%	3.146 [c]	87,7%	1.265 [c]	78,6%	1.881 [c]	95,0%
(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung	543 [a]	68,1%	231 [a]	62,8%	312	72,7%	2.312 [a]	64,4%	909 [a]	56,5%	1.403	70,9%
Pseudonymisierte / Anonymisierte Fallberatung	15 [c]	1,9%	2 [c]	0,5%	13 [c]	3,0%	266 [c]	7,4%	116 [c]	7,2%	150 [c]	7,6%
Fallspezifischer Austausch Jugendamt	475 [b]	59,6%	200	54,3%	275 [b]	64,1%	1.997 [b]	55,6%	826	51,3%	1.171 [b]	59,1%
Fallaustausch externe medizinische Einrichtungen	225 [a]	28,2%	103 [c]	28,0%	122	28,4%	870 [a]	24,2%	296 [c]	18,4%	574	29,0%
zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen/Behörden (außer JA)	123	15,4%	56	15,2%	67	15,6%	513	14,3%	191	11,9%	322	16,3%
Dokumentation/Entlassung												
Arztbriefe	763 [c]	95,7%	362 [c]	98,4%	401	93,5%	3.270 [c]	91,1%	1.471 [c]	91,4%	1.799	90,9%
fallspezifische Dokumentation	614	77,0%	317 [c]	86,1%	297 [b]	69,2%	2.732	76,1%	1.224 [c]	76,1%	1.508 [b]	76,2%
zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben	457 [a]	57,3%	221 [b]	60,1%	236	55,0%	1.888 [a]	52,6%	842 [b]	52,3%	1.046	52,8%
Weiterer interner Austausch	330 [c]	41,4%	143 [c]	38,9%	187 [c]	43,6%	942 [c]	26,2%	423 [c]	26,3%	519 [c]	26,2%
Gespräche am Tag der Entlassung**	66 [c]	8,3%	n.e.	n.e.	66 [c]	15,4%	575 [c]	16,0%	n.e.	n.e.	575 [c]	29,0%
Zusätzlicher Betreuungs-/Pflegeaufwand	156 [c]	19,6%	-	-	73 [c]	17,0%	672 [c]	18,7%	-	-	672 [c]	33,9%

BL: Baseline; CT: Computertomographie; EP: Erprobungsphase; JA: Jugendamt; MRT: Magnetresonanztomographie; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.e.: nicht erfasst; RSS: Röntgen-Skelett-Screening; SD: Standardabweichung.

**Psychologie und Rechtsmedizin sind statistisch signifikant.*

***betrifft nur stationäre Fälle.*

[a]: p<0,05; [b]: p<0,01; [c]: p<0,001.

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Ergebnistabellen Kosten

Durchschnittliche Kosten gesamt

Tabelle 13: Durchschnittliche Kosten pro Komponente über alle Fälle - gesamt

Kostenkomponenten – gesamt in €	**BL**							**EP**						
	n	**%**	**MW**	**Median**	**Min**	**Max**	**SD**	**n**	**%**	**MW**	**Median**	**Min**	**Max**	**SD**
Anamnese														
Anamnese	790	99,1%	92,60	81,19	14,40	279,11	34,08	3.566	99,4%	81,98	66,27	7,20	620,62	45,37
Erweiterte Anamnese	553	69,4%	44,71	42,55	12,69	96,28	17,98	2.158	60,1%	27,96	21,30	2,40	163,82	23,28
Gesamtkosten Anamnese[c]	**792**	**99,4%**	**123,58**	**119,97**	**17,98**	**375,39**	**47,21**	**3.574**	**99,6%**	**98,68**	**85,05**	**2,40**	**678,31**	**55,04**
Gespräche														
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten	718	90,1%	50,74	45,21	9,60	126,25	21,12	3.019	84,1%	47,76	40,42	3,60	304,42	32,25
Weitere Gespräche mit den Eltern /Personensorgeberechtigten	504	63,2%	93,18	77,04	12,00	352,15	55,73	1.785	49,7%	67,67	43,32	5,65	513,39	66,85
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen	429	53,8%	45,37	40,15	16,95	128,33	20,78	1.794	50,0%	39,11	30,55	2,83	219,70	27,48
Weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen	217	27,2%	68,46	54,78	12,60	295,05	49,86	711	19,8%	48,80	28,28	2,83	416,49	53,73
Gesamtkosten Gespräche[c]	**767**	**96,2%**	**153,47**	**125,81**	**9,60**	**643,76**	**114,96**	**3.388**	**94,4%**	**109,16**	**82,54**	**2,83**	**1.060,18**	**101,91**
Diagnostik														
MRT	28	3,5%	175,84	135,68	83,25	447,73	106,14	152	4,3%	148,68	121,73	16,08	1.120,85	119,54
Zusätzliche Befundauswertung MRT*	7	0,9%	22,60	22,60	22,60	22,60	-	26	0,7%	22,60	22,60	22,60	22,60	-
CT	6	0,8%	126,26	115,06	56,72	204,85	62,95	18	0,5%	89,17	56,52	6,15	255,73	76,78
Zusätzliche Befundauswertung CT*	4	0,5%	22,60	22,60	22,60	22,60	-	7	0,2%	22,60	22,60	22,60	22,60	-
RSS	23	2,9%	83,85	70,66	14,12	155,26	40,63	106	3,1%	101,53	91,20	26,26	310,61	56,31
Zusätzliche Befundauswertung RSS*	3	0,4%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	5	0,1%	11,30	11,30	11,30	11,30	-

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – gesamt in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Weiteres Röntgen	16	2,0%	38,74	30,91	21,84	109,41	21,66	54	1,5%	41,73	31,95	9,05	144,51	29,05
Zusätzliche Befundauswertung Röntgen*	7	0,9%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	29	0,8%	11,30	11,30	11,30	11,30	-
Sonographie	152	19,1%	55,68	41,41	16,95	202,85	38,99	843	23,5%	56,30	40,94	7,31	322,82	43,83
Spurensicherung	39	4,9%	59,31	48,79	18,70	124,31	25,24	296	8,2%	28,58	14,95	9,80	170,88	26,93
Laboruntersuchung	345	43,3%	21,79	22,18	6,74	29,16	2,85	1.632	45,5%	25,63	24,30	3,88	50,65	10,56
Zusätzliche Befundauswertung Labor*	44	5,5%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	527	14,7%	11,30	11,30	11,30	11,30	-
Weitere Untersuchungen [Konsile]	183	23,0%	104,75	80,23	35,77	434,27	72,05	963	26,8%	94,68	80,23	35,77	351,14	51,33
Koordination/Organisations-aufwand diagnostische Verfahren	490	61,5%	17,83	20,03	4,40	28,93	6,19	2.252	62,7%	17,10	10,93	2,40	123,50	14,07
Gesamtkosten Diagnostik[c]	**630**	**79,0%**	**87,76**	**42,22**	**4,40**	**782,57**	**115,62**	**2.952**	**82,3%**	**92,05**	**46,69**	**2,45**	**2.015,43**	**123,96**
Interne/externe Kommunikation														
Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung	723	90,7%	109,60	110,66	26,36	208,72	36,13	3.146	87,7%	52,05	42,60	5,20	292,05	39,49
(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung	543	68,1%	127,51	100,90	21,13	1.105,33	104,03	2.312	64,4%	81,69	66,19	4,80	745,04	82,05
Pseudonymisierte/ Anonymisierte Fallberatung	15	1,9%	48,99	41,81	33,90	78,88	12,25	266	7,4%	41,17	39,55	8,70	114,06	15,79
Fallspezifischer Austausch Jugendamt	475	59,6%	78,50	79,10	18,72	165,82	33,67	1.997	55,6%	40,61	31,43	4,80	265,13	34,11
Fallaustausch externen medizinischen Einrichtungen	225	28,2%	75,54	67,80	25,20	129,73	21,84	870	24,2%	35,75	25,84	8,70	277,63	22,65
zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen /Behörden (außer JA)	123	15,4%	23,73	20,13	6,00	64,97	13,31	513	14,3%	25,12	16,95	2,40	125,13	21,36
Gesamtkosten Kommunikation[c]	**772**	**96,9%**	**267,38**	**240,13**	**30,28**	**1.498,46**	**161,49**	**3.356**	**93,5%**	**145,60**	**109,59**	**2,40**	**1.535,49**	**135,86**

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – gesamt in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Dokumentation/Entlassung														
Arztbriefe	763	95,7%	73,82	71,94	29,00	153,80	24,43	3.270	91,1%	59,96	51,42	7,20	218,11	36,14
fallspezifische Dokumentation	614	77,0%	85,01	79,35	20,80	146,02	23,50	2.732	76,2%	33,24	25,43	3,60	233,12	31,86
zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben	457	57,3%	15,85	15,54	2,86	47,40	8,57	1.888	52,6%	22,68	18,52	1,20	153,23	17,51
Weiterer interner Austausch	330	41,4%	8,47	8,55	2,40	16,15	3,17	942	26,2%	25,89	17,10	2,83	111,38	22,32
Gespräche am Tag der Entlassung	66	8,3%	46,51	45,21	30,51	84,01	14,86	575	16,0%	26,84	23,17	2,83	130,82	18,13
Gesamtkosten Dokumentation/Entlassung[c]	**789**	**99,0%**	**154,16**	**168,17**	**4,40**	**314,24**	**58,90**	**3.563**	**99,3%**	**103,72**	**83,20**	**3,60**	**669,19**	**73,15**
Gesamtkosten[c]	**797**	**100%**	**751,47**	**683,95**	**96,49**	**3.058,77**	**369,62**	**3.589**	**100%**	**516,14**	**435,64**	**27,97**	**3.606,30**	**352,68**

BL: Baseline; CT: Computertomographie; EP: Erprobungsphase; JA: Jugendamt; MRT: Magnetresonanztomographie; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.e.: nicht erfasst; RSS: Röntgen-Skelett-Screening; SD: Standardabweichung.

**Wenn eine zusätzliche Befundauswertung durchgeführt wurde, wurde für diese Fälle eine feste Zeit angenommen und mit entsprechenden Personalkosten multipliziert. Aufgrund dessen sind Abweichungen, bspw. bei der Standardabweichung, nicht zu erwarten.*

[a]: p<0,05; [b]: p<0,01; [c]: p<0,001.

Durchschnittliche Kosten der ambulanten Fälle

Tabelle 14: Durchschnittliche Kosten pro Komponente – ambulant

Kostenkomponenten – ambulant in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Anamnese														
Anamnese	361	98,1%	80,37	69,79	14,40	191,36	24,49	1.593	99,0%	72,89	59,33	7,20	281,37	35,78
Erweiterte Anamnese	228	62,0%	34,78	40,58	17,98	74,93	11,52	914	56,8%	25,16	19,50	4,35	163,82	18,14
Gesamtkosten Anamnese[c]	**363**	**98,6%**	**101,77**	**101,99**	**17,98**	**231,94**	**34,04**	**1.597**	**99,3%**	**87,10**	**76,28**	**9,89**	**310,19**	**43,06**
Gespräche														
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten	328	89,1%	44,45	45,21	9,60	100,01	16,68	1.305	81,1%	42,85	32,40	4,35	208,59	29,10
Weitere Gespräche mit den Eltern /Personensorgeberechtigten	170	46,2%	57,51	46,38	12,00	132,55	27,97	585	36,4%	37,31	28,82	5,65	203,58	29,65
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen	229	62,2%	34,52	35,23	16,95	98,13	14,92	1.012	62,9%	31,06	25,33	2,83	113,95	20,39
Weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen	72	19,6%	44,74	36,41	15,23	105,81	26,21	246	15,3%	28,73	23,17	2,83	137,99	22,78
Gesamtkosten Gespräche[c]	**349**	**94,8%**	**101,67**	**87,58**	**16,95**	**393,11**	**63,28**	**1.499**	**93,2%**	**77,55**	**59,96**	**2,83**	**537,20**	**61,01**
Diagnostik														
MRT	1	0,3%	159,98	159,98	159,98	159,98	-	6	0,4%	88,52	83,09	37,45	154,00	42,67
Zusätzliche Befundauswertung MRT*	0	0,0%	-	-	-	-	-	8	0,5%	22,60	22,60	22,60	22,60	-
CT	0	0,0%	-	-	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	-	-
Zusätzliche Befundauswertung CT*	1	0,3%	22,60	22,60	22,60	22,60	-	0	0,0%	-	-	-	-	-
RSS	0	0,0%	-	-	-	-	-	6	0,4%	75,22	56,70	26,26	184,01	57,05
Zusätzliche Befundauswertung RSS*	0	0,0%	-	-	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	-	-

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – ambulant in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Weiteres Röntgen	2	0,5%	29,08	29,08	29,05	29,11	0,04	9	0,6%	52,02	30,25	18,85	144,51	45,64
Zusätzliche Befundauswertung Röntgen*	2	0,5%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	11	0,7%	11,30	11,30	11,30	11,30	-
Sonographie	11	3,0%	37,48	41,41	22,60	67,53	12,65	85	5,3%	33,30	25,99	7,31	120,87	23,68
Spurensicherung	28	7,6%	58,19	48,79	18,70	120,28	24,00	217	13,5%	23,93	14,95	10,20	139,42	21,02
Laboruntersuchung	34	9,2%	21,79	22,18	15,45	22,18	1,61	175	10,9%	22,54	24,30	3,88	50,65	8,86
Zusätzliche Befundauswertung Labor*	12	3,3%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	115	7,1%	11,30	11,30	11,30	11,30	-
Weitere Untersuchungen [Konsile]	23	6,3%	70,10	79,94	35,77	115,70	28,36	170	10,6%	82,15	79,94	35,77	190,97	29,70
Koordination/Organisations-aufwand diagnostische Verfahren	223	60,6%	19,07	20,03	4,49	28,93	4,16	966	60,0%	13,48	10,93	2,40	91,50	9,14
Gesamtkosten Diagnostik[c]	**254**	**69,0%**	**35,62**	**20,03**	**4,49**	**247,53**	**32,71**	**1.193**	**74,1%**	**35,21**	**14,95**	**2,45**	**434,69**	**46,18**
Interne/externe Kommunikation														
Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung	328	89,1%	86,95	82,48	26,36	159,14	27,38	1.265	78,6%	43,15	41,25	5,65	224,55	29,48
(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung	231	62,8%	86,17	73,40	33,90	338,59	44,39	909	56,5%	63,81	51,24	5,50	432,81	50,82
Pseudonymisierte/ Anonymisierte Fallberatung	2	0,5%	33,90	33,90	33,90	33,90	-	116	7,2%	39,30	39,55	26,83	106,86	13,33
Fallspezifischer Austausch Jugendamt	200	54,3%	60,98	67,82	22,62	117,32	20,41	826	51,3%	34,11	31,43	5,28	265,13	20,53
Fallaustausch externen medizinischen Einrichtungen	103	28,0%	76,02	67,80	26,40	126,10	18,62	296	18,4%	31,48	25,84	8,70	140,58	14,35
zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen /Behörden (außer JA)	56	15,2%	17,35	14,13	6,00	39,33	6,65	191	11,9%	22,21	16,95	2,40	102,83	17,45
Gesamtkosten Kommunikation[c]	**351**	**95,4%**	**197,98**	**198,57**	**31,26**	**567,62**	**100,44**	**1.395**	**86,7%**	**113,89**	**93,90**	**5,65**	**809,45**	**85,49**

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – ambulant in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Dokumentation/Entlassung														
Arztbriefe	362	98,4%	89,10	91,80	29,00	153,80	20,30	1.471	91,4%	65,99	51,42	7,20	218,11	44,26
fallspezifische Dokumentation	317	86,1%	76,78	79,35	20,80	146,02	20,48	1.224	76,1%	28,30	21,13	3,60	225,61	24,55
zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben	221	60,1%	10,19	9,44	2,86	32,32	4,19	842	52,3%	17,86	18,52	1,23	76,91	8,99
Weiterer interner Austausch	143	38,9%	7,39	8,55	2,40	16,15	3,56	423	26,3%	18,94	11,30	2,83	74,73	14,84
Gespräche am Tag der Entlassung	n.e.	n.e.	-	-	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	-	-
Gesamtkosten Dokumentation/Entlassung[c]	**368**	**100%**	**162,78**	**171,23**	**67,80**	**314,24**	**47,41**	**1.600**	**99,4%**	**96,73**	**79,35**	**4,80**	**520,24**	**64,51**
Gesamtkosten[c]	**368**	**100%**	**573,00**	**567,42**	**137,59**	**1.307,87**	**201,75**	**1.609**	**100%**	**379,74**	**333,66**	**49,33**	**2.026,08**	**207,35**

BL: Baseline; CT: Computertomographie; EP: Erprobungsphase; JA: Jugendamt; MRT: Magnetresonanztomographie; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.e.: nicht erfasst; RSS: Röntgen-Skelett-Screening; SD: Standardabweichung.

**Wenn eine zusätzliche Befundauswertung durchgeführt wurde, wurde für diese Fälle eine feste Zeit angenommen und mit entsprechenden Personalkosten multipliziert. Aufgrund dessen sind Abweichungen, bspw. bei der Standardabweichung, nicht zu erwarten.*

[a]: p<0,05; [b]: p<0,01; [c]: p<0,001.

Durchschnittliche Kosten der stationären Fälle

Tabelle 15: Durchschnittliche Kosten pro Komponente – stationär

Kostenkomponenten – stationär in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Anamnese														
Anamnese	429	100%	102,88	103,44	58,92	279,11	37,48	1.973	99,6%	89,32	79,67	7,20	620,62	50,67
Erweiterte Anamnese	325	75,8%	51,68	47,85	12,69	96,28	18,42	1.244	62,8%	30,02	23,49	2,40	158,93	26,25
Gesamtkosten Anamnese[c]	**429**	**100%**	**142,04**	**134,97**	**58,92**	**375,39**	**48,94**	**1.977**	**99,8%**	**108,03**	**93,25**	**2,40**	**678,31**	**61,52**
Gespräche														
Aufnahme-/ Eröffnungs-gespräch mit Eltern/ Per-sonensorgeberechtigten	390	90,9%	56,03	50,65	9,60	126,25	22,95	1.714	86,6%	51,50	45,77	3,60	304,42	34,00
Weitere Gespräche mit Eltern / Personen-sorgeberechtigten	334	77,9%	111,33	94,67	15,00	352,15	57,57	1.200	60,6%	82,47	57,75	7,20	513,39	74,52
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen	200	46,6%	57,79	52,25	23,20	128,33	19,58	782	39,5%	49,51	42,75	7,96	219,70	31,66
Weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen	145	33,8%	80,24	54,78	12,60	295,05	54,49	465	23,5%	59,42	39,55	6,87	416,49	61,78
Gesamtkosten Gespräche[c]	**418**	**97,4%**	**196,72**	**161,70**	**9,60**	**643,76**	**129,67**	**1.889**	**95,4%**	**134,24**	**97,99**	**3,60**	**1.060,18**	**119,39**
Diagnostik														
MRT	27	6,3%	176,42	131,03	83,25	447,73	108,12	146	7,4%	151,16	128,14	16,08	1.120,85	121,09
Zusätzliche Befundauswertung MRT*	7	1,6%	22,60	22,60	22,60	22,60	-	18	0,9%	22,60	22,60	22,60	22,60	-
CT	6	1,4%	126,26	115,06	56,72	204,85	62,95	18	0,9%	89,17	56,52	6,15	255,73	76,78
Zusätzliche Befundauswertung CT*	3	0,7%	22,60	22,60	22,60	22,60	-	7	0,4%	22,60	22,60	22,60	22,60	-
RSS	23	5,4%	83,85	70,66	14,12	155,26	40,63	100	5,1%	103,11	91,20	31,10	310,61	56,16
Zusätzliche Befundauswertung RSS*	3	0,7%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	5	0,3%	11,30	11,30	11,30	11,30	-

Kostenkomponenten – stationär in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Weiteres Röntgen	14	3,3%	40,12	35,40	21,84	109,41	22,91	45	2,3%	39,67	31,95	9,05	111,79	24,73
Zusätzliche Befundauswertung Röntgen*	5	1,2%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	18	0,9%	11,30	11,30	11,30	11,30	-
Sonographie	141	32,9%	57,10	41,41	16,95	202,85	40,00	758	38,3%	58,88	44,50	9,75	322,82	44,82
Spurensicherung	11	2,6%	62,15	48,79	18,70	124,31	29,22	79	4,0%	41,37	29,91	9,80	170,88	35,95
Laboruntersuchung	311	72,5%	21,79	22,18	6,74	29,16	2,96	1.457	73,6%	26,00	24,30	3,88	50,65	10,69
Zusätzliche Befundauswertung Labor*	32	7,5%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	412	20,8%	11,30	11,30	11,30	11,30	-
Weitere Untersuchungen [Konsile]	160	37,3%	109,73	80,23	35,77	434,27	75,05	793	40,1%	97,37	80,23	35,77	351,14	54,50
Koordination/ Organisationsaufwand diagnostische Verfahren	267	62,2%	16,79	20,03	4,40	28,93	7,32	1.286	64,9%	19,82	10,93	2,40	123,50	16,33
Gesamtkosten Diagnostik	**376**	**87,6%**	**122,98**	**70,33**	**4,40**	**782,57**	**136,43**	**1.759**	**88,8%**	**130,60**	**87,19**	**2,45**	**2.015,43**	**143,76**
Interne/externe Kommunikation														
Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung	395	92,1%	128,41	123,01	58,96	208,72	31,44	1.881	95,0%	58,04	48,60	5,20	292,05	43,99
(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung	312	72,7%	158,13	110,67	21,13	1.105,33	123,26	1.403	70,9%	93,26	81,74	4,80	745,04	95,31
Anonymisierte Fallberatung	13	3,0%	51,31	54,14	41,81	78,88	11,45	150	7,6%	42,62	39,55	8,70	114,06	17,36
Fallspezifischer Austausch Jugendamt	275	64,1%	91,24	97,82	18,72	165,82	35,65	1.171	59,1%	45,20	33,28	4,80	265,13	40,46
Fallaustausch externen medizinischen Einrichtungen	122	28,4%	75,13	59,33	25,20	129,73	24,30	574	29,0%	37,95	25,84	8,70	277,63	25,64
zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen /Behörden (außer JA)	67	15,6%	29,06	30,28	7,92	64,97	15,07	322	16,3%	26,84	19,53	2,40	125,13	23,22
Gesamtkosten Kommunikation[c]	**421**	**98,1%**	**325,24**	**297,72**	**30,28**	**1.498,46**	**179,13**	**1.961**	**99,0%**	**168,16**	**125,09**	**2,40**	**1.535,49**	**158,66**

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – stationär in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Dokumentation/Entlassung														
Arztbriefe	401	93,5%	60,02	42,94	42,94	111,08	19,05	1.799	90,9%	55,03	51,42	7,57	218,11	26,81
fallspezifische Dokumentation	297	69,2%	93,79	100,14	31,32	146,02	23,36	1.508	76,2%	37,25	25,43	3,60	233,12	36,25
zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben	236	55,0%	21,15	20,03	4,40	47,40	8,23	1.046	52,8%	26,56	18,52	1,20	153,23	21,32
Weiterer interner Austausch	187	43,6%	9,30	8,55	2,40	16,15	2,56	519	26,2%	31,55	22,00	2,83	111,38	25,58
Gespräche am Tag der Entlassung	66	15,4%	46,51	45,21	30,51	84,01	14,86	575	29,0%	26,84	23,17	2,83	130,82	18,13
Gesamtkosten Dokumentation /Entlassung[c]	**421**	**98,1%**	**146,62**	**160,27**	**4,40**	**304,84**	**66,51**	**1.963**	**99,1%**	**109,41**	**85,92**	**3,60**	**669,19**	**79,07**
Gesamtkosten[c]	**429**	**100%**	**904,56**	**834,72**	**96,49**	**3.058,77**	**410,25**	**1.980**	**100%**	**626,98**	**540,25**	**27,97**	**3.606,30**	**403,92**

BL: Baseline; CT: Computertomographie; EP: Erprobungsphase; JA: Jugendamt; MRT: Magnetresonanztomographie; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.e.: nicht erfasst; RSS: Röntgen-Skelett-Screening; SD: Standardabweichung.

**Wenn eine zusätzliche Befundauswertung durchgeführt wurde, wurde für diese Fälle eine feste Zeit angenommen und mit entsprechenden Personalkosten multipliziert. Aufgrund dessen sind Abweichungen, bspw. bei der Standardabweichung, nicht zu erwarten.*

[a]: p<0,05; [b]: p<0,01; [c]: p<0,001.

Durchschnittliche Kosten je Erprobungsphase

Tabelle 16: Durchschnittliche Kosten pro Komponente – Erprobungsphasen 1 und 2

EP	n	EP 1 (n = 1.776)							EP 2 (n = 1.813)						
		Kostenkomponenten – gesamt in €													
		n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Anamnese															
Anamnese	3.566	1.762	99,2%	80,92	63,34	7,20	487,51	43,93	1.804	99,5%	83,02	75,46	7,20	620,62	46,72
Erweiterte Anamnese	2.158	1.110	62,5%	27,55	19,35	2,40	158,93	22,68	1.048	57,8%	28,40	21,30	2,40	163,82	23,90
Gesamtkosten Anamnese[c]	**3.574**	**1.767**	**99,5%**	**97,99**	**85,05**	**2,40**	**545,42**	**52,90**	**1.807**	**99,7%**	**99,35**	**85,52**	**2,40**	**678,31**	**57,07**
Gespräche															
Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit Eltern/ Personen-sorgeberechtigten	3.019	1.490	83,9%	50,52	41,31	3,60	304,42	33,97	1.529	84,3%	45,07	34,47	4,35	219,08	30,26
Weitere Gespräche mit Eltern/Personen-sorgeberechtigten	1.785	942	53,0%	69,78	40,24	5,65	513,39	72,95	843	46,5%	65,32	43,32	5,65	456,61	59,26
Aufnahme/Eröffnungsgespräch mit Kindern/Jugendlichen	1.794	855	48,1%	42,07	31,13	2,83	219,70	30,95	939	51,8%	36,41	30,52	2,83	166,33	23,58
Weitere Gespräche mit Kindern/Jugendlichen	711	349	19,7%	50,47	28,28	2,83	416,49	62,65	362	20,0%	47,20	29,15	2,83	320,24	43,47
Gesamtkosten Gespräche	**3.388**	**1.671**	**94,1%**	**116,45**	**88,08**	**2,83**	**1.060,18**	**110,65**	**1.717**	**94,7%**	**102,07**	**76,16**	**4,35**	**943,14**	**92,09**
Diagnostik															
MRT	152	77	4,3%	147,43	129,18	16,08	517,26	104,05	75	4,1%	149,97	121,73	24,24	1.120,85	134,30
Zusätzliche Befund-auswertung MRT*	26	6	0,3%	22,60	22,60	22,60	22,60	0,00	20	1,1%	22,60	22,60	22,60	22,60	0,00
CT	18	14	0,8%	100,08	68,36	13,30	255,73	80,06	4	0,2%	50,99	32,61	6,15	132,59	56,00
Zusätzliche Befundauswertung CT*	7	3	0,2%	22,60	22,60	22,60	22,60	0,00	4	0,2%	22,60	22,60	22,60	22,60	0,00

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

EP	n	EP 1 (n = 1.776)							EP 2 (n = 1.813)						
		Kostenkomponenten – gesamt in €													
		n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
RSS	106	56	3,2%	98,61	86,64	31,10	272,88	53,11	50	2,8%	104,82	91,20	26,26	310,61	60,06
Zusätzliche Befundauswertung RSS*	5	1	0,1%	11,30	11,30	11,30	11,30	-	4	0,2%	11,30	11,30	11,30	11,30	0,00
Weiteres Röntgen	54	24	1,4%	47,55	37,44	13,30	144,51	32,39	30	1,7%	37,07	31,10	9,05	116,25	25,68
Zusätzliche Befund-auswertung Röntgen*	29	16	0,9%	11,30	11,30	11,30	11,30	0,00	13	0,7%	11,30	11,30	11,30	11,30	0,00
Sonographie	843	403	22,7%	64,50	51,98	7,31	322,82	51,15	440	24,3%	48,79	40,68	9,75	279,78	34,21
Spurensicherung	296	148	8,3%	31,62	14,95	9,80	170,88	30,36	148	8,2%	25,55	14,95	9,80	139,42	22,69
Laboruntersuchung	1632	809	45,6%	25,75	24,30	3,88	50,65	10,89	823	45,4%	25,50	24,30	3,88	50,65	10,24
Zusätzliche Befund-auswertung Labor*	527	242	13,6%	11,30	11,30	11,30	11,30	0,00	285	15,7%	11,30	11,30	11,30	11,30	0,00
Weitere Untersuchungen [Konsile]	963	423	23,8%	99,15	80,23	35,77	351,14	57,53	540	29,8%	91,18	79,94	35,77	351,14	45,64
Koordination/Organisationsaufwand diagnostische Verfahren	2.252	1.073	60,4%	17,99	10,93	2,40	123,50	15,35	1.179	65,0%	16,28	10,93	2,40	123,50	12,74
Gesamtkosten Diagnostik[c]	**2.952**	**1.425**	**80,2%**	**94,95**	**46,69**	**2,45**	**1.272,93**	**128,97**	**1.527**	**84,2%**	**89,35**	**46,90**	**2,45**	**2.015,43**	**119,08**
Interne/externe Kommunikation															
Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung	3.146	1.543	86,9%	53,30	42,60	5,20	292,05	41,32	1.603	88,4%	50,84	42,60	5,35	267,30	37,62
(zusätzliche) inter-professionelle fall-spezifische Besprechung	2.312	1.059	59,6%	75,18	34,47	5,50	676,31	84,49	1.253	69,1%	87,18	83,88	4,80	745,04	79,55
Pseudonymisierte/Ano-nymisierte Fallberatung	266	119	6,7%	41,98	39,55	8,70	106,86	15,03	147	8,1%	40,52	39,55	12,38	114,06	16,39
Fallspezifischer Austausch Jugendamt	1.997	972	54,7%	41,91	33,28	4,80	265,13	34,77	1.025	56,5%	39,38	26,15	4,80	265,13	33,45

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

EP	n	EP 1 (n = 1.776)							EP 2 (n = 1.813)						
		Kostenkomponenten – gesamt in €													
		n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Fallaustausch externen medizinischen Einrichtungen	870	476	26,8%	35,90	25,84	8,70	277,63	23,58	394	21,7%	35,57	25,84	8,70	216,73	21,50
zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen/ Behörden (außer JA)	513	236	13,3%	21,93	16,95	2,40	125,13	18,10	277	15,3%	27,83	19,70	2,40	125,13	23,48
Gesamtkosten Kommunikation[a]	**3.356**	**1.656**	**93,2%**	**138,80**	**102,53**	**2,40**	**1.258,47**	**135,01**	**1.700**	**93,8%**	**152,23**	**117,70**	**5,65**	**1.535,49**	**136,39**
Dokumentation / Entlassung															
Arztbriefe	3.270	1.577	88,8%	68,11	62,72	7,57	218,11	42,35	1.693	93,4%	52,38	46,75	7,20	218,11	27,08
fallspezifische Dokumentation	2.732	1.303	73,4%	33,80	25,43	3,60	192,97	30,24	1.429	78,8%	32,73	22,28	3,60	233,12	33,27
zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben	1.888	825	46,5%	22,80	18,52	1,20	130,20	17,78	1.063	58,6%	22,59	18,52	1,23	153,23	17,30
Weiterer interner Austausch	942	352	19,8%	27,65	22,00	2,83	111,38	20,34	590	32,5%	24,84	16,80	2,83	111,38	23,38
Gespräche am Tag der Entlassung	575	289	16,3%	26,51	23,17	2,83	130,82	17,73	286	15,8%	27,18	23,17	2,83	116,88	18,55
Gesamtkosten Dokumentation / Entlassung	**3.563**	**1.762**	**99,2%**	**106,50**	**88,14**	**4,80**	**443,43**	**70,54**	**1.801**	**99,3%**	**100,99**	**80,26**	**3,60**	**669,19**	**75,54**
Gesamtkosten	**3.589**	**1.776**	**100%**	**518,32**	**452,96**	**27,97**	**3.606,30**	**347,94**	**1.813**	**100%**	**514,01**	**422,20**	**52,32**	**3.538,78**	**357,34**

BL: Baseline; CT: Computertomographie; EP: Erprobungsphase; JA: Jugendamt; MRT: Magnetresonanztomographie; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.e.: nicht erfasst; RSS: Röntgen-Skelett-Screening; SD: Standardabweichung.

**Wenn eine zusätzliche Befundauswertung durchgeführt wurde, wurde für diese Fälle eine feste Zeit angenommen und mit entsprechenden Personalkosten multipliziert. Aufgrund dessen sind Abweichungen, bspw. bei der Standardabweichung, nicht zu erwarten.*

[a]: p<0,05; [b]: p<0,01; [c]: p<0,001.

Durchschnittliche Kosten je Fallvignette

Tabelle 17: Durchschnittliche Gesamtkosten nach Fallvignette – ambulant

Kostenkomponenten – ambulant in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Misshandlungsverdächtigte Hämatome														
Anamnese	134	100%	100,09	97,33	55,09	209,91	29,57	610	99,8%	86,02	74,44	20,30	275,76	40,53
Gespräche	131	97,8%	111,28	103,58	16,95	303,35	64,31	581	95,1%	73,58	57,59	2,82	307,19	56,09
Diagnostik	87	64,9%	32,52	20,03	4,49	247,53	31,42	465	76,1%	24,96	12,50	2,45	229,88	30,80
Kommunikation	128	95,5%	185,48	174,93	31,26	562,36	98,69	512	83,8%	106,53	94,19	5,65	666,89	77,08
Dokumentation/ Entlassung	134	100%	168,54	181,41	67,80	252,21	46,23	609	99,7%	102,71	83,53	4,80	478,68	66,92
Gesamtkosten der Fallvignette	**134**	**100%**	**575,70**	**573,32**	**185,04**	**1.123,44**	**193,89**	**611**	**100%**	**366,48**	**323,84**	**78,92**	**1.552,03**	**187,63**
Misshandlungsverdächtigte Frakturen*														
Anamnese	n.d.	-	-	-	-	-	-	9	100%	54,90	47,10	37,21	102,56	22,13
Gespräche	n.d.	-	-	-	-	-	-	9	100%	40,65	41,25	21,30	57,51	11,07
Diagnostik	n.d.	-	-	-	-	-	-	8	88,9%	58,35	41,14	10,93	155,43	50,71
Kommunikation	n.d.	-	-	-	-	-	-	9	100%	58,71	49,39	33,90	125,94	30,10
Dokumentation/ Entlassung	n.d.	-	-	-	-	-	-	9	100%	72,82	43,95	25,57	152,33	53,26
Gesamtkosten der Fallvignette	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**9**	**100%**	**278,94**	**288,97**	**174,77**	**409,82**	**69,51**
Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung*														
Anamnese	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gespräche	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Diagnostik	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Kommunikation	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Dokumentation/ Entlassung	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gesamtkosten der Fallvignette	n.e.	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – ambulant in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma*														
Anamnese	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gespräche	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Diagnostik	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Kommunikation	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Dokumentation/ Entlassung	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gesamtkosten der Fallvignette	n.e.	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Sexueller Missbrauch														
Anamnese	114	99,1%	98,39	94,03	17,98	191,46	36,06	445	98,2%	86,56	74,42	20,30	310,18	48,09
Gespräche	114	99,1%	96,14	85,36	26,84	261,37	51,93	441	97,4%	85,60	68,04	2,82	465,63	62,91
Diagnostik	86	74,8%	37,29	20,03	4,49	140,31	35,44	371	81,9%	32,28	10,93	2,45	296,22	42,87
Kommunikation	112	97,4%	183,43	169,76	31,26	567,62	89,45	405	89,4%	100,66	88,10	5,65	431,69	69,60
Dokumentation/ Entlassung	115	100%	164,43	176,15	67,80	256,37	37,27	453	100%	109,03	90,14	7,57	503,79	66,17
Gesamtkosten der Fallvignette	**115**	**100%**	**563,69**	**555,83**	**246,35**	**1.307,87**	**178,59**	**453**	**100%**	**393,83**	**349,68**	**49,33**	**1.617,16**	**195,32**
Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen*														
Anamnese	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gespräche	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Diagnostik	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Kommunikation	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Dokumentation/ Entlassung	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gesamtkosten der Fallvignette	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Emotionale und / oder körperliche Vernachlässigung / emotionale Misshandlung														
Anamnese	110	96,5%	107,68	110,12	17,98	231,94	36,52	528	99,4%	89,32	81,90	9,89	260,32	41,61
Gespräche	99	86,8%	94,33	77,14	18,37	393,11	71,90	464	87,4%	75,42	57,36	5,28	537,20	64,18
Diagnostik	76	66,7%	36,17	20,03	4,49	189,31	31,81	344	64,8%	50,67	25,88	2,45	434,69	59,00

Kostenkomponenten – ambulant in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Kommunikation	106	93,0%	227,79	212,72	45,20	483,73	109,71	465	87,6%	134,19	109,35	8,55	809,45	101,88
Dokumentation/ Entlassung	114	100%	152,93	161,27	67,80	314,24	55,48	524	98,7%	79,16	62,77	11,60	520,24	56,01
Gesamtkosten der Fallvignette	**114**	**100%**	**574,67**	**579,30**	**137,59**	**1.301,31**	**232,29**	**531**	**100%**	**383,17**	**340,72**	**52,32**	**2.026,08**	**235,82**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.d.: nicht dargestellt; SD: Standardabweichung.
**Aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben erfolgt hier keine Angabe von Werten in der Subgruppenanalyse.*

Tabelle 18: Tabelle: Durchschnittliche Gesamtkosten nach Fallvignette - stationär

Kostenkomponenten – stationär in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Misshandlungsverdächtigte Hämatome														
Anamnese	59	100%	158,64	134,97	88,78	304,13	52,89	246	100%	113,56	94,81	44,18	453,17	65,47
Gespräche	59	100%	225,02	191,57	44,28	560,53	128,88	239	97,2%	144,35	113,57	8,48	979,18	120,14
Diagnostik	59	100%	193,27	106,91	4,40	782,57	203,61	229	93,1%	131,93	87,96	8,48	936,59	127,53
Kommunikation	59	100%	394,62	333,06	59,32	971,66	212,24	244	99,2%	190,74	138,22	13,75	882,99	163,49
Dokumentation/ Entlassung	59	100%	156,70	178,31	42,94	281,44	62,14	245	99,6%	119,27	89,98	14,33	432,19	85,16
Gesamtkosten der Fallvignette	**59**	**100%**	**1.128,26**	**1.045,10**	**371,56**	**2.392,11**	**451,89**	**246**	**100%**	**684,60**	**587,08**	**147,81**	**2.491,32**	**393,48**
Misshandlungsverdächtigte Frakturen*														
Anamnese	n.d.	-	-	-	-	-	-	62	100%	125,27	100,20	44,18	367,77	75,60
Gespräche	n.d.	-	-	-	-	-	-	62	100%	120,05	104,46	11,60	331,33	70,17
Diagnostik	n.d.	-	-	-	-	-	-	62	100%	377,63	323,06	37,88	2.015,43	315,18
Kommunikation	n.d.	-	-	-	-	-	-	62	100%	257,74	177,45	33,00	1.038,41	230,18
Dokumentation/ Entlassung	n.d.	-	-	-	-	-	-	62	100%	135,46	123,65	37,20	371,92	78,22
Gesamtkosten der Fallvignette	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**62**	**100%**	**1.016,16**	**863,81**	**231,40**	**2.830,19**	**625,95**
Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung*														

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – stationär in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Anamnese	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gespräche	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Diagnostik	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Kommunikation	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Dokumentation/ Entlassung	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gesamtkosten der Fallvignette	n.e.	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma*														
Anamnese	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gespräche	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Diagnostik	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Kommunikation	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Dokumentation/ Entlassung	n.e.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gesamtkosten der Fallvignette	n.e.	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Sexueller Missbrauch														
Anamnese	18	100%	140,61	138,71	74,44	225,72	45,67	119	100%	120,40	109,25	44,18	456,04	66,61
Gespräche	18	100%	202,00	183,92	52,25	465,92	110,69	119	100%	159,45	129,28	8,48	923,87	121,54
Diagnostik	17	94,4%	89,87	80,38	11,23	302,39	68,03	119	100%	125,68	117,95	3,88	465,07	91,51
Kommunikation	18	100%	273,49	259,95	63,47	475,92	122,27	119	100%	128,27	102,55	11,30	392,14	76,58
Dokumentation/ Entlassung	18	100%	177,84	171,32	51,49	278,64	50,44	119	100%	121,91	99,44	32,77	338,69	65,87
Gesamtkosten der Fallvignette	**18**	**100%**	**878,81**	**892,04**	**501,53**	**1.448,99**	**282,11**	**119**	**100%**	**655,71**	**618,71**	**194,20**	**1.651,43**	**263,74**
Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen*														
Anamnese	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gespräche	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Diagnostik	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Kommunikation	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten – stationär in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Dokumentation/ Entlassung	n.d.	-	-	-	-	-	-	n.d.	-	-	-	-	-	-
Gesamtkosten der Fallvignette	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**n.d.**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Emotionale und / oder körperliche Vernachlässigung / emotionale Misshandlung														
Anamnese	325	100%	137,25	133,76	58,92	304,84	46,43	1.410	99,8%	103,42	92,16	2,40	678,31	57,96
Gespräche	317	97,5%	193,06	153,64	9,60	643,76	133,29	1.333	94,3%	130,76	94,91	3,60	1.060,18	122,94
Diagnostik	274	84,3%	104,51	59,08	4,40	672,96	112,32	1.211	85,7%	106,01	70,99	2,45	756,55	102,11
Kommunikation	317	97,5%	309,93	287,18	30,28	1.498,46	172,30	1.396	98,8%	156,45	113,45	2,40	1.535,49	151,53
Dokumentation/ Entlassung	317	97,5%	142,77	152,75	4,40	304,84	67,14	1.397	98,9%	102,37	82,49	3,60	669,19	74,88
Gesamtkosten der Fallvignette	**325**	**100%**	**855,21**	**785,51**	**96,49**	**3.058,77**	**394,90**	**1.413**	**100%**	**573,19**	**497,98**	**27,97**	**3.538,78**	**365,29**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; n.d.: nicht dargestellt; SD: Standardabweichung.

**Aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben erfolgt hier keine Angabe von Werten in der Subgruppenanalyse*

Durchschnittliche Kosten je bestätigtem/unklarem/unbestätigtem Verdachtsfall auf Kindeswohlgefährdung

Tabelle 19: Durchschnittliche Gesamtkosten nach bestätigtem/unklarem/unbestätigtem Verdachtsfall auf Kindeswohlgefährdung - gesamt

Kostenkomponenten – gesamt in €	BL							EP						
	n	%	MW	Median	Min	Max	SD	n	%	MW	Median	Min	Max	SD
Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl besteht														
Anamnese	355	44,5%	129,67	122,28	54,98	375,39	45,57	1.214	33,8%	108,19	93,38	2,40	678,31	62,25
Gespräche	344	43,2%	192,89	161,58	24,15	643,76	126,40	1.140	31,8%	129,39	95,47	2,83	1.060,18	121,31
Diagnostik	325	40,8%	94,20	42,22	4,40	782,57	124,44	1.217	33,9%	93,62	36,73	0,00	2.015,43	147,33
Kommunikation	353	44,3%	316,44	287,18	45,20	1498,46	182,99	1.173	32,7%	184,98	144,14	5,65	1.535,49	165,55
Dokumentation/ Entlassung	356	44,7%	175,72	184,61	4,40	314,24	52,49	1.211	33,7%	120,62	96,91	6,80	657,30	85,18
Gesamtkosten	**356**	**44,7%**	**891,18**	**791,06**	**182,79**	**3.058,77**	**404,19**	**1.217**	**33,9%**	**621,06**	**521,65**	**63,01**	**3.606,30**	**434,10**
Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen könnte														
Anamnese	350	43,9%	121,74	118,19	17,98	304,84	47,59	1.787	49,8%	96,35	83,48	2,40	499,88	51,81
Gespräche	339	42,5%	124,38	103,58	16,95	591,24	96,16	1.696	47,3%	102,66	79,30	3,60	1.010,71	94,09
Diagnostik	232	29,1%	88,31	47,43	4,40	750,05	113,07	1.798	50,1%	65,94	24,30	0,00	825,83	99,27
Kommunikation	333	41,8%	239,81	220,78	30,28	829,06	123,18	1.650	46,0%	131,81	100,73	2,40	1.258,47	120,63
Dokumentation/ Entlassung	347	43,5%	137,47	146,12	4,40	304,84	59,38	1.787	49,8%	98,70	80,11	4,80	669,19	68,64
Gesamtkosten	**353**	**44,3%**	**659,54**	**605,88**	**117,38**	**1.834,71**	**300,88**	**1.798**	**50,1%**	**477,59**	**412,35**	**27,97**	**2.754,99**	**304,35**
Einschätzung, dass keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht														
Anamnese	87	10,9%	106,17	97,33	17,98	290,34	47,87	573	16,0%	85,80	75,66	8,70	312,49	44,16
Gespräche	84	10,5%	109,45	85,36	9,60	362,74	80,24	552	15,4%	87,35	68,59	4,35	616,23	68,77
Diagnostik	69	8,7%	53,93	22,18	4,40	276,39	58,84	574	16,0%	68,37	24,30	0,00	563,02	94,20
Kommunikation	86	10,8%	172,75	137,86	31,26	713,97	128,80	533	14,9%	101,65	86,45	5,65	511,82	70,59
Dokumentation/ Entlassung	86	10,8%	132,23	127,67	8,05	261,47	52,29	565	15,7%	83,34	73,45	3,60	336,72	46,93
Gesamtkosten	**88**	**11,0%**	**549,77**	**501,53**	**96,49**	**1.301,36**	**245,02**	**574**	**16,0%**	**414,44**	**360,48**	**70,33**	**1.380,93**	**223,70**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; MW: Mittelwert; Min.: Minimum; Max.: Maximum; SD: Standardabweichung.

Kosten-Kosten-Analyse

Tabelle 20: Vergleich der durchschnittlichen Kosten je Leistungsbereiche zwischen Baseline und Erprobungsphase – ambulant

Kostenkomponenten – ambulant in €	**BL**				**EP**				**Differenz MW**	**Differenz Median**	**p-Wert**
	n	**%**	**MW**	**Median**	**n**	**%**	**MW**	**Median**			
Anamnese	363	98,6%	101,77	101,99	1.597	99,3%	87,10	76,28	-14,67	-25,71	<0,001
Gespräche	349	94,8%	101,67	87,58	1.499	93,2%	77,55	59,96	-24,12	-27,62	<0,001
Diagnostik	254	69,0%	35,62	20,03	1.193	74,1%	35,21	14,95	-0,41	-5,08	<0,001
Kommunikation	351	95,4%	197,98	198,57	1.395	86,7%	113,89	93,90	-84,09	-104,67	<0,001
Dokumentation/Entlassung	368	100%	162,78	171,23	1.600	99,4%	96,73	79,35	-66,05	-91,88	<0,001
Gesamtkosten	**368**	**100%**	**573,00**	**567,42**	**1.609**	**100%**	**379,74**	**333,66**	**-193,26**	**-233,76**	**<0,001**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; MW: Mittelwert.

Tabelle 21: Vergleich der durchschnittlichen Kosten je Leistungsbereiche zwischen Baseline und Erprobungsphase – stationär

Kostenkomponenten – stationär in €	**BL**				**EP**				**Differenz MW**	**Differenz Median**	**p-Wert**
	n	**%**	**MW**	**Median**	**n**	**%**	**MW**	**Median**			
Anamnese	429	100%	142,04	134,97	1.977	99,8%	108,03	93,25	-34,01	-41,72	<0,001
Gespräche	418	97,4%	196,72	161,70	1.889	95,4%	134,24	97,99	-62,48	-63,71	<0,001
Diagnostik	376	87,6%	122,98	70,33	1.759	88,8%	130,60	87,19	7,62	16,86	n.s.
Kommunikation	421	98,1%	325,24	297,72	1.961	99,0%	168,16	125,09	-157,08	-172,63	<0,001
Dokumentation/Entlassung	421	98,1%	146,62	160,27	1.963	99,1%	109,41	85,92	-37,21	-74,35	<0,001
Gesamtkosten	**429**	**100%**	**904,56**	**834,72**	**1.980**	**100%**	**626,98**	**540,25**	**-277,58**	**-294,47**	**<0,001**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; MW: Mittelwert; n.s.: nicht signifikant.

Ergebnistabellen Sensitivitätsanalysen

Tabelle 22: Sensitivitätsanalysen für ambulante Fälle

Kostenkomponenten	BaseCase		SA 1		SA 2		SA 3	
	BL	EP	BL	EP	BL	EP	BL	EP
Anamnese	101,77€ (101,99€)	87,10€ (76,28€)	109,20€ (109,55€)	93,47€ (83,31€)	117,29€ (117,80€)	100,43€ (89,57€)	110,44€ (110,00€)	94,87€ (83,70€)
Gespräche	101,67€ (87,58€)	77,55€ (59,96€)	107,26€ (94,03€)	82,51€ (63,77€)	113,35€ (99,13€)	87,91€ (68,26€)	108,96€ (94,48€)	83,09€ (63,92€)
Diagnostik	35,65€ (20,03€)	35,21€ (14,95€)	38,29€ (21,54€)	37,95€ (15,97€)	41,18€ (23,19€)	40,93€ (17,08€)	38,63€ (21,54€)	38,36€ (16,61€)
Kommunikation	197,98€ (198,57€)	113,89€ (93,90€)	209,73€ (209,83€)	121,20€ (100,02€)	222,55€ (222,95€)	129,18€ (106,42€)	210,73€ (210,17€)	122,05€ (100,96€)
Dokumentation/ Entlassung	162,78€ (171,23€)	96,73€ (79,35€)	173,60€ (182,83€)	103,40€ (84,97€)	185,40€ (195,67€)	110,68€ (91,28€)	174,22€ (184,87€)	103,67€ (85,25€)
Gesamtkosten	**572,63€ (567,42€)**	**379,74€ (333,66€)**	**609,08€ (605,87€)**	**405,68€ (356,99€)**	**648,84€ (646,77€)**	**433,98€ (382,70€)**	**613,73€ (607,85€)**	**408,93€ (360,56€)**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; Mittelwerte (Median); SA 1: Sensitivitätsanalyse 1 (Erhöhung des Arztlohns je Minute um 10%); SA 2: Sensitivitätsanalyse 2 (Erhöhung des Arztlohns um 20%); SA 3: Sensitivitätsanalyse 3 (Erhöhung des Arztlohns um 10% und tarifbasierter Lohn für das Pflegepersonal).

Tabelle 23: Sensitivitätsanalysen für stationäre Fälle

Kostenkomponenten	BaseCase		SA 1		SA 2		SA 3	
	BL	EP	BL	EP	BL	EP	BL	EP
Anamnese	142,04€ (134,97€)	108,03€ (93,25€)	151,82€ (145,27€)	115,43€ (98,88€)	162,50€ (157,63€)	123,50€ (104,88€)	154,12€ (147,49€)	118,33€ (102,38€)
Gespräche	196,72€ (161,70€)	134,24€ (97,99€)	208,50€ (173,41€)	142,30€ (104,84€)	221,36€ (185,67€)	151,08€ (110,48€)	212,58€ (173,41€)	144,54€ (106,10€)
Diagnostik	122,11€ (70,33€)	130,60€ (87,19€)	131,44€ (75,54€)	140,63€ (93,56€)	141,61€ (81,23€)	151,56€ (99,51€)	133,39€ (77,29€)	143,22€ (94,67€)
Kommunikation	325,24€ (297,72€)	168,16€ (125,09€)	344,59€ (314,98€)	177,69€ (132,80€)	365,70€ (335,84€)	188,08€ (139,80€)	347,95€ (318,74€)	179,82€ (133,98€)

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

Kostenkomponenten	BaseCase		SA 1		SA 2		SA 3	
	BL	EP	BL	EP	BL	EP	BL	EP
Dokumentation/ Entlassung	146,62€ (160,27€)	109,41€ (85,92€)	155,25€ (169,13€)	116,94€ (92,14€)	164,66€ (180,07€)	125,15€ (99,28€)	156,12€ (169,65€)	117,62€ (92,41€)
Gesamtkosten	**903,80€ (834,72€)**	**626,98€ (540,25€)**	**960,70€ (887,75€)**	**667,86€ (576,08€)**	**1.022,77€ (946,28€)**	**712,45€ (613,69€)**	**972,83€ (893,87€)**	**677,98€ (586,49€)**

BL: Baseline; EP: Erprobungsphase; Mittelwerte (Median); SA 1: Sensitivitätsanalyse 1 (Erhöhung des Arztlohns je Minute um 10%); SA 2: Sensitivitätsanalyse 2 (Erhöhung des Arztlohns um 20%); SA 3: Sensitivitätsanalyse 3 (Erhöhung des Arztlohns um 10% und tarifbasierter Lohn für das Pflegepersonal).

Ergebnistabellen Zeitverbräuche

Aufaddierte Zeiten je Berufsgruppe

Tabelle 24: Zeitverbräuche je Berufsgruppe - Baseline

BL	Anamnese	Gespräche	Diagnostik	Kommunikation	Dokumentation/Entlassung	Gesamt
Ambulant						
Ärzt:in	66,57	48,16	13,41	101,38	98,21	**327,73**
Radolog:in	-	-	0,34	-	-	**0,34**
Konsil	-	-	4,77	-	-	**4,77**
Pflegekraft	17,57	23,13	3,09	13,49	8,85	**66,12**
Dolmetscher:in	0,00	0,41	-	-	-	**0,41**
Psycholog:in	22,52	38,91	-	70,16	48,51	**180,10**
Sozialdienst	2,06	10,88	-	29,25	10,98	**53,17**
Anderes	4,92	3,94	0,30	7,87	24,39	**41,42**
Andere Fachkraft	-	-	0,85	-	-	**0,85**
Keine Angabe	0,00	0,00	0,00	0,16	0,12	**0,28**
MTRA	-	-	0,23	-	-	**0,23**
Administration	-	-	5,01	-	2,96	**7,97**
Nichtmedizinisches Personal	-	-	/	14,20		**14,20**
Stationär						
Ärzt:in	88,98	102,95	34,40	168,21	76,69	**471,22**
Radiolog:in	-	-	8,87	-	-	**8,87**
Konsil	-	-	41,18	-	-	**41,18**
Pflegekraft	32,89	56,76	20,04	44,67	12,19	**166,55**
Dolmetscher:in	0,24	1,19	-	-	-	**1,43**
Psycholog:in	20,21	46,91	-	79,48	53,93	**200,53**
Sozialdienst	19,61	25,09	-	73,69	20,29	**138,67**
Anderes	5,70	8,79	1,30	21,20	14,92	**51,92**
Andere Fachkraft	-	-	3,31	-	-	**3,31**
Keine Angabe	0,00	1,47	0,13	1,18	0,29	**3,06**
MTRA	-	-	5,86	-	-	**5,86**
Administration	-	-	3,89	-	2,71	**6,60**

Nichtmedizinisches Personal	-	-	-	7,22	-	**7,22**

BL: Baseline; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.

Tabelle 25: Zeitverbräuche je Berufsgruppe - Erprobungsphase

EP	Anamnese	Gespräche	Diagnostik	Kommunikation	Dokumentation/Entlassung	Gesamt
Ambulant						
Ärzt:in	56,68	41,93	10,94	57,35	60,28	**227,19**
Radiolog:in	-	-	0,40	-	-	**0,40**
Konsil	-	-	8,30	-	-	**8,30**
Pflegekraft	19,84	7,85	4,11	10,48	3,85	**46,13**
Dolmetscher:in	0,12	0,91	-	-	-	**1,03**
Psycholog:in	14,90	27,25	-	29,03	22,59	**93,77**
Sozialdienst	3,87	7,28	-	13,61	5,47	**30,22**
Anderes	1,91	1,42	0,51	7,29	14,26	**25,40**
Andere Fachkraft	-	-	0,64	-	-	**0,64**
Keine Angabe	0,82	0,04	0,00	0,07	0,03	**0,96**
MTRA	-	-	0,39	-	-	**0,39**
Administration	-	-	3,59	6,51	-	**10,10**
Nichtmedizinisches Personal	-	-	-	1,35	-	**1,35**
Stationär						
Ärzt:in	67,06	68,82	41,66	84,30	67,75	**329,59**
Radiolog:in	-	-	7,31	-	-	**7,31**
Konsil	-	-	37,74	-	-	**37,74**
Pflegekraft	41,43	30,54	27,61	29,81	9,60	**138,99**
Dolmetscher:in	0,27	1,93	-	-	-	**2,19**
Psycholog:in	6,77	29,52	-	38,25	19,57	**94,11**
Sozialdienst	12,32	26,45	-	45,37	16,63	**100,76**
Anderes	1,75	3,11	1,34	12, 60	7,41	**26,20**
Andere Fachkraft	-	-	1,66	-	-	**1,66**
Keine Angabe	0,09	1,01	0,01	0,43	0,08	**1,62**
MTRA	-	-	6,69	-	-	**6,69**
Administration	-	-	4,02	6,28	-	**10,30**
Nichtmedizinisches Personal	-	-	-	2,10	-	**2,10**

EP: Erprobungsphase; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.

Zeitverbräuche Baseline

Tabelle 26: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Anamnese“ nach Berufsgruppen - Baseline

Anamnese														
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 790)**				**Ambulant (n = 361)**					**Stationär (n = 429)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt** ***
Ärzt:in	787	99,6%	50,60	63,94	358	99,2%	48,75	72 (20,1%)	56,31	429	100%	52,14	217 (50,6 %)	70,31
Pflegekraft	589	74,6%	31,07	34,93	210	58,2%	30,00	8 (2,2%)	30,79	379	88,3%	31,67	81 (18,9%)	37,23
Psycholog:in	157	19,9%	47,04	49,17	93	25,8%	45,00	4 (1,1%)	46,45	64	14,9%	50,00	6 (1,4%)	53,13
Sozialdienst	33	4,2%	52,50	54,09	5	1,4%	52,50	n.e.	n.e.	28	6,5%	52,50	2 (0,5%)	54,38
Dolmetscher:in	2	0,3%	52,14	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	2	0,5%	52,14	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	47	5,9%	30,64	n.e.	29	8,0%	30,00	n.e.	n.e.	18	4,2%	31,67	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde (siehe Methodik); n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle mit einer Anamnese.*
***Durchschnittliche Dauer in Minuten mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 27: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Erweiterte Anamnese“ nach Berufsgruppen - Baseline

Erweiterte Anamnese									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 553)**			**Ambulant (n = 228)**			**Stationär (n = 325)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	520	94,0%	23,75	217	95,2%	20,00	303	93,2%	26,43
Psycholog:in	298	53,9%	31,00	128	56,1%	31,00	170	52,3%	31,00
Sozialdienst	117	21,2%	63,12	11	4,8%	45,00	106	32,6%	65,00
Anderes Unitpersonal	118	21,3%	23,87	47	20,6%	20,00	71	21,8%	26,43
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde (siehe Methodik).
**Alle Fälle mit einer erweiterten Anamnese.*

Tabelle 28: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Eltern/Personenberechtigten“ nach Berufsgruppen - Baseline

Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten														
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 718)**				**Ambulant (n = 328)**					**Stationär (n = 390)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	686	95,5%	26,36	31,92	315	96,0%	23,75	57 (17,4%)	27,03	371	95,1%	28,57	128 (32,8%)	36,08
Pflegekraft	245	34,1%	20,00	21,06	95	29,0%	20,00	1 (0,3%)	20,21	150	38,5%	20,00	14 (3,6%)	21,60
Psycholog:in	326	45,4%	31,67	32,79	154	47,0%	31,67	11 (3,4%)	33,83	172	44,1%	31,67	2 (0,5%)	31,85
Sozialdienst	86	12,0%	39,85	39,85	27	8,2%	45,00	0 (0,0%)	-	59	15,1%	37,50	0 (0,0%)	-
Dolmetscher:in	9	1,3%	26,96	n.e.	3	0,9%	23,75	n.e.	n.e.	6	1,5%	28,57	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	71	9,9%	20,00	n.e.	30	9,1%	20,00	n.e.	n.e.	41	10,5%	20,00	n.e.	n.e.
Keine Angabe	8	1,1%	28,57	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	8	2,1%	28,57	n.e.	n.e.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde (siehe Methodik); n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle mit einem Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten.*
***Durchschnittliche Dauer in Minuten mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 29: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „weitere Gespräche mit den Eltern/Personenberechtigten“ nach Berufsgruppen - Baseline

Weitere Gespräche mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten													
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 504)**				**Ambulant (n = 170)**					**Stationär (n = 334)**			
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	440	87,3%	42,83	55,23	151	88,8%	25,00	39 (22,9%)	29,55	289	86,5%	52,14	120 (35,9%)	68,65
Pflegekraft	154	30,6%	95,00	104,56	38	22,4%	95,00	0 (0,0%)	-	116	34,7%	95,00	17 (5,1%)	107,69
Psycholog:in	309	61,3%	31,25	31,50	111	65,3%	31,25	1 (0,6%)	31,39	198	59,3%	31,25	3 (0,9%)	31,57
Sozialdienst	113	22,4%	64,20	64,78	18	10,6%	60,00	0 (0,0%)	-	95	28,4%	65,00	2 (0,6%)	65,68
Dolmetscher:in	8	1,6%	45,36	n.e.	2	1,2%	25,00	n.e.	n.e.	6	1,8%	52,14	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	94	18,7%	29,45	n.e.	27	15,9%	25,00	n.e.	n.e.	67	20,1%	31,25	n.e.	n.e.
Keine Angabe	7	1,4%	52,14	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	7	2,1%	52,14	n.e.	n.e.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde (siehe Methodik). n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle mit weiteren Gesprächen mit den Eltern/Personensorgeberechtigten.*
***Durchschnittliche Dauer in Minuten mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 30: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Kindern/Jugendlichen“ nach Berufsgruppen - Baseline

Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Kindern/Jugendlichen													
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 429)**				**Ambulant (n = 229)**					**Stationär (n = 200)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	409	95,3%	19,98	23,12	219	95,6%	15,00	27 (11,8)	16,23	190	95,0%	25,71	52 (26,0%)	31,06
Pflegekraft	136	31,7%	23,58	24,41	58	25,3%	26,25	1 (0,4%)	20,34	78	39,0%	20,00	6 (3,0%)	27,43
Psycholog:in	236	55,0%	40,00	40,68	104	45,4%	40,00	4 (1,7%)	41,35	132	66,0%	40,00	1 (0,5%)	40,15
Sozialdienst	37	8,6%	63,24	-	15	6,6%	90,00	0 (0,0%)	-	22	11,0%	45,00	0 (0,0%)	-
Dolmetscher:in	3	0,7%	18,57	n.e.	2	0,9%	15,00	n.e.	n.e.	1	0,5%	25,71	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	25	5,8%	22,28	n.e.	8	3,5%	15,00	n.e.	n.e.	17	8,5%	25,71	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.; n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle mit einem Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit dem Kind/Jugendlichen.*
***Durchschnittliche Dauer in Minuten mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 11: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen“ nach Berufsgruppen – Baseline

Weitere Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen													
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 217)**				**Ambulant (n = 72)**					**Stationär (n = 145)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	174	80,2%	29,77	35,81	56	77,8%	18,75	11 (15,3%)	21,26	118	81,4%	35,00	33 (22,8%)	42,71
Pflegekraft	62	28,6%	120,00	133,55	15	20,8%	120,00	0 (0,0%)	-	47	32,4%	120,00	7 (4,8%)	137,87
Psycholog:in	165	76,0%	26,25	26,81	48	66,7%	26,25	3 (4,2%)	27,62	117	80,7%	26,25	2 (1,4%)	26,47
Sozialdienst	26	12,0%	64,62	64,62	4	5,6%	90,00	0 (0,0%)	-	22	15,2%	60,00	0 (0,0%)	-
Dolmetscher:in	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	19	8,8%	25,07	n.e.	3	4,2%	18,75	n.e.	n.e.	16	11,0%	26,25	n.e.	n.e.
Keine Angabe	1	0,5%	35,00	n.e.	0	0,00%	-	n.e.	n.e.	1	0,7%	35,00	n.e.	n.e.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.; n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle mit weiteren Gesprächen mit dem Kind/Jugendlichen.*
***Durchschnittliche Dauer in Minuten mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 32: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „MRT ohne Narkose“ (Sedierung oder weder noch) nach Berufsgruppen - Baseline

MRT ohne Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. MRT	**(n* = 16)**			**(n = 0)**			**(n = 16)**		
Radiolog:in 1	16	100%	32,63	0	0,00%	-	16	100%	32,63
Radiolog:in 2	8	50,0%	18,13	0	0,00%	-	8	50,0%	18,13
Radiolog:in gesamt	16	100%	41,69	0	0,00%	-	16	100%	41,69
Andere:r Ärzt:in 1	13	81,3%	17,85	0	0,00%	-	13	81,3%	17,85
Andere:r Ärzt:in 2	2	12,5%	14,50	0	0,00%	-	2	12,5%	14,50
Andere:r Ärzt:in gesamt	13	81,3%	20,08	0	0,00%	-	13	81,3%	20,08
MTRA	16	100%	42,59	0	0,00%	-	16	100%	42,59
Pflegekraft	13	81,3%	21,19	0	0,00%	-	13	81,3%	21,19
Andere Fachkraft	3	18,8%	14,50	0	0,00%	-	3	18,8%	14,50
2. MRT	**(n* = 2)**			**(n = 0)**			**(n = 2)**		
Radiolog:in 1	2	(100%)	43,50	0	0,00%	-	2	(100%)	43,50
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,00%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	2	(100%)	43,50	0	0,00%	-	2	(100%)	43,50
Andere:r Ärzt:in 1	2	(100%)	14,50	0	0,00%	-	2	(100%)	14,50
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,00%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	2	(100%)	14,50	0	0,00%	-	2	(100%)	14,50
MTRA	2	(100%)	43,50	0	0,00%	-	2	(100%)	43,50
Pflegekraft	2	(100%)	29,00	0	0,00%	-	2	(100%)	29,00
Andere Fachkraft	2	(100%)	14,50	0	0,00%	-	2	(100%)	14,50
3. MRT	**(n* = 0)**			**(n = 0)**			**(n = 0)**		
Radiolog:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

MRT ohne Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Pflegekraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt; MRT: Magnetresonanztomographie; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte MRT ohne Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 33: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „MRT mit Narkose" nach Berufsgruppen - Baseline

MRT mit Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. MRT	**(n* = 12)**			**(n = 1)**			**(n = 11)**		
Radiolog:in 1	12	100%	81,15	1	(100%)	102,51	11	100%	79,21
Radiolog:in 2	6	50,0%	55,53	0	0,0%	-	6	54,6%	55,53
Radiolog:in gesamt	12	100%	108,92	1	(100%)	102,51	11	100%	109,50
Andere:r Ärzt:in 1	9	75,0%	59,80	0	0,0%	-	9	81,8%	59,80
Andere:r Ärzt:in 2	1	8,3%	25,63	0	0,0%	-	1	9,1%	25,63
Andere:r Ärzt:in gesamt	9	75,0%	62,64	0	0,0%	-	9	81,8%	62,64
MTRA	12	100%	72,61	1	(100%)	76,88	11	100%	72,22
Pflegekraft	12	100%	72,71	1	(100%)	25,63	11	100%	44,27
Andere Fachkraft	3	25,0%	42,71	0	0,0%	-	3	27,3%	42,71

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

MRT mit Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
2. MRT	**(n* = 1)**			**(n = 0)**			**(n = 1)**		
Radiolog:in 1	1	(100%)	102,51	0	0,0%	-	1	(100%)	102,51
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	1	(100%)	102,51	0	0,0%	-	1	(100%)	102,51
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	1	(100%)	51,25	0	0,0%	-	1	(100%)	51,25
Pflegekraft	1	(100%)	25,63	0	0,0%	-	1	(100%)	25,63
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
3. MRT	**(n* = 1)**			**(n = 0)**			**(n = 1)**		
Radiolog:in 1	1	(100%)	102,51	0	0,0%	-	1	(100%)	102,51
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	1	(100%)	102,51	0	0,0%	-	1	(100%)	102,51
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	1	(100%)	51,25	0	0,0%	-	1	(100%)	51,25
Pflegekraft	1	(100%)	25,63	0	0,0%	-	1	(100%)	25,63
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt; MRT: Magnetresonanztomographie; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte MRT mit Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 34: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „CT ohne Narkose“ (Sedierung oder weder noch) nach Berufsgruppen - Baseline

CT ohne Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. CT	**(n* = 3)**			**(n = 0)**			**(n = 3)**		
Radiolog:in 1	3	(100%)	38,00	0	0,0%	-	3	(100%)	38,00
Radiolog:in 2	1	(33,3%)	38,00	0	0,0%	-	1	(33,3%)	38,00
Radiolog:in gesamt	3	(100%)	50,67	0	0,0%	-	3	(100%)	50,67
Andere:r Ärzt:in 1	1	(33,3%)	9,50	0	0,0%	-	1	(33,3%)	9,50
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	1	(33,3%)	9,50	0	0,0%	-	1	(33,3%)	9,50
MTRA	2	(66,7%)	18,76	0	0,0%	-	2	(66,7%)	18,76
Pflegekraft	3	(100%)	21,88	0	0,0%	-	3	(100%)	21,88
Andere Fachkraft	1	(33,3%)	9,50	0	0,0%	-	1	(33,3%)	9,50
2. CT	**(n* = 0)**			**(n = 0)**			**(n = 0)**		
Radiolog:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Pflegekraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
3. CT	**(n* = 0)**			**(n = 0)**			**(n = 0)**		
Radiolog:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

CT ohne Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Pflegekraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; CT: Computertomographie; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte CT ohne Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 35: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „CT mit Narkose“ (Sedierung oder weder noch) nach Berufsgruppen - Baseline

CT mit Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. CT	**(n* = 3)**			**(n = 0)**			**(n = 3)**		
Radiolog:in 1	3	(100%)	54,55	0	0,0%	-	3	(100%)	54,55
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	3	(100%)	54,55	0	0,0%	-	3	(100%)	54,55
Andere:r Ärzt:in 1	3	(100%)	44,63	0	0,0%	-	3	(100%)	44,63
Andere:r Ärzt:in 2	1	(33,3%)	14,88	0	0,0%	-	1	(33,3%)	14,88
Andere:r Ärzt:in gesamt	3	(100%)	49,59	0	0,0%	-	3	(100%)	49,59
MTRA	3	(100%)	52,89	0	0,0%	-	3	(100%)	52,89
Pflegekraft	3	(100%)	42,31	0	0,0%	-	3	(100%)	42,31
Andere Fachkraft	1	(33,3%)	44,63	0	0,0%	-	1	(33,3%)	44,63
2. CT	**(n* = 0)**			**(n = 0)**			**(n = 0)**		
Radiolog:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Pflegekraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
3. CT	**(n* = 0)**			**(n = 0)**			**(n = 0)**		
Radiolog:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

CT mit Narkose									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Pflegekraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; CT: Computertomographie; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte CT mit Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 36: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „RSS" nach Berufsgruppen - Baseline

Röntgen-Skelett-Screening (RSS)									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 23)**			**Ambulant (n = 0)**			**Stationär (n = 23)**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Radiolog:in 1	23	100%	36,41	0	0,0%	-	23	100%	36,41
Radiolog:in 2	7	30,4%	42,86	0	0,0%	-	7	30,4%	42,86
Radiolog:in gesamt	23	100%	49,46	0	0,0%	-	23	100%	49,46
Andere:r Ärzt:in 1	9	39,1%	13,89	0	0,0%	-	9	39,1%	13,89
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	9	39,1%	13,89	0	0,0%	-	9	39,1%	13,89
MTRA	19	82,6%	26,16	0	0,0%	-	19	82,6%	26,16
Pflegekraft	19	82,6%	21,22	0	0,0%	-	19	82,6%	21,22
Andere Fachkraft	6	26,1%	16,67	0	0,0%	-	6	26,1%	16,67

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
**Alle Fälle, in denen ein RSS durchgeführt wurde.*

Tabelle 37: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weiteres Röntgen“ nach Berufsgruppen - Baseline

Weiteres Röntgen									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. Röntgen	**(n* = 17)**			**(n = 2)**			**(n = 15)**		
Radiolog:in 1	16	94,1%	10,39	2	(100%)	9,50	14	93,3%	10,52
Radiolog:in 2	2	11,8%	4,75	1	(50,0%)	4,75	1	6,7%	4,75
Radiolog:in gesamt	16	94,1%	10,98	2	(100%)	11,88	14	93,3%	10,86
Andere:r Ärzt:in 1	12	70,6%	7,52	1	(50,0%)	9,50	11	73,3%	7,34
Andere:r Ärzt:in 2	2	11,8%	7,13	0	0,0%	-	2	13,3%	7,13
Andere:r Ärzt:in gesamt	12	70,6%	8,71	1	(50,0%)	9,50	11	73,3%	8,64
MTRA	15	88,24%	11,25	2	(100%)	11,25	13	86,7%	11,25
Pflegekraft	13	76,5%	8,65	1	(50,0%)	3,75	12	80,0%	9,06
Andere Fachkraft	1	5,9%	14,25	1	(50,0%)	14,25	0	0,0%	-
2. Röntgen	**(n* = 5)**			**(n = 0)**			**(n = 5)**		
Radiolog:in 1	4	(80,0%)	8,31	0	0,0%	-	4	(80,0%)	8,31
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	4	(80,0%)	8,31	0	0,0%	-	4	(80,0%)	8,31
Andere:r Ärzt:in 1	3	(75,0%)	7,92	0	0,0%	-	3	(75,0%)	7,92
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	3	(75,0%)	7,92	0	0,0%	-	3	(75,0%)	7,92
MTRA	3	(75,0%)	11,25	0	0,0%	-	3	(75,0%)	11,25
Pflegekraft	4	(80,0%)	9,38	0	0,0%	-	4	(80,0%)	9,38
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
3. Röntgen	**(n* = 1)**			**(n = 0)**			**(n = 1)**		
Radiolog:in 1	1	(100%)	4,75	0	0,0%	-	1	(100%)	4,75
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	1	(100%)	4,75	0	0,0%	-	1	(100%)	4,75
Andere:r Ärzt:in 1	1	(100%)	9,50	0	0,0%	-	1	(100%)	9,50

Weiteres Röntgen									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	1	(100%)	9,50	0	0,0%	-	1	(100%)	9,50
MTRA	1	(100%)	11,25	0	0,0%	-	1	(100%)	11,25
Pflegekraft	1	(100%)	11,25	0	0,0%	-	1	(100%)	11,25
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.

**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte weitere Röntgen durchgeführt wurde.*

Tabelle 38: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Sonographie“ nach Berufsgruppen- Baseline

Sonographie									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. Sonographie	**(n* = 153)**			**(n = 11)**			**(n = 142)**		
Ärzt:in 1	152	99,3%	19,61	11	100%	20,00	141	99,3%	19,57
Ärzt:in 2	108	70,6%	9,03	7	63,6%	5,00	101	71,1%	9,31
Ärzt:in gesamt	152	99,3%	26,02	11	100%	23,18	141	99,3%	26,24
Pflegekraft	112	73,2%	11,25	9	81,8%	11,25	103	72,5%	11,25
Andere Fachkraft	52	34,0%	14,81	6	54,5%	13,33	46	32,4%	15,00
2. Sonographie	**(n* = 54)**			**(n = 1)**			**(n = 53)**		
Ärzt:in 1	51	94,4%	19,60	1	*(100%)*	20,00	50	94,3%	19,60
Ärzt:in 2	37	68,5%	12,57	1	*(100%)*	5,00	36	67,9%	12,78
Ärzt:in gesamt	53	98,1%	27,64	1	*(100%)*	25,00	52	98,1%	27,69
Pflegekraft	42	77,8%	11,25	1	*(100%)*	11,25	41	77,4%	11,25
Andere Fachkraft	12	22,2%	15,00	0	*0,0%*	-	12	22,6%	15,00
3. Sonographie	**(n* = 18)**			**(n = 0)**			**(n = 18)**		
Ärzt:in 1	18	100%	20,00	0	0,0%	-	18	100%	20,00
Ärzt:in 2	11	61,1%	20,00	0	0,0%	-	11	61,1%	20,00
Ärzt:in gesamt	18	100%	32,22	0	0,0%	-	18	100%	32,22
Pflegekraft	15	83,3%	11,25	0	0,0%	-	15	83,3%	11,25
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle, in denen eine erste, zweite bzw. dritte Sonographie durchgeführt wurde.*

Tabelle 39: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Spurensicherung“ nach Berufsgruppen – Baseline

Spurensicherung														
Beteiligung BL	**Gesamt**				**Ambulant**					**Stationär**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
1. Spurensicherung	**(n* = 39)**				**(n = 28)**					**(n = 11)**				
Ärzt:in	36	92,3%	36,67	42,78	26	92,9%	36,67	4 (14,3%)	42,31	10	100%	36,67	2 (18,2%)	44,00
Pflegekraft	31	79,5%	15,00	16,45	23	82,1%	15,00	2 (7,1%)	16,30	8	80,0%	15,00	1 (9,0%)	16,88
Andere Fachkraft	7	17,9%	36,67	n.e.	5	17,9%	36,67	n.e.	n.e.	2	20,0%	36,67	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.
2. Spurensicherung	**(n* = 3)**				**(n = 2)**					**(n = 1)**				
Ärzt:in	3	*(100%)*	36,67	36,67	2	*(100%)*	36,67	0 (0,0%)	36,67	1	*(100%)*	36,67	0 (0,0%)	36,67
Pflegekraft	1	*(33,3%)*	15,00	15,00	1	*(50,0%)*	15,00	0 (0,0%)	15,00	0	*0,0%*	-	-	-
Andere Fachkraft	1	*(33,3%)*	36,67	36,67	1	*(50,0%)*	36,67	n.e.	n.e.	0	*0,0%*	-	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	*(0,0%)*	-	-	0	*(0,0%)*	-	n.e.	n.e.	0	*0,0%*	-	n.e.	n.e.
3. Spurensicherung	**(n* = 1)**				**(n = 0)**					**(n = 1)**				
Ärzt:in	1	*(100%)*	36,67	36,67	0	0,0%	-	-	-	1	*(100%)*	36,67	0 (0,0%)	36,67
Pflegekraft	0	*0,0%*	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	*0,0%*	-	-	-
Andere Fachkraft	0	*0,0%*	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	*0,0%*	-	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	*0,0%*	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	*0,0%*	-	n.e.	n.e.

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt.

**Alle Fälle, in denen eine erste, zweite bzw. dritte Spurensicherung durchgeführt wurde.*

***Durchschnittliche Dauer in Minuten mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 40: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Labor“ nach Berufsgruppen - Baseline

Labor									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 345)**			**Ambulant (n = 34)**			**Stationär (n = 311)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	333	96,5%	13,67	34	100%	13,67	299	96,1%	13,67
Pflegekraft	334	96,8%	13,75	32	94,1%	13,75	302	97,1%	13,75
Andere Fachkraft	9	2,6%	13,67	0	0,0%	-	9	2,9%	13,67
Keine Angabe	4	1,2%	13,67	0	0,0%	-	4	1,3%	13,67

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt.
**Alle Fälle, in denen eine Laboruntersuchung durchgeführt wurden.*

Tabelle 41: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weitere Untersuchungen (Konsile)“ nach Fachrichtung - Baseline

Weitere Untersuchungen (Konsile)									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 183)**			**Ambulant (n = 23)**			**Stationär (n = 160)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Psychologie	82	44,8%	61,67	11	47,8%	61,67	71	44,4%	61,67
Kinderchirurgie	42	23,0%	77,00	6	26,1%	77,00	36	22,5%	77,00
Augenheilkunde	30	16,4%	92,00	0	0,0%	-	30	18,8%	92,00
Gynäkologie	12	6,6%	63,00	2	8,7%	63,00	10	6,3%	63,00
HNO	29	15,8%	71,00	0	0,0%	-	29	18,1%	71,00
Rechtsmedizin	14	7,7%	66,25	1	4,3%	66,25	13	8,1%	66,25
Zahnheilkunde	2	1,1%	88,33	0	0,0%	-	2	1,3%	88,33
Unfallchirurgie	3	1,6%	46,67	0	0,0%	-	3	1,9%	46,67
Andere	61	33,3%	70,74	6	26,1%	70,74	55	34,4%	70,74

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt.
**Alle Fälle, in denen ein Konsil durchgeführt wurde.*

Tabelle 42: Häufigkeit der weiteren Untersuchungen unter Einbezug des Standortes nicht aufsuchend am Bett - Baseline

Weitere Untersuchungen (Konsile)				
Beteiligung BL		**Gesamt**	**Ambulant**	**Stationär**
		n	**n**	**n**
Psychologie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	3	1	2
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	3	2	1
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	1	1	0
	Gesamt	**8**	**4**	**4**
Kinderchirurgie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	3	0	3
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	1	0	1
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	1	1	0
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	1	0
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (Arzt)	1	1	0
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	2	1	1
	Gesamt	**10**	**4**	**6**
Augen-heilkunde	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	2	0	2
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	1	0	1
	Außerhalb des Standorts Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Gesamt	**6**	**0**	**6**
Gynäkologie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	4	2	2
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	1	0	1
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Gesamt	**6**	**2**	**4**
HNO	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Gesamt	**1**	**0**	**1**
Rechtsmedizin	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	4	1	3

Weitere Untersuchungen (Konsile)				
Beteiligung BL		Gesamt	Ambulant	Stationär
		n	n	n
	Gesamt	**4**	**1**	**3**
Zahnheilkunde	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	2	0	2
	Gesamt	**2**	**0**	**2**
Unfallchirurgie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	1	0	1
	Gesamt	**2**	**0**	**2**
Andere	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	8	0	8
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	4	0	4
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	2	1	1
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	1	0	1
	Gesamt	**17**	**1**	**16**

BL: Baseline; HNO: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Tabelle 43: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Koordinations- und Organisationsaufwand diagnostischer Verfahren“ nach Berufsgruppen – Baseline

Koordinations-/Organisationsaufwand diagnostische Verfahren									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 490)**			**Ambulant (n = 223)**			**Stationär (n = 267)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	394	80,4%	13,75	207	92,8%	13,75	187	70,0%	13,75
Pflegekraft	117	23,9%	9,17	18	8,1%	9,17	99	37,1%	9,17
Administration	383	78,2%	9,17	201	90,1%	9,17	182	68,2%	9,17
Andere Fachkraft	73	14,9%	9,17	12	5,4%	9,17	61	22,8%	9,17
Keine Angabe	3	0,6%	13,75	0	0,0%	-	3	1,1%	13,75

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt.
**Alle Fälle, in denen Koordinations- und Organisationsaufwand für diagnostische Verfahren angefallen ist.*

Tabelle 44: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung“ nach Berufsgruppen – Baseline

Interner fachlicher Austausch									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 723)**			**Ambulant (n = 328)**			**Stationär (n = 395)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	723	100%	61,49	328	100%	46,38	395	100%	74,05
Pflegekraft	518	71,6%	17,42	174	53,0%	10,11	344	87,1%	21,11
Psycholog:in	516	71,4%	46,35	226	68,9%	48,55	290	73,4%	44,63
Sozialdienst	263	36,4%	48,71	67	20,4%	49,01	196	49,6%	48,61
Nichtmedizinische Fachkraft	180	24,9%	46,25	113	34,5%	46,25	67	17,0%	46,25
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit internem fachlichem Austausch.*

Tabelle 45: Häufigkeiten von Personen je Berufsgruppe für die Komponente „Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung“ - Baseline

Interner fachlicher Austausch (Baseline)						
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 723)**		**Ambulant (n = 328)**		**Stationär (n = 395)**	
	n	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**
1 Ärzt:in	723	100%	328	100%	395	100%
2 Ärzt:innen	654	90,5%	287	87,5%	367	92,9%
3 Ärzt:innen	131	18,1%	37	11,3%	94	23,8%
1 Pflegekraft	518	71,6%	174	53,0%	344	87,1%
2 Pflegekräfte	73	10,1%	2	0,6%	71	18,0%
1 Psycholog:in	516	71,4%	226	68,9%	290	73,4%
2 Psycholog:innen	42	5,8%	30	9,1%	12	3,0%
1 MA Sozialdienst	263	36,4%	67	20,4%	196	49,6%
2 MA Sozialdienst	14	1,9%	4	1,2%	10	2,5%
Nichtmedizinische Fachkraft	180	24,9%	113	34,5%	67	17,0%
Keine Angabe	10	0,3%	2	0,2%	8	0,4%

BL: Baseline; MA: Mitarbeiter:in.

Tabelle 46: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung“ nach Berufsgruppen - Baseline

(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. Besprechung	**(n* = 543)**			**(n = 231)**			**(n = 312)**		
Ärzt:in	536	98,7%	40,06	228	98,7%	30,00	308	98,7%	47,50
Pflegekraft	269	49,5%	37,50	74	32,0%	37,50	195	62,5%	37,50
Psycholog:in	460	84,7%	36,43	195	84,4%	36,43	265	84,9%	36,43
Sozialdienst	255	47,0%	50,00	85	36,8%	50,00	170	54,5%	50,00
Andere Fachkraft	134	24,7%	34,46	41	17,7%	30,00	93	29,8%	36,43
Keine Angabe	5	0,9%	40,50	2	0,9%	30,00	3	1,0%	47,50
2. Besprechung	**(n* = 124)**			**(n = 41)**			**(n = 83)**		
Ärzt:in	120	96,8%	41,96	38	92,7%	30,00	82	98,8%	47,50
Pflegekraft	81	65,3%	37,50	8	19,5%	37,50	73	88,0%	37,50
Psycholog:in	95	76,6%	36,43	32	78,0%	36,43	63	75,9%	36,43
Sozialdienst	61	49,2%	50,00	15	36,6%	50,00	46	55,4%	50,00
Andere Fachkraft	50	40,3%	35,40	8	19,5%	30,00	42	50,6%	36,43
Keine Angabe	1	0,8%	47,50	0	0,0%	-	1	1,2%	47,50
3. Besprechung	**(n* = 47)**			**(n = 10)**			**(n = 37)**		
Ärzt:in	44	93,6%	44,32	8	80,0%	30,00	36	97,3%	47,50
Pflegekraft	36	76,6%	37,50	2	20,0%	37,50	34	91,9%	37,50
Psycholog:in	33	70,2%	36,43	7	70,0%	36,43	26	70,3%	36,43
Sozialdienst	21	44,7%	50,00	2	20,0%	50,00	19	51,4%	50,00
Andere Fachkraft	21	44,7%	35,82	2	20,0%	30,00	19	51,4%	36,43
Keine Angabe	1	2,1%	47,50	0	0,0%	-	1	2,7%	47,50
4. Besprechung	**(n* = 20)**			**(n = 4)**			**(n = 16)**		
Ärzt:in	19	95,0%	43,82	4	*(100%)*	30,00	15	93,8%	47,50
Pflegekraft	15	75,0%	37,50	1	*(25,0%)*	37,50	14	87,5%	37,50
Psycholog:in	9	45,0%	36,43	3	*(75,0%)*	36,43	6	37,5%	36,43

(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung									
Beteiligung BL	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Sozialdienst	9	45,0%	50,00	4	*(100%)*	50,00	5	31,3%	50,00
Andere Fachkraft	6	30,0%	36,43	0	*0,0%*	-	6	37,5%	36,43
Keine Angabe	1	5,0%	47,50	0	*0,0%*	-	1	6,3%	47,50

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit einer ersten, zweiten, dritten bzw. vierten (zusätzlichen) interprofessionellen fallspezifischen Besprechung.*

Tabelle 47: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Anonymisierte Fallberatung" nach Berufsgruppen - Baseline

Anonymisierte Fallberatung									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 15)**			**Ambulant (n = 2)**			**Stationär (n = 13)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	15	100%	36,07	2	*(100%)*	30,00	13	100%	37,00
Psycholog:in	6	40,0%	21,25	0	*0,0%*	-	6	46,2%	21,25
Sozialdienst	2	13,3%	45	0	*0,0%*	-	2	15,4%	45,00
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit anonymisierten Fallberatungen.*

Tabelle 48: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt“ nach Berufsgruppen - Baseline

Fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 475)**			**Ambulant (n = 200)**			**Stationär (n = 275)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	389	81,9%	56,04	181	90,5%	40,00	208	75,6%	70,00
Psycholog:in	236	49,7%	39,00	113	56,5%	39,00	123	44,7%	39,00
Sozialdienst	120	25,3%	83,75	20	10,0%	90,00	100	36,4%	82,50
Andere Fachkraft	87	18,3%	39,00	25	12,5%	39,00	62	22,5%	39,00
Keine Angabe	2	0,4%	70,00	0	0,0%	-	2	0,7%	70,00

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit fallspezifischem Austausch mit dem Jugendamt.*

Tabelle 49: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen“ nach Berufsgruppen - Baseline

Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 225)**			**Ambulant (n = 103)**			**Stationär (n = 122)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	210	93,3%	56,00	98	95,1%	60,00	112	91,8%	52,50
Psycholog:in	76	33,8%	55,00	26	25,2%	55,00	50	41,0%	55,00
Sozialdienst	18	8,0%	74,44	4	3,9%	90,00	14	11,5%	70,00
Andere Fachkraft	19	8,4%	53,29	6	5,8%	55,00	13	10,7%	52,50
Keine Angabe	1	0,4%	52,5	0	0,0%	-	1	0,8%	52,50

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit einem Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen.*

Tabelle 50: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen/Behörden (außer dem Jugendamt)“ nach Berufsgruppen - Baseline

zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen/Behörden (außer JA)									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 123)**			**Ambulant (n = 56)**			**Stationär (n = 67)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	85	69,1%	19,06	46	82,1%	12,50	39	58,2%	26,80
Pflegkraft	4	3,3%	16,87	1	1,8%	16,87	3	4,5%	16,87
Psycholog:in	47	38,2%	15,70	25	44,6%	15,00	22	32,8%	16,50
Sozialdienst	29	23,6%	30,54	4	7,1%	30,00	25	37,3%	30,63
Andere Fachkraft	15	12,2%	15,17	5	8,9%	12,50	10	14,9%	16,50
Keine Angabe	1	0,8%	26,80	0	0,0%	-	1	1,5%	26,80

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.; JA: Jugendamt.
**Alle Fälle mit zusätzlichem Kontakt zu nichtmed. Einrichtungen/Behörden (außer JA).*

Tabelle 51: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Arztbriefe“ nach Berufsgruppen - Baseline

Arztbriefe									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 763)**			**Ambulant (n = 362)**			**Stationär (n = 401)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	755	99,0%	48,34	355	98,1%	60,00	400	99,8%	38,00
Psycholog:in	344	45,1%	50,00	166	45,9%	50,00	178	44,4%	50,00
Sozialdienst	55	7,2%	49,20	28	7,7%	60,00	27	6,7%	38,00
Andere Fachkraft	166	21,8%	45,37	102	28,2%	50,00	64	16,0%	38,00
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit Arztbrief.*

Tabelle 52: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Fallspezifische Dokumentation“ nach Berufsgruppen - Baseline

Fallspezifische Dokumentation									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 614)**			**Ambulant (n = 317)**			**Stationär (n = 297)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	606	98,7%	42,50	310	97,8%	42,50	296	99,7%	42,50
Pflegekraft	157	25,6%	45,00	69	21,8%	45,00	88	29,6%	45,00
Psycholog:in	404	65,8%	54,00	162	51,1%	54,00	242	81,5%	54,00
Sozialdienst	152	24,8%	43,33	48	15,1%	43,33	104	35,0%	43,33
Andere Fachkraft	159	25,9%	43,33	80	25,2%	43,33	79	26,6%	43,33
Keine Angabe	1	0,2%	42,50	1	0,3%	42,50	0	0,0%	-

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit fallspezifischer Dokumentation.*

Tabelle 53: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben“ nach Berufsgruppen - Baseline

zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 457)**			**Ambulant (n = 221)**			**Stationär (n = 236)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	382	83,6%	9,69	196	88,7%	5,83	186	78,8%	13,75
Pflegekraft	45	9,8%	9,17	9	4,1%	9,17	36	15,3%	9,17
Psycholog:in	82	17,9%	11,00	38	17,2%	11,00	44	18,6%	11,00
Sozialdienst	63	13,8%	56,67	7	3,2%	30,00	56	23,7%	60,00
Administration	314	68,7%	7,18	187	84,6%	5,83	127	53,8%	9,17
Andere Fachkraft	44	9,6%	8,41	10	4,5%	5,83	34	14,4%	9,17
Keine Angabe	1	0,2%	13,75	0	0,0%	-	1	0,4%	13,75

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit zusätzlichen Koordinations- und Organisationsaufgaben.*

Tabelle 24: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Interner Austausch“ nach Berufsgruppen – Baseline

Weiterer interner Austausch									
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 330)**			**Ambulant (n = 143)**			**Stationär (n = 187)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	277	83,9%	5,00	105	73,4%	5,00	172	92,0%	5,00
Pflegekraft	70	21,2%	5,00	14	9,8%	5,00	56	29,9%	5,00
Psycholog:in	184	55,8%	5,00	77	53,8%	5,00	107	57,2%	5,00
Sozialdienst	72	21,8%	5,00	14	9,8%	5,00	58	31,0%	5,00
Andere Fachkraft	113	34,2%	5,00	70	49,0%	5,00	43	23,0%	5,00
Keine Angabe	10	3,0%	5,00	0	0,0%	-	10	5,3%	5,00

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit weiterem internem Austausch.*

Tabelle 55: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Tag der Entlassung“ nach Berufsgruppen – Baseline

Tag der Entlassung			
Beteiligung BL	**Gesamt (n* = 66)**		
	n	**%**	**DD**
Ärzt:in	63	95,5%	27,00
Pflegekraft	22	33,3%	30,00
Psycholog:in	15	22,7%	10,00
Sozialdienst	20	30,3%	60,00
Andere Fachkraft	2	3,0%	10,00
Keine Angabe	2	3,0%	30,00

BL: Baseline; DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten, die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde.
**Alle Fälle mit zusätzlichen Gesprächen am Tag der Entlassung (betrifft nur stationäre Fälle)*

Zeitverbräuche Erprobungsphase

Tabelle 56: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Anamnese“ nach Berufsgruppen-Erprobungsphase

Anamnese														
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 3.566)**				**Ambulant (n = 1.593)**					**Stationär (n = 1.973)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	3.523	98,8%	46,05 (39,10)	54,23 (50,00)	1.556	97,7%	44,19 (32,93)	216 (13,6%)	49,30 (32,93)	1.967	99,7%	47,52 (39,10)	558 (28,3%)	58,13 (50,00)
Pflegekraft	2.147	60,2%	45,40 (39,10)	53,07 (39,10)	749	47,0%	41,37 (32,93)	24 (1,5%)	42,62 (32,93)	1.398	70,9%	47,56 (39,10)	359 (18,2%)	58,68 (50,00)
Psycholog:in	592	16,6%	38,08 (35,00)	38,83 (35,00)	418	26,2%	39,43 (35,00)	10 (0,6%)	40,24 (35,00)	174	8,8%	34,85 (35,00)	3 (0,2%)	35,43 (35,00)
Sozialdienst	187	5,2%	37,48 (35,00)	37,96 (35,00)	77	4,8%	35,80 (35,00)	0 (0,0%)	-	110	5,6%	38,65 (35,00)	3 (0,2%)	39,48 (35,00)
Dolmetscher:in	13	0,4%	55,60 (50,00)	n.e.	3	0,2%	64,38 (52,50)	n.e.	n.e.	10	0,5%	52,97 (50,00)	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	105	2,9%	28,81 (15,00)	n.e.	66	4,1%	29,05 (15,00)	n.e.	n.e.	39	2,0%	28,42 (35,00)	n.e.	n.e.
Keine Angabe	28	0,8%	48,87 (48,75)	n.e.	27	1,7%	48,75 (48,75)	n.e.	n.e.	1	0,1%	52,14 (52,14)	n.e.	n.e.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle mit einer Anamnese.*
***Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)] mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 57: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Erweiterte Anamnese“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Erweiterte Anamnese									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 2.158)**			**Ambulant (n = 914)**			**Stationär (n = 1.244)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	1.680	77,8%	19,61 (15,00)	828	90,6%	17,50 (15,00)	852	68,5%	21,65 (15,00)
Psycholog:in	597	27,7%	24,12 (20,00)	339	37,1%	21,11 (20,00)	258	20,7%	28,08 (20,00)
Sozialdienst	562	26,0%	41,84 (22,50)	101	11,1%	34,36 (22,50)	461	37,1%	43,48 (22,50)
Anderes Unitpersonal	206	9,5%	17,06 (15,00)	78	8,5%	14,86 (15,00)	128	10,3%	18,39 (15,00)
Keine Angabe	5	0,2%	26,43 (26,43)	0	0,0%	-	5	0,4%	26,43 (26,43)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit einer erweiterten Anamnese.*

Tabelle 58: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Eltern/Personenberechtigten“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit den Eltern/Personensorgeberechtigten														
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 3.019)**				**Ambulant (n = 1.305)**					**Stationär (n = 1.714)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt** ***	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt ****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt** ***
Ärzt:in	2.756	91,3%	27,71 (25,50)	31,59 (30,00)	1.258	96,4%	24,32 (15,00)	140 (10,7%)	27,34 (25,50)	1.498	87,4%	30,55 (30,50)	246 (14,4%)	35,15 (30,50)
Pflegekraft	788	26,1%	25,57 (25,50)	28,60 (25,50)	328	25,1%	20,31 (15,00)	7 (0,5%)	20,69 (15,00)	460	26,8%	29,33 (25,50)	74 (4,3%)	34,24 (25,50)
Psycholog:in	1.083	35,9%	31,27 (30,50)	32,78 (30,50)	601	46,1%	28,61 (30,50)	25 (1,9%)	29,85 (30,50)	482	28,1%	34,60 (30,50)	24 (1,4%)	36,44 (30,50)
Sozialdienst	417	13,8%	47,21 (32,50)	47,84 (32,50)	107	8,2%	41,43 (32,50)	0 (0,0%)	41,43 (32,50)	310	18,1%	49,20 (48,00)	4 (0,2%)	50,06 (48,00)
Dolmetscher:in	60	2,0%	34,69 (30,50)	n.e.	31	2,4%	28,04 (25,50)	n.e.	n.e.	29	1,7%	41,79 (51,10)	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	93	3,1%	28,59 (30,50)	n.e.	29	2,2%	27,43 (30,50)	n.e.	n.e.	64	3,7%	29,11 (30,50)	n.e.	n.e.
Keine Angabe	25	0,8%	28,38 (28,57)	n.e.	1	0,1%	23,75 (23,75)	n.e.	n.e.	24	1,4%	28,57 (28,57)	n.e.	n.e.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; n.e.: nicht erfasst.

**Alle Fälle mit einem Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit den Eltern/Personensorgeberechtigten.*

***Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)] mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 59: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „weitere Gespräche mit den Eltern/Personenberechtigten“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Weitere Gespräche mit den Eltern/ Personensorgeberechtigten														
Beteiligung EP	**Gesamt (n*= 1.785)**				**Ambulant (n = 585)**					**Stationär (n = 1.200)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt ****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt** ***	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt** ***
Ärzt:in	1.393	78,0%	32,88 (35,00)	43,30 (35,00)	509	87,0%	20,24 (15,00)	77 (13,2%)	23,36 (15,00)	884	73,7%	40,16 (35,00)	323 (26,9%)	54,78 (35,00)
Pflegekraft	334	18,7%	54,67 (52,50)	85,92 (52,50)	39	6,7%	31,57 (29,39)	1 (02%)	32,44 (29,39)	295	24,6%	57,73 (52,50)	139 (11,6%)	92,99 (58,78)
Psycholog:in	702	39,3%	37,46 (35,50)	39,20 (35,50)	267	45,6%	30,97 (25,00)	6 (1,0%)	31,67 (25,00)	435	36,3%	41,44 (35,50)	23 (1,9%)	43,82 (45,50)
Sozialdienst	529	29,6%	59,66 (52,50)	61,29 (52,50)	82	14,0%	48,46 (37,50)	1 (0,2%)	48,97 (37,50)	447	37,3%	61,71 (52,50)	17 (1,4%)	63,55 (52,50)
Dolmetscher:in	59	3,3%	42,51 (35,50)	n.e.	19	3,2%	16,33 (15,00)	n.e.	n.e.	40	3,3%	54,95 (55,50)	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	109	6,1%	40,69 (35,00)	n.e.	33	5,6%	29,05 (35,00)	n.e.	n.e.	75	6,3%	45,82 (45,50)	n.e.	n.e.
Keine Angabe	23	1,3%	50,96 (52,14)	n.e.	1	0,2%	25,00 (25,00)	n.e.	n.e.	22	1,8%	52,14 (52,14)	n.e.	n.e.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; n.e.: nicht erfasst.

**Alle Fälle mit weiteren Gesprächen mit den Eltern/Personensorgeberechtigten.*

***Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)] mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 60: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Aufnahme-/Eröffnungsgespräche mit dem Kind/Jugendlichen“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit dem Kind/Jugendlichen														
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 1.794)**				**Ambulant (n = 1.012)**					**Stationär (n = 782)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	1.595	88,9%	23,48 (20,50)	25,97 (25,00)	926	91,5%	18,08 (10,00)	81 (8,0%)	19,42 (20,00)	669	85,5%	30,96 (25,00)	99 (12,7%)	35,04 (25,00)
Pflegekraft	483	26,9%	16,00 (15,00)	17,85 (15,00)	260	25,7%	11,63 (5,00)	5 (0,5%)	11,84 (5,00)	223	28,5%	21,10 (15,00)	35 (4,5%)	24,87 (15,00)
Psycholog:in	832	46,4%	30,43 (25,00)	31,58 (25,00)	488	48,2%	27,63 (25,00)	11 (1,1%)	28,23 (25,00)	344	44,0%	34,40 (45,00)	18 (2,3%)	36,33 (45,00)
Sozialdienst	149	8,3%	39,98 (37,50)	40,16 (37,50)	68	6,7%	35,02 (37,50)	0 (0,0%)	35,02 (37,50)	81	10,4%	44,15 (37,50)	1 (0,1%)	44,48 (37,50)
Dolmetscher:in	14	0,8%	28,05 (22,75)	n.e.	9	0,9%	20,15 (20,50)	n.e.	n.e.	5	0,6%	42,27 (45,50)	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	31	1,7%	23,85 (25,00)	n.e.	22	2,2%	20,30 (17,50)	n.e.	n.e.	9	1,2%	32,56 (35,50)	n.e.	n.e.
Keine Angabe	1	0,1%	25,71 (25,71)	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	1	0,1%	25,71 (25,71)	n.e.	n.e.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; n.e.: nicht erfasst.

**Alle Fälle mit einem Aufnahme-/Eröffnungsgespräch mit dem Kind/Jugendlichen.*

***Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)] mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 31: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weitere Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen" nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Weitere Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen														
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 711)**				**Ambulant (n = 246)**					**Stationär (n = 465)**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
Ärzt:in	477	67,1%	25,87 (25,00)	31,33 (25,00)	173	70,3%	16,80 (10,00)	23 (9,3%)	18,44 (15,00)	304	65,4%	31,03 (25,00)	83 (17,8%)	38,66 (25,00)
Pflegekraft	144	20,3%	66,09 (51,59)	91,92 (51,59)	25	10,2%	55,62 (51,59)	2 (0,8%)	59,79 (51,59)	119	25,6%	68,29 (51,59)	52 (11,2%)	98,67 (75,00)
Psycholog:in	373	52,5%	34,00 (40,50)	34,82 (40,50)	128	52,0%	28,43 (30,50)	2 (0,8%)	28,67 (30,50)	245	52,7%	36,92 (40,50)	9 (1,9%)	38,03 (40,50)
Sozialdienst	108	15,2%	51,20 (53,00)	53,02 (53,00)	23	9,3%	37,26 (37,50)	1 (0,4%)	38,41 (37,50)	85	18,3%	54,98 (53,00)	4 (0,9%)	56,97 (53,00)
Dolmetscher:in	7	1,0%	41,30 (45,50)	n.e.	4	1,6%	24,25 (20,50)	n.e.	n.e.	3	0,6%	64,03 (73,30)	n.e.	n.e.
Anderes Unitpersonal	18	2,5%	35,89 (35,50)	n.e.	4	1,6%	22,63 (20,00)	n.e.	n.e.	14	3,0%	39,68 (45,50)	n.e.	n.e.
Keine Angabe	5	0,7%	31,75 (35,00)	n.e.	1	0,4%	18,75 (18,75)	n.e.	n.e.	4	0,9%	35,00 (35,00)	n.e.	n.e.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; n.e: nicht erfasst.

**Alle Fälle mit weiteren Gesprächen mit dem Kind/Jugendlichen.*

***Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)] mit Berücksichtigung der Zeiten, wenn mehr als eine Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war.*

Tabelle 62: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „MRT ohne Narkose“ (Sedierung oder weder noch) nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

MRT ohne Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. MRT	**(n* = 96)**			**(n = 5)**			**(n = 91)**		
Radiolog:in 1	95	99,0%	35,62 (22,75)	5	*(100%)*	32,45 (26,25)	90	98,9%	35,79 (22,50)
Radiolog:in 2	69	71,9%	16,85 (13,88)	5	*(100%)*	10,30 (8,75)	64	70,3%	17,36 (13,88)
Radiolog:in gesamt	95	99,0%	47,86 (35,00)	5	*(100%)*	42,75 (35,00)	90	98,9%	48,14 (35,00)
Andere:r Ärzt:in 1	61	63,5%	21,42 (13,88)	3	*(60,0%)*	10,46 (8,75)	58	63,7%	21,98 (13,88)
Andere:r Ärzt:in 2	9	9,4%	14,44 (11,38)	0	0,0%	-	9	9,9%	14,44 (11,38)
Andere:r Ärzt:in gesamt	61	63,5%	23,55 (17,50)	3	*(60,0%)*	10,46 (8,75)	58	63,7%	24,22 (22,50)
MTRA	93	96,9%	39,76 (41,63)	5	*(100%)*	24,63 (26,25)	88	96,7%	40,62 (41,63)
Pflegekraft	87	90,6%	31,31 (22,50)	3	*(60,0%)*	8,75 (8,75)	84	92,3%	32,11 (22,50)
Andere Fachkraft	23	24,0%	20,39 (22,50)	2	*(40,0%)*	24,00 (24,00)	21	23,1%	20,05 (22,50)
2. MRT	**(n* = 4)**			**(n = 0)**			**(n = 4)**		
Radiolog:in 1	4	*(100%)*	34,69 (41,63)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	34,69 (41,63)
Radiolog:in 2	3	*(75,0%)*	13,88 (13,88)	0	0,0%	-	3	*(75,0%)*	13,88 (13,88)
Radiolog:in gesamt	4	*(100%)*	45,09 (55,50)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	45,09 (55,50)

MRT ohne Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in 1	2	*(50,0%)*	13,88 (13,88)	0	0,0%	-	2	*(50,0%)*	13,88 (13,88)
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	2	*(50,0%)*	13,88 (13,88)	0	0,0%	-	2	*(50,0%)*	13,88 (13,88)
MTRA	4	*(100%)*	34,69 (27,75)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	34,69 (27,75)
Pflegekraft	4	*(100%)*	34,69 (41,63)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	34,69 (41,63)
Andere Fachkraft	3	*(75,0%)*	13,88 (13,88)	0	0,0%	-	3	*(75,0%)*	13,88 (13,88)
3. MRT	**(n* = 0)**			**(n = 0)**			**(n = 0)**		
Radiolog:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Pflegekraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; MTRA: Medizinisch-technische Assistenz für Radiologie.

**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte MRT ohne Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 63: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „MRT mit Narkose“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

MRT mit Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. MRT	**(n* = 57)**			**(n = 1)**			**(n = 56)**		
Radiolog:in 1	57	100%	44,37 (36,08)	1	*(100%)*	70,00 (70,00)	56	100%	43,91 (36,08)
Radiolog:in 2	33	57,9%	20,58 (17,50)	1	*(100%)*	17,50 (17,50)	32	57,1%	20,67 (17,50)
Radiolog:in gesamt	57	100%	56,28 (55,25)	1	*(100%)*	87,50 (87,50)	56	100%	55,72 (51,68)
Andere:r Ärzt:in 1	49	85,9%	36,58 (27,63)	1	*(100%)*	17,50 (17,50)	48	85,7%	36,97 (27,63)
Andere:r Ärzt:in 2	8	14,0%	41,52 (29,30)	0	*0,0%*	-	8	14,3%	41,52 (29,30)
Andere:r Ärzt:in gesamt	49	86,0%	43,36 (27,63)	1	*(100%)*	17,50 (17,50)	48	85,7%	43,89 (27,63)
MTRA	57	100%	54,34 (55,25)	1	*(100%)*	52,50 (52,50)	56	100%	54,37 (55,25)
Pflegekraft	57	100%	36,96 (27,63)	1	*(100%)*	17,50 (17,50)	56	100%	37,30 (27,63)
Andere Fachkraft	22	38,6%	31,00 (17,50)	0	*0,0%*	-	22	39,3%	31,00 (17,50)
2. MRT	**(n* = 18)**			**(n = 0)**			**(n = 18)**		
Radiolog:in 1	18	100%	35,73 (27,63)	0	0,0%	-	18	100%	35,73 (27,63)
Radiolog:in 2	8	44,4%	15,71 (12,03)	0	0,0%	-	8	44,4%	15,71 (12,03)
Radiolog:in gesamt	18	100%	42,71 (27,63)	0	0,0%	-	18	100%	42,71 (27,63)

MRT mit Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in 1	16	88,9%	33,50 (27,63)	0	0,0%	-	16	88,9%	33,50 (27,63)
Andere:r Ärzt:in 2	2	11,1%	62,72 (62,72)	0	0,0%	-	2	11,1%	62,72 (62,72)
Andere:r Ärzt:in gesamt	16	88,9%	41,34 (27,63)	0	0,0%	-	16	88,9%	41,34 (27,63)
MTRA	18	100%	47,91 (50,25)	0	0,0%	-	18	100%	47,91 (50,25)
Pflegekraft	18	100%	32,45 (27,63)	0	0,0%	-	18	100%	32,45 (27,63)
Andere Fachkraft	7	38,9%	32,60 (12,03)	0	0,0%	-	7	38,9%	32,60 (12,03)
3. MRT	**(n* = 4)**			**(n = 0)**			**(n = 4)**		
Radiolog:in 1	4	*(100%)*	27,24 (25,13)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	27,24 (25,13)
Radiolog:in 2	1	*(25,0%)*	12,03 (12,03)	0	0,0%	-	1	*(25,0%)*	12,03 (12,03)
Radiolog:in gesamt	4	*(100%)*	30,25 (25,13)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	30,25 (25,13)
Andere:r Ärzt:in 1	4	*(100%)*	27,24 (25,13)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	27,24 (25,13)
Andere:r Ärzt:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	4	*(100%)*	27,24 (25,13)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	27,24 (25,13)
MTRA	4	*(100%)*	48,47 (46,68)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	48,47 (46,68)
Pflegekraft	4	*(100%)*	30,25 (25,13)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	30,25 (25,13)

MRT mit Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere Fachkraft	1	*(25,0%)*	48,11 (48,11)	0	0,0%	-	1	*(25,0%)*	48,11 (48,11)

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; MTRA: Medizinisch-technische Assistenz für Radiologie.
**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte MRT mit Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 64: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „CT/cCT ohne Narkose“ (Sedierung oder weder noch) nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

CT/cCT ohne Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. CT	**(n* = 14)**			**(n = 0)**			**(n = 14)**		
Radiolog:in 1	14	100%	18,38 (12,02)	0	0,0%	-	14	100%	18,38 (12,02)
Radiolog:in 2	5	35,7%	6,68 (5,00)	0	0,0%	-	5	35,7%	6,68 (5,00)
Radiolog:in gesamt	14	100%	20,77 (13,92)	0	0,0%	-	14	100%	20,77 (13,92)
Andere:r Ärzt:in 1	10	71,4%	14,73 (12,02)	0	0,0%	-	10	71,4%	14,73 (12,02)
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	10	71,4%	14,73 (12,02)	0	0,0%	-	10	71,4%	14,73 (12,02)
MTRA	13	92,9%	20,56 (15,25)	0	0,0%	-	13	92,9%	20,56 (15,25)
Pflegekraft	11	78,6%	15,11 (10,13)	0	0,0%	-	11	78,6%	15,11 (10,13)
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

CT/cCT ohne Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
2. CT	**(n* = 2)**			**(n = 0)**			**(n = 2)**		
Radiolog:in 1	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Radiolog:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Radiolog:in gesamt	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Andere:r Ärzt:in 1	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Andere:r Ärzt:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
MTRA	2	*(100%)*	24,05 (24,05)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	24,05 (24,05)
Pflegekraft	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Andere Fachkraft	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
3. CT	**(n* = 2)**			**(n = 0)**			**(n = 2)**		
Radiolog:in 1	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Radiolog:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Radiolog:in gesamt	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Andere:r Ärzt:in 1	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Andere:r Ärzt:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
MTRA	2	*(100%)*	24,05	0	0,0%	-	2	*(100%)*	24,05

CT/cCT ohne Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
			(24,05)						(24,05)
Pflegekraft	2	*(100%)*	12,02 (12,02)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	12,02 (12,02)
Andere Fachkraft	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.

**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte CT ohne Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 65: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „CT/CCt mit Narkose“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

CT/cCT mit Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. CT	**(n* = 4)**			**(n = 0)**			**(n = 4)**		
Radiolog:in 1	4	*(100%)*	19,81 (20,75)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	19,81 (20,75)
Radiolog:in 2	1	*(25,0%)*	20,75 (20,75)	0	0,0%	-	1	*(25,0%)*	20,75 (20,75)
Radiolog:in gesamt	4	*(100%)*	25,00 (20,75)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	25,00 (20,75)
Andere:r Ärzt:in 1	4	*(100%)*	19,81 (20,75)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	19,81 (20,75)
Andere:r Ärzt:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	4	*(100%)*	19,81 (20,75)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	19,81 (20,75)
MTRA	4	*(100%)*	44,81 (41,50)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	44,81 (41,50)
Pflegekraft	4	*(100%)*	30,19 (20,75)	0	0,0%	-	4	*(100%)*	30,19 (20,75)
Andere Fachkraft	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
2. CT	**(n* = 2)**			**(n = 0)**			**(n = 2)**		
Radiolog:in 1	2	*(100%)*	15,06 (15,06)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	15,06 (15,06)
Radiolog:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Radiolog:in gesamt	2	*(100%)*	15,06 (15,06)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	15,06 (15,06)
Andere:r Ärzt:in 1	2	*(100%)*	15,06 (15,06)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	15,06 (15,06)
Andere:r Ärzt:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-

CT/cCT mit Narkose									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**N**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in gesamt	2	*(100%)*	15,06 (15,06)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	15,06 (15,06)
MTRA	2	*(100%)*	30,13 (30,13)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	30,13 (30,13)
Pflegekraft	2	*(100%)*	15,06 (15,06)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	15,06 (15,06)
Andere Fachkraft	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
3. CT	**(n* = 2)**			**(n = 0)**			**(n = 2)**		
Radiolog:in 1	2	*(100%)*	11,25 (11,25)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	11,25 (11,25)
Radiolog:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Radiolog:in gesamt	2	*(100%)*	11,25 (11,25)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	11,25 (11,25)
Andere:r Ärzt:in 1	2	*(100%)*	11,25 (11,25)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	11,25 (11,25)
Andere:r Ärzt:in 2	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	2	*(100%)*	11,25 (11,25)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	11,25 (11,25)
MTRA	2	*(100%)*	22,50 (22,50)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	22,50 (22,50)
Pflegekraft	2	*(100%)*	11,25 (11,25)	0	0,0%	-	2	*(100%)*	11,25 (11,25)
Andere Fachkraft	0	*0,0%*	-	0	0,0%	-	0	*0,0%*	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.
DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.
**Alle Fälle, in denen das erste, zweite bzw. dritte CT mit Narkose durchgeführt wurde.*

Tabelle 66: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „RSS“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Röntgen-Skelett-Screening (RSS)									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 111)**			**Ambulant (n = 6)**			**Stationär (n = 105)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Radiolog:in 1	106	95,5%	36,36 (30,25)	6	100%	26,23 (13,81)	100	95,2%	36,97 (33,88)
Radiolog:in 2	67	60,4%	16,05 (15,13)	3	50,0%	12,46 (9,87)	64	61,0%	16,22 (15,13)
Radiolog:in gesamt	106	95,5%	46,51 (45,38)	6	100%	32,46 (17,44)	100	95,2%	47,35 (45,38)
Andere:r Ärzt:in 1	67	60,4%	20,64 (15,13)	2	33,3%	23,88 (23,88)	65	61,9%	20,54 (15,13)
Andere:r Ärzt:in 2	4	3,6%	13,81 (13,81)	0	0,0%	-	4	3,8%	13,81 (13,81)
Andere:r Ärzt:in gesamt	67	60,4%	21,46 (15,13)	2	33,3%	23,88 (23,88)	65	61,9%	21,39 (15,13)
MTRA	103	92,8%	41,34 (37,50)	6	100%	37,43 (33,56)	97	92,4%	41,58 (37,50)
Pflegekraft	91	82,0%	26,98 (15,13)	5	83,3%	21,95 (17,63)	86	81,9%	27,27 (15,13)
Andere Fachkraft	18	16,2%	20,92 (17,63)	1	16,7%	17,63 (17,63)	17	16,2%	21,12 (17,63)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie
**Alle Fälle, in denen ein RSS durchgeführt wurde.*

Tabelle 67: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weiteres Röntgen“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Weiteres Röntgen									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. Weiteres Röntgen	**(n* =54)**			**(n = 9)**			**(n = 45)**		
Radiolog:in 1	54	100%	11,39 (8,75)	9	100%	10,93 (8,75)	45	100%	11,48 (8,75)
Radiolog:in 2	30	55,6%	5,48 (5,00)	4	44,4%	5,15 (4,21)	26	57,8%	5,53 (5,00)
Radiolog:in gesamt	54	100%	14,43 (10,00)	9	100%	13,22 (15,00)	45	100%	14,67 (10,00)
Andere:r Ärzt:in 1	42	77,8%	6,79 (5,00)	7	77,8%	5,85 (5,00)	35	77,8%	6,98 (5,00)
Andere:r Ärzt:in 2	7	13,0%	6,07 (5,00)	0	0,0%	-	7	15,6%	6,07 (5,00)
Andere:r Ärzt:in gesamt	42	77,8%	7,80 (5,00)	7	1575,0%	5,85 (5,00)	35	77,8%	8,19 (8,75)
MTRA	52	96,3%	16,31 (15,00)	9	57,1%	17,14 (15,00)	43	95,6%	16,14 (15,00)
Pflegekraft	46	85,2%	11,02 (8,75)	5	55,6%	15,30 (10,28)	41	91,1%	10,50 (8,75)
Andere Fachkraft	5	9,3%	8,00 (8,75)	2	22,2%	6,87 (6,87)	3	6,7%	8,75 (8,75)
2. Weiteres Röntgen	**(n* =5)**			**(n =2)**			**(n =3)**		
Radiolog:in 1	5	(100%)	10,99 (8,75)	2	(100%)	8,75 (8,75)	3	(100%)	12,49 (13,71)
Radiolog:in 2	4	(80,0%)	6,48 (6,87)	1	(50,0%)	8,75 (8,75)	3	(100%)	5,73 (5,00)
Radiolog:in gesamt	5	(100%)	16,18 (17,50)	2	(100%)	13,12 (13,12)	3	(100%)	18,21 (17,50)

Weiteres Röntgen									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Andere:r Ärzt:in 1	3	(60,0%)	10,83 (8,75)	1	(50,0%)	8,75 (8,75)	2	(66,7%)	11,87 (11,87)
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	3	(60,0%)	10,83 (8,75)	1	(50,0%)	8,75 (8,75)	2	(66,7%)	11,87 (11,87)
MTRA	5	(100%)	20,80 (26,24)	2	(100%)	26,24 (26,24)	3	(100%)	17,18 (15,00)
Pflegekraft	5	(100%)	19,43 (26,24)	2	(100%)	26,24 (26,24)	3	(100%)	14,89 (15,00)
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
3. Weiteres Röntgen	**(n* =1)**			**(n =1)**			**(n =0)**		
Radiolog:in 1	1	(100%)	8,75 (8,75)	1	(100%)	8,75 (8,75)	0	0,0%	-
Radiolog:in 2	0	0,0%	/	0	0,0%		0	0,0%	-
Radiolog:in gesamt	1	(100%)	8,75 (8,75)	1	(100%)	8,75 (8,75)	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 1	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in 2	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Andere:r Ärzt:in gesamt	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
MTRA	1	(100%)	26,24 (26,24)	1	(100%)	26,24 (26,24)	0	0,0%	-
Pflegekraft	1	(100%)	26,24 (26,24)	1	(100%)	26,24 (26,24)	0	0,0%	-
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

Prozentwerte, die sich auf eine Fallzahl von ≤5 Fällen beziehen, werden in kursiv und in Klammern dargestellt.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; MTRA: medizinisch-technische Assistenz der Radiologie.

**Alle Fälle, in denen ein, zwei bzw. drei weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt wurden.*

Tabelle 68: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Sonographie“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Sonographie									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. Sonographie	**(n* = 844)**			**(n = 85)**			**(n = 759)**		
Ärzt:in 1	843	99,9%	21,61 (18,00)	85	100%	18,15 (18,00)	758	99,9%	22,00 (18,00)
Ärzt:in 2	505	59,8%	7,07 (5,75)	35	41,2%	8,00 (4,50)	470	61,9%	7,00 (5,75)
Ärzt:in gesamt	843	99,9%	25,85 (22,50)	85	100%	21,45 (18,00)	758	99,9%	26,34 (22,50)
Pflegekraft	561	66,5%	18,22 (17,25)	29	34,1%	14,94 (13,50)	532	70,1%	18,40 (17,25)
Andere Fachkraft	17	2,0%	17,18 (17,25)	4	4,7%	11,75 (13,31)	13	1,7%	18,85 (17,25)
2. Sonographie	**(n* = 351)**			**(n = 16)**			**(n = 335)**		
Ärzt:in 1	349	99,4%	18,85 (18,00)	16	100%	18,43 (18,00)	333	99,4%	18,87 (18,00)
Ärzt:in 2	249	70,9%	5,98 (5,75)	13	81,3%	8,93 (5,75)	236	70,4%	5,82 (5,75)
Ärzt:in gesamt	351	100%	22,98 (22,50)	16	100%	25,69 (22,50)	335	100%	22,85 (22,50)
Pflegekraft	250	71,2%	15,17 (17,25)	9	56,3%	15,86 (17,25)	241	71,9%	15,15 (17,25)
Andere Fachkraft	10	2,8%	19,60 (17,25)	0	0,0%	-	10	3,0%	19,60 (17,25)
3. Sonographie	**(n* = 138)**			**(n = 0)**			**(n = 138)**		
Ärzt:in 1	137	99,3%	18,94 (18,00)	0	0,0%	-	137	99,3%	18,94 (18,00)
Ärzt:in 2	99	71,7%	5,87	0	0,0%	-	99	71,7%	5,87

Sonographie									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
			(5,75)						(5,75)
Ärzt:in gesamt	138	100%	23,01 (22,50)	0	0,0%	-	138	100%	23,01 (22,50)
Pflegekraft	106	76,8%	15,35 (17,25)	0	0,0%	-	106	76,8%	15,35 (17,25)
Andere Fachkraft	5	3,6%	23,69 (27,99)	0	0,0%	-	5	3,6%	23,69 (27,99)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle, in denen eine erste, zweite bzw. dritte Sonographie durchgeführt wurden.*

Tabelle 69: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Spurensicherung" nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Spurensicherung														
Beteiligung EP	**Gesamt**				**Ambulant**					**Stationär**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt****
1. Spurensicherung	**(n* = 296)**				**(n = 217)**					**(n = 79)**				
Ärzt:in	276	93,2%	15,14 (9,23)	18,62 (9,23)	209	96,3%	12,99 (9,23)	21 (9,7%)	14,98 (9,23)	67	84,8%	21,84 (9,23)	14 (17,7%)	29,95 (18,46)
Pflegekraft	224	75,7%	14,33 (9,23)	14,64 (9,23)	159	73,3%	11,30 (9,23)	1 (0,5%)	11,36 (9,23)	65	82,3%	21,74 (9,23)	3 (3,8%)	22,64 (18,46)
Andere Fachkraft	35	11,8%	24,32 (20,00)	n.e.	30	13,8%	23,31 (20,00)	n.e.	n.e.	5	6,3%	30,38 (30,50)	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.
2. Spurensicherung	**(n* = 21)**				**(n = 12)**					**(n = 9)**				
Ärzt:in	17	81,0%	12,40 (9,23)	13,21 (9,23)	11	91,7%	13,15 (9,23)	2 (16,7%)	14,41 (13,85)	6	66,7%	11,03 (9,23)	0 (0,0%)	11,03 (9,23)

Spurensicherung														
Beteiligung EP	**Gesamt**				**Ambulant**					**Stationär**				
	n	**%**	**DD**	**DD Gesamt** ***	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt** ***	**n**	**%**	**DD**	**n (%) mit > 1 Person**	**DD Gesamt** ***
Pflegekraft	14	66,7%	19,01 (9,23)	19,01 (9,23)	6	50,0%	11,03 (9,23)	0 (0,0%)	11,03 (9,23)	8	88,9%	25,00 (9,23)	0 (0,0%)	25,00 (9,23)
Andere Fachkraft	3	14,3%	20,00 (20,00)	n.e.	3	25,0%	20,00 (20,00)	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.
3. Spurensicherung	**(n* = 6)**				**(n = 5)**					**(n = 1)**				
Ärzt:in	6	100%	12,82 (9,23)	15,13 (16,15)	5	100%	13,54 (9,23)	2 (40,0%)	16,31 (18,46)	1	100%	9,23 (9,23)	0 (0,0%)	9,23 (9,23)
Pflegekraft	3	50,0%	9,23 (9,23)	9,23 (9,23)	2	40,0%	9,23 (9,23)	0 (0,0%)	9,23 (9,23)	1	100%	9,23 (9,23)	0 (0,0%)	9,23 (9,23)
Andere Fachkraft	1	16,7%	20,00 (20,00)	n.e.	1	20,0%	20,00 (20,00)	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.
Keine Angabe	0	0,0%	-	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.	0	0,0%	-	n.e.	n.e.

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik); EP: Erprobungsphase; n.e.: nicht erfasst.
**Alle Fälle, in denen eine erste, zweite bzw. dritte Spurensicherung durchgeführt wurden.*

Tabelle 70: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Labor“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Labor									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 1.632)**			**Ambulant (n = 175)**			**Stationär (n = 1.457)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	1.565	95,9%	16,49 (15,00)	171	97,7%	14,69 (15,00)	1.394	95,7%	16,71 (15,00)
Pflegekraft	1.491	91,4%	16,67 (15,00)	140	80,0%	15,27 (15,00)	1.351	92,7%	16,82 (15,00)
Andere Fachkraft	47	2,9%	18,66 (15,00)	6	3,4%	19,39 (19,39)	41	2,8%	18,55 (15,00)
Keine Angabe	2	0,1%	11,46 (11,46)	0	0,0%	-	2	0,1%	11,46 (11,46)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle, in denen eine Laboruntersuchung durchgeführt wurden.*

Tabelle 71: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weitere Untersuchungen (Konsile)“ nach Fachrichtung - Erprobungsphase

Weitere Untersuchungen (Konsile)									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 963)**			**Ambulant (n = 170)**			**Stationär (n = 793)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Psychologie	246	25,5%	61,67 (61,67)	33	19,4%	61,67 (61,67)	213	26,9%	61,67 (61,67)
Kinderchirurgie	225	23,4%	77,00 (77,00)	62	36,5%	77,00 (77,00)	163	20,6%	77,00 (77,00)
Augenheilkunde	141	14,6%	92,00 (92,00)	3	1,8%	92,00 (92,00)	138	17,4%	92,00 (92,00)
Gynäkologie	95	9,9%	63,00 (63,00)	27	15,9%	63,00 (63,00)	68	8,6%	63,00 (63,00)
HNO	121	12,6%	71,00 (71,00)	1	0,6%	71,00 (71,00)	120	15,1%	71,00 (71,00)
Rechtsmedizin	27	2,8%	66,25 (66,25)	0	0,0%	-	27	3,4%	66,25 (66,25)
Zahnheilkunde	8	0,8%	88,33 (88,33)	2	1,2%	88,33 (88,33)	6	0,8%	88,33 (88,33)
Unfallchirurgie	6	0,6%	46,67 (46,67)	0	0,0%	-	6	0,8%	46,67 (46,67)
Andere	357	37,1%	70,74 (70,74)	61	35,9%	70,74 (70,74)	296	37,3%	70,74 (70,74)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], die auf Basis der Interviews zugrunde gelegt wurde, wobei es keine Unterscheidung für den ambulanten und stationären Bereich gibt (siehe Methodik); EP: Erprobungsphase; HNO: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.
**Alle Fälle, in denen ein Konsil durchgeführt wurde.*

Tabelle 72: Häufigkeit der weiteren Untersuchungen unter Einbezug des Standortes - Erprobungsphase

Weitere Untersuchungen (Konsile)				
Beteiligung EP		**Gesamt**	**Ambulant**	**Stationär**
		n	**n**	**n**
Psychologie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	12	3	9
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	2	2	-
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	20	4	16
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	2	-	2
	Gesamt	**36**	**9**	**27**
Kinderchirurgie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	45	0	45
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	2	0	2
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	10	4	6
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (Arzt)	2	0	2
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	3	3	0
	Außerhalb des Standorts Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Gesamt	**64**	**7**	**57**
Augenheilkunde	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	39	0	39
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	6	2	4
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	5	0	5
	Gesamt	**51**	**2**	**49**
Gynäkologie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	23	1	22
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	7	3	4
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	8	6	2
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	3	1	2

Weitere Untersuchungen (Konsile)				
Beteiligung EP		**Gesamt**	**Ambulant**	**Stationär**
		n	**n**	**n**
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	2	1	1
	Gesamt	**43**	**12**	**31**
HNO	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	12	0	12
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	2	0	2
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	1	0	1
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (Arzt)	1	0	1
	Gesamt	**17**	**0**	**17**
Rechtsmedizin	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	3	0	3
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	4	0	4
	Außerhalb des Standorts Begleitung nicht dokumentiert	3	0	3
	Gesamt	**10**	**0**	**10**
Zahnheilkunde	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	1
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	3	1	2
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	1	1	0
	Gesamt	**5**	**2**	**4**
Unfallchirurgie	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	4	0	4
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (Arzt)	1	0	1
	Gesamt	**5**	**0**	**5**
Andere	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	39	2	37
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung mit Begleitung (Arzt)	6	1	5
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung ohne fachliche Begleitung	49	21	28
	Innerhalb des Standorts, aber in anderer Fachabteilung Begleitung nicht dokumentiert	5	0	5
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (nichtärztliche Mitarbeiter)	1	0	4

Weitere Untersuchungen (Konsile)				
Beteiligung EP		**Gesamt**	**Ambulant**	**Stationär**
		n	**n**	**n**
	Außerhalb des Standorts mit Begleitung (Arzt)	1	0	4
	Außerhalb des Standorts ohne fachliche Begleitung	5	1	4
	Außerhalb des Standorts Begleitung nicht dokumentiert	4	0	4
	Gesamt	**110**	**25**	**85**

EP: Erprobungsphase; HNO: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Tabelle 73: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Koordinations- und Organisationsaufwand diagnostischer Verfahren" nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Koordinations-/Organisationsaufwand diagnostische Verfahren									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 2.252)**			**Ambulant (n = 966)**			**Stationär (n = 1.286)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	1.935	85,9%	11,91 (7,50)	814	84,3%	9,73 (7,50)	1.121	87,2%	13,49 (7,50)
Pflegekraft	550	24,4%	14,67 (15,00)	132	13,7%	12,87 (15,00)	418	32,5%	15,23 (15,00)
Administration	1.488	66,1%	9,23 (5,00)	703	72,8%	8,21 (5,00)	785	61,0%	10,14 (5,00)
Andere Fachkraft	193	8,6%	17,95 (15,00)	51	5,3%	16,09 (15,00)	142	11,0%	18,62 (15,00)
Keine Angabe	8	0,4%	13,75 (13,75)	1	0,1%	13,75 (13,75)	7	0,5%	13,75 (13,75)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle, in denen Koordinations- und Organisationsaufwand für diagnostische Verfahren angefallen ist.*

Tabelle 74: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Interner fachlicher Austausch									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 3.146)**			**Ambulant (n = 1.265)**			**Stationär (n = 1.881)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	3.117	99,1%	31,99 (30,00)	1.259	99,5%	28,00 (30,00)	1.858	98,8%	34,70 (30,00)
Pflegekraft	1.341	42,6%	22,61 (15,00)	345	27,3%	14,80 (15,00)	996	53,0%	25,31 (15,00)
Psycholog:in	1.900	60,4%	20,02 (15,00)	836	66,1%	19,15 (15,00)	1.064	56,6%	20,71 (15,00)
Sozialdienst	1.000	31,8%	20,54 (15,00)	210	16,6%	17,22 (15,00)	790	42,0%	21,42 (15,00)
Nichtmedizinische Fachkraft	310	9,9%	20,38 (15,00)	114	9,0%	19,00 (15,00)	196	10,4%	21,19 (15,00)
Keine Angabe	10	0,3%	5,00 (5,00)	2	0,2%	5,00 (5,00)	8	0,4%	5,00 (5,00)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit internem fachlichem Austausch.*

Tabelle 75: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
1. Besprechung	**(n* = 2.312)**			**(n = 909)**			**(n = 1.403)**		
Ärzt:in	2.225	96,2%	23,64 (30,50)	872	95,9%	20,81 (10,00)	1.353	96,4%	25,46 (30,50)
Pflegekraft	1.336	57,8%	26,48 (30,50)	420	46,2%	24,20 (30,50)	916	65,3%	27,53 (30,50)
Psycholog:in	1.955	84,6%	23,81 (30,50)	768	84,5%	21,46 (20,25)	1.187	84,6%	25,32 (30,50)
Sozialdienst	1.431	61,9%	26,12 (30,50)	488	53,7%	24,35 (30,50)	943	67,2%	27,04 (30,50)
Anderes Unitpersonal	877	37,9%	26,00 (30,50)	306	33,7%	27,28 (30,50)	571	40,7%	25,31 (30,50)
Keine Angabe	17	0,7%	13,59 (10,00)	1	0,1%	10,00 (10,00)	16	1,1%	13,81 (10,00)
2. Besprechung	**(n* = 725)**			**(n = 289)**			**(n = 436)**		
Ärzt:in	633	87,3%	22,02 (10,00)	227	78,5%	17,69 (10,00)	406	93,1%	24,44 (10,00)
Pflegekraft	222	30,6%	29,34 (30,50)	59	20,4%	20,40 (10,00)	163	37,4%	32,58 (30,50)
Psycholog:in	434	59,9%	24,46 (10,00)	189	65,4%	19,24 (10,00)	245	56,2%	28,49 (30,50)
Sozialdienst	233	32,1%	29,03 (30,50)	75	26,0%	19,54 (10,00)	158	36,2%	33,54 (30,50)
Anderes Unitpersonal	279	38,5%	20,89 (10,00)	96	33,2%	16,82 (10,00)	183	42,0%	23,02 (10,00)
Keine Angabe	2	0,3%	20,25 (20,25)	0	0,0%	-	2	0,5%	20,25 (20,25)

(zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung									
Beteiligung EP	**Gesamt**			**Ambulant**			**Stationär**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
3. Besprechung	**(n* = 289)**			**(n = 103)**			**(n = 186)**		
Ärzt:in	256	88,6%	21,64 (10,00)	89	86,4%	16,43 (10,00)	167	89,8%	24,43 (10,00)
Pflegekraft	68	23,5%	31,23 (30,50)	6	5,8%	27,08 (30,50)	62	33,3%	31,63 (30,50)
Psycholog:in	148	51,2%	26,11 (10,00)	48	46,6%	20,64 (10,00)	100	53,8%	28,74 (30,50)
Sozialdienst	67	23,2%	30,10 (30,50)	12	11,7%	20,25 (20,25)	55	29,6%	32,25 (30,50)
Anderes Unitpersonal	96	33,2%	20,23 (10,00)	14	13,6%	23,11 (20,25)	82	44,1%	19,74 (10,00)
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
4. Besprechung	**(n* = 104)**			**(n = 17)**			**(n = 87)**		
Ärzt:in	95	91,3%	28,76 (10,00)	16	94,1%	16,38 (10,00)	79	90,8%	31,27 (30,50)
Pflegekraft	28	26,9%	33,02 (30,50)	1	5,9%	50,50 (50,50)	27	31,0%	32,37 (30,50)
Psycholog:in	59	56,7%	35,31 (30,50)	9	52,9%	19,06 (10,00)	50	57,5%	38,23 (30,50)
Sozialdienst	22	21,2%	31,66 (20,25)	1	5,9%	50,50 (50,50)	21	24,1%	30,76 (10,00)
Anderes Unitpersonal	28	26,9%	24,71 (10,00)	3	17,6%	30,33 (30,50)	25	28,7%	24,04 (10,00)
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.

**Alle Fälle mit einer ersten, zweiten, dritten bzw. vierten (zusätzlichen) interprofessionellen fallspezifischen Besprechung.*

Tabelle 76: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Anonymisierte Fallberatung“ nach Berufsgruppen – Erprobungsphase

Anonymisierte Fallberatung									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 266)**			**Ambulant (n = 116)**			**Stationär (n = 150)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	261	98,1%	33,78 (35,00)	116	100%	32,36 (35,00)	145	96,7%	34,92 (35,00)
Psycholog:in	35	13,2%	22,03 (15,00)	12	10,3%	20,69 (15,00)	23	15,3%	22,73 (15,00)
Sozialdienst	27	10,2%	23,06 (22,50)	9	7,8%	24,17 (22,50)	18	12,0%	22,50 (22,50)
Andere Fachkraft	22	8,3%	18,80 (15,00)	6	5,2%	18,50 (15,00)	16	10,7%	18,91 (15,00)
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit anonymisierten Fallberatungen.*

Tabelle 77: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Fallspezifischer Austausch mit dem Jugendamt									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 1.997)**			**Ambulant (n = 826)**			**Stationär (n = 1.171)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	1.364	68,3%	33,44 (23,14)	673	81,5%	28,46 (23,14)	691	59,0%	38,29 (40,00)
Psycholog:in	653	32,7%	24,84 (20,00)	366	44,3%	20,59 (20,00)	287	24,5%	30,27 (30,50)
Sozialdienst	590	29,5%	55,69 (40,00)	102	12,3%	31,72 (22,50)	488	41,7%	60,70 (40,00)
Andere Fachkraft	141	7,1%	22,59 (20,00)	44	5,3%	14,58 (10,00)	97	8,3%	26,23 (20,00)
Keine Angabe	7	0,4%	70,00 (70,00)	1	0,1%	70,00 (70,00)	6	0,5%	70,00 (70,00)

Anhang 2: Ausführliche Darstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation, MeKidS.units

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit fallspezifischem Austausch mit dem Jugendamt.*

Tabelle 78: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 870)**			**Ambulant (n = 296)**			**Stationär (n = 574)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	778	89,4%	29,96 (22,87)	282	95,3%	26,81 (22,87)	496	86,4%	31,74 (22,87)
Psycholog:in	62	7,1%	24,96 (15,00)	19	6,4%	21,34 (15,00)	43	7,5%	26,56 (15,00)
Sozialdienst	89	10,2%	67,79 (55,67)	14	4,7%	57,36 (55,67)	75	13,1%	69,74 (55,67)
Andere Fachkraft	35	4,0%	29,16 (20,00)	8	2,7%	25,00 (20,00)	27	4,7%	30,39 (20,00)
Keine Angabe	1	0,1%	52,50 (52,50)	0	0,0%	-	1	0,2%	52,50 (52,50)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.

**Alle Fälle mit einem Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen.*

Tabelle 79: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „zusätzliche Kontakte zu nichtmedizinischen Einrichtungen/Behörden (außer dem Jugendamt)“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

zusätzliche Kontakte zu nichtmed. Einrichtungen/Behörden (außer JA)									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 513)**			**Ambulant (n = 191)**			**Stationär (n = 322)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	314	61,2%	22,07 (15,00)	145	75,9%	18,40 (15,00)	169	52,5%	25,22 (25,50)
Pflegekraft	25	4,9%	25,16 (15,00)	12	6,3%	15,00 (15,00)	13	4,0%	34,54 (45,50)
Psycholog:in	113	22,0%	24,45 (15,00)	60	31,4%	20,44 (15,00)	53	16,5%	28,99 (25,00)
Sozialdienst	170	33,1%	28,28 (25,00)	21	11,0%	17,95 (15,00)	149	46,3%	29,74 (25,00)
Andere Fachkraft	42	8,2%	18,64 (15,00)	21	11,0%	18,88 (15,00)	21	6,5%	18,40 (15,00)
Keine Angabe	4	0,8%	26,80 (26,80)	1	0,5%	26,80 (26,80)	3	0,9%	26,80 (26,80)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase; JA: Jugendamt.
**Alle Fälle mit zusätzlichem Kontakt zu nichtmed. Einrichtungen/Behörden (außer JA).*

Tabelle 80: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Arztbriefe“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Arztbriefe									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 3.270)**			**Ambulant (n = 1.471)**			**Stationär (n = 1.799)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	3.175	97,1%	43,93 (35,00)	1.413	96,1%	44,05 (35,00)	1.762	97,9%	43,83 (35,00)
Psycholog:in	828	25,3%	44,51 (40,00)	494	33,6%	50,04 (40,00)	334	18,6%	36,33 (40,00)
Sozialdienst	122	3,7%	47,76 (65,50)	75	5,1%	57,55 (65,50)	47	2,6%	32,15 (15,00)
Andere Fachkraft	834	25,5%	34,71 (15,00)	560	38,1%	37,32 (15,00)	274	15,2%	29,40 (15,00)
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit Arztbrief.*

Tabelle 81: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Fallspezifische Dokumentation“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Fallspezifische Dokumentation									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 2.732)**			**Ambulant (n = 1.224)**			**Stationär (n = 1.508)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	1.927	70,5%	25,56 (22,50)	1.016	83,0%	21,62 (22,50)	911	60,4%	29,95 (22,50)
Pflegekraft	518	19,0%	21,36 (22,50)	244	19,9%	18,09 (12,68)	274	18,2%	24,27 (22,50)
Psycholog:in	1.061	38,8%	25,93 (22,50)	408	33,3%	21,05 (22,50)	653	43,3%	28,98 (22,50)
Sozialdienst	581	21,3%	32,22 (30,00)	129	10,5%	25,79 (12,36)	452	30,0%	34,06 (30,00)
Andere Fachkraft	513	18,8%	13,83 (7,50)	93	7,6%	18,02 (22,50)	420	27,9%	12,90 (7,50)
Keine Angabe	2	0,1%	42,50 (42,50)	1	0,1%	42,50 (42,50)	1	0,1%	42,50 (42,50)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit fallspezifischer Dokumentation.*

Tabelle 82: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 1.888)**			**Ambulant (n = 842)**			**Stationär (n = 1.046)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	1.570	83,2%	11,74 (7,50)	746	88,6%	9,63 (7,50)	824	78,8%	13,65 (7,50)
Pflegekraft	322	17,1%	20,40 (15,00)	90	10,7%	16,39 (15,00)	232	22,2%	21,96 (15,00)
Psycholog:in	229	12,1%	14,46 (10,00)	90	10,7%	12,13 (10,00)	139	13,3%	15,96 (10,00)
Sozialdienst	294	15,6%	30,62 (15,00)	23	2,7%	19,35 (15,00)	271	25,9%	31,57 (15,00)
Administration	1.177	62,3%	19,46 (20,50)	581	69,0%	18,03 (20,50)	596	57,0%	20,86 (20,50)
Andere Fachkraft	71	3,8%	18,00 (20,50)	23	2,7%	16,37 (20,50)	48	4,6%	18,78 (20,50)
Keine Angabe	4	0,2%	13,75 (13,75)	0	0,0%	-	4	0,4%	13,75 (13,75)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit zusätzlichen Koordinations- und Organisationsaufgaben.*

Tabelle 83: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Weiterer interner Austausch“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Weiterer interner Austausch									
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 942)**			**Ambulant (n = 423)**			**Stationär (n = 519)**		
	n	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**	**n**	**%**	**DD**
Ärzt:in	905	96,1%	15,56 (10,00)	412	97,4%	13,61 (10,00)	493	95,0%	17,19 (10,00)
Pflegekraft	226	24,0%	16,85 (10,00)	31	7,3%	10,05 (10,00)	195	37,6%	17,93 (10,00)
Psycholog:in	355	37,7%	17,71 (10,00)	124	29,3%	15,71 (10,00)	231	44,5%	18,78 (10,00)
Sozialdienst	273	29,0%	19,48 (20,50)	44	10,4%	16,15 (10,00)	229	44,1%	20,12 (20,50)
Andere Fachkraft	0	0,0%	-	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Keine Angabe	6	0,6%	5,00 (5,00)	0	0,0%	-	6	1,2%	5,00 (5,00)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit weiterem internem Austausch.*

Tabelle 84: Zeitverbräuche der Kostenkomponente „Tag der Entlassung“ nach Berufsgruppen - Erprobungsphase

Tag der Entlassung			
Beteiligung EP	**Gesamt (n* = 575)**		
	n	**%**	**DD**
Ärzt:in	537	93,4%	18,44 (20,50)
Pflegekraft	177	30,8%	21,30 (20,50)
Psycholog:in	46	8,0%	24,46 (20,50)
Sozialdienst	112	19,5%	25,45 (20,00)
Andere Fachkraft	12	2,1%	25,38 (20,50)
Keine Angabe	1	0,2%	27,00 (27,00)

DD: Durchschnittliche Dauer in Minuten [Mittelwert (Median)], siehe Methodik; EP: Erprobungsphase.
**Alle Fälle mit zusätzlichen Gesprächen am Tag der Entlassung (betrifft nur stationäre Fälle*

Anhang 3: 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 3: 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	<u>Mögliche Varianten:</u> 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 3: 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: Übersicht über das Rechte- u. Rollenkonzept von MeKidS.support

Anlage 1: Übersicht über das Rechte- u. Rollenkonzept von MeKidS.support

Rolle	Fälle erstellen / bearbeiten /abschließen	Verwaltung der Zugänge der eigenen Organisation	Anonymisierte Ansicht auf einen freigegebenen Fall	Nutzung der Konsil-Funktion zwischen ärztlichem Fachpersonal ↔ KKG	Verwaltung sämtlicher Zugänge	Administration der Anwendung
Ärztliches Fachpersonal	X			X		
Admin-Arzt	X	X		X		
Admin					X	X
KKG			X	X		

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

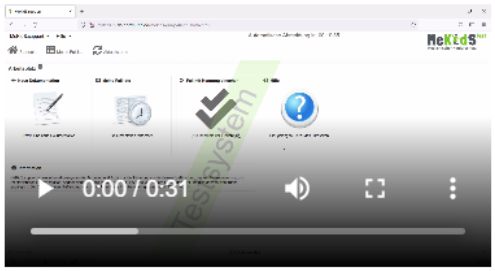
Mail: support-tool@mekids-best.de

Schulungsvideos:

▸ Einführungsvideo

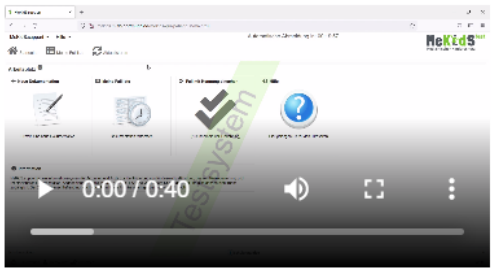


▸ Neue Dokumentation erstellen

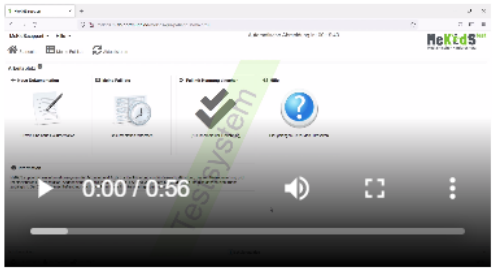


Wiki:

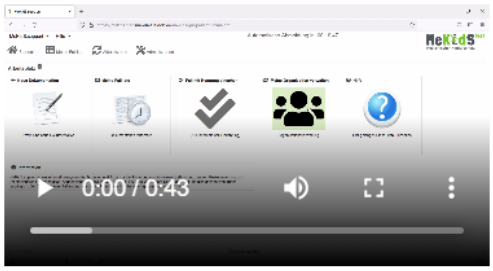
▶ Folgedokumentation erstellen



▶ Fall mit Kennung einsehen



▶ Zugänge für Teammitglieder erstellen(nur Unit-Admins).



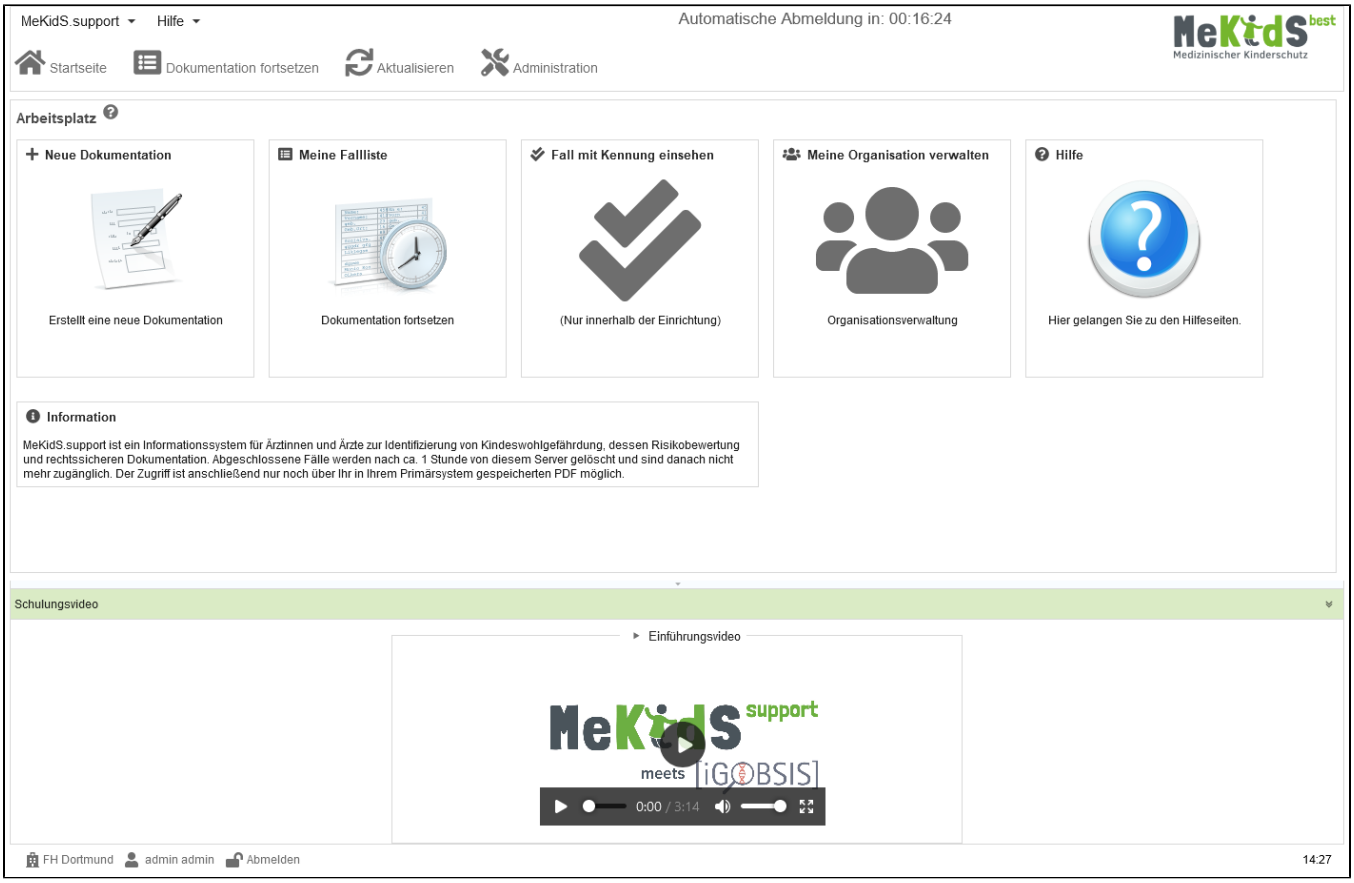
Dokumentationsmasken

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

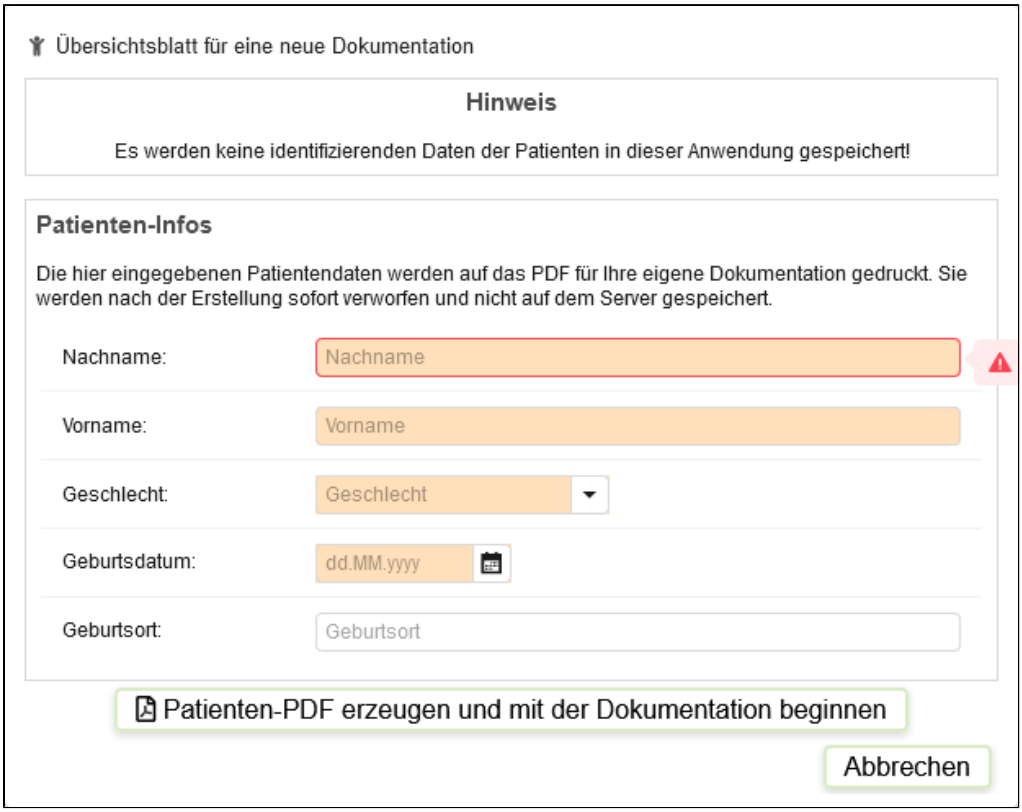
Wählt man "Neue Dokumentation" auf der Startseite, erscheint folgendes Pop-Up-Fenster:



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:



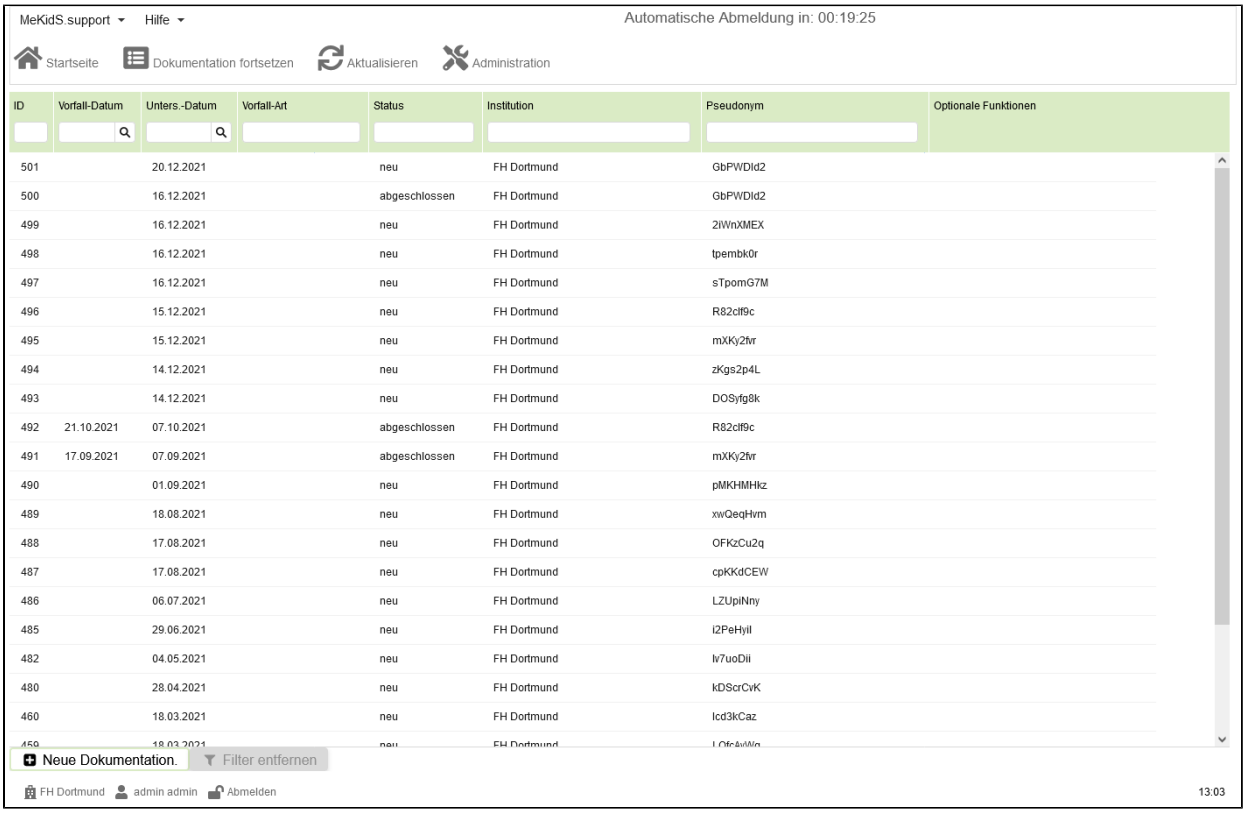
Wenn Sie die Informationen gelesen haben und mit Klicken der Checkbox bestätigen, dass Sie das PDF heruntergeladen und hinterlegt haben, können Sie auf "Falldokumentation beginnen" klicken und mit der Dokumentation starten.

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

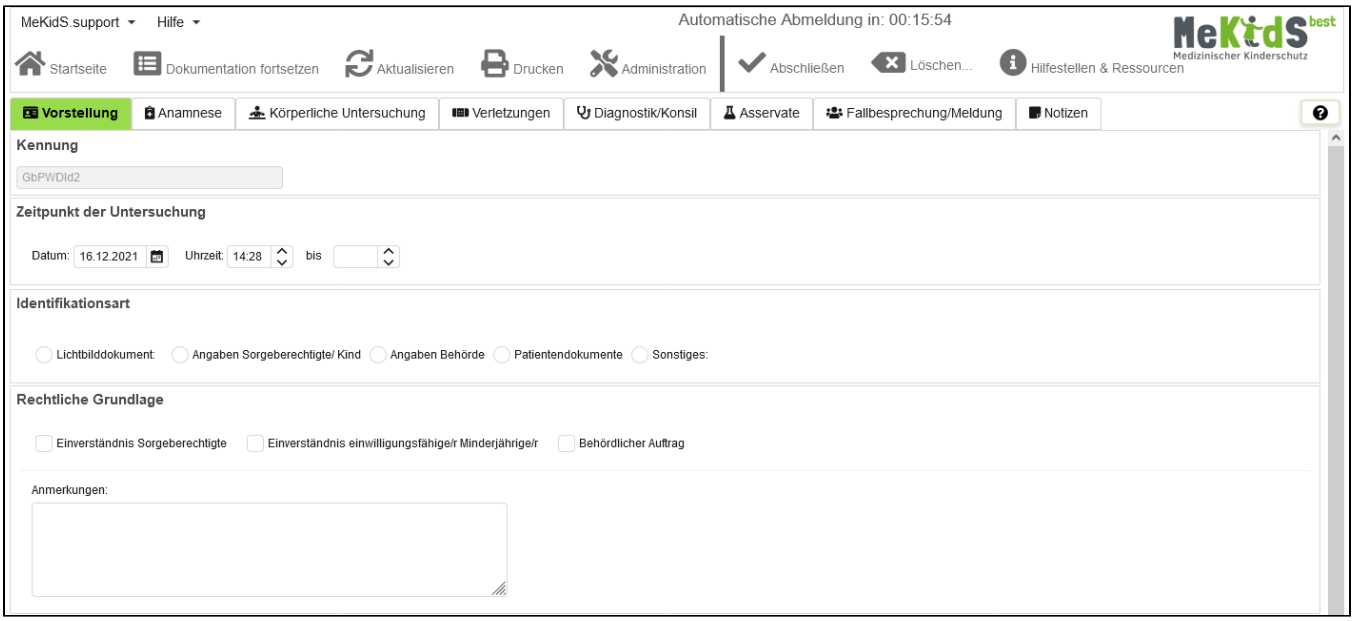
"Vorstellung" ist der erste Reiter und somit der Startpunkt der Dokumentationsmasken. Sie gelangen hierhin, wenn Sie einen neuen Fall gestartet haben, eine offene Dokumentation fortsetzen wollen oder einen offenen Fall eines anderen Nutzers Ihrer Organisation einsehen wollen. Folgende Felder können Sie 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:

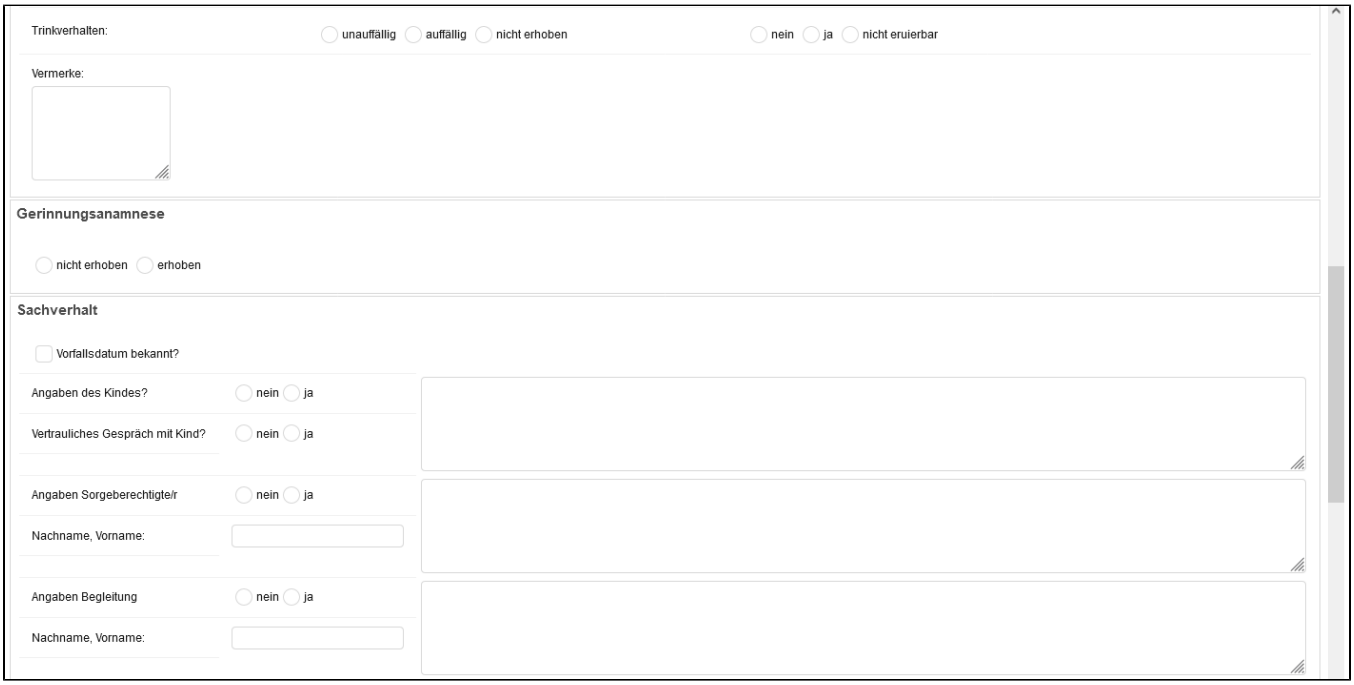
- Als erstes befindet sich ganz oben der Bereich der allgemeinen Anamnese. Hier können Sie Angaben zu U-Untersuchungen, Impfungen, Vorerkrankungen, früheren Verletzungen oder einem früheren Abklärungsbedarf hinsichtlich Kindeswohlgefährdung machen. Sie können ganz rechts auch eigene Anmerkungen schreiben, 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.

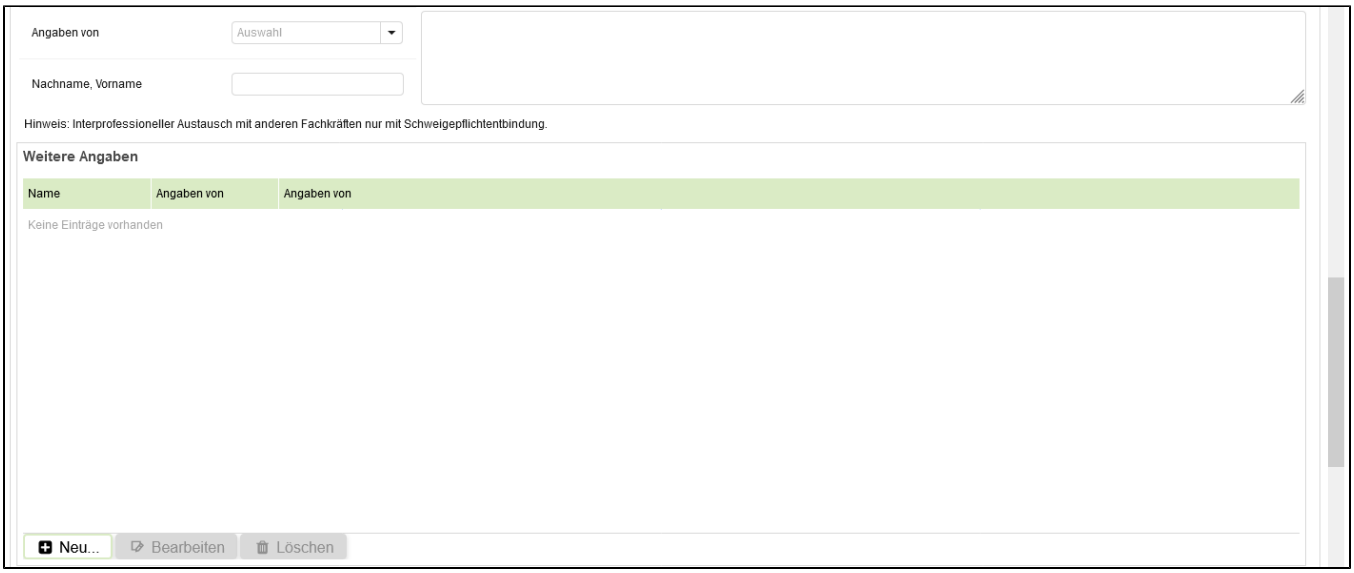
Navigation in diese Maske

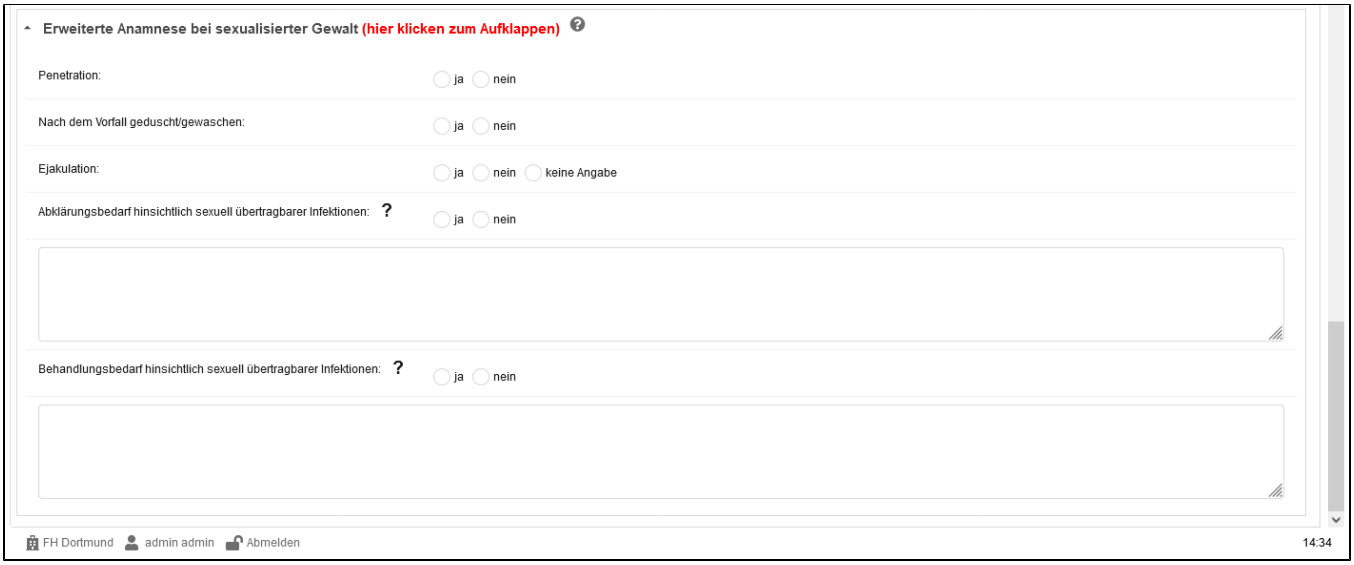
Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den zweiten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

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

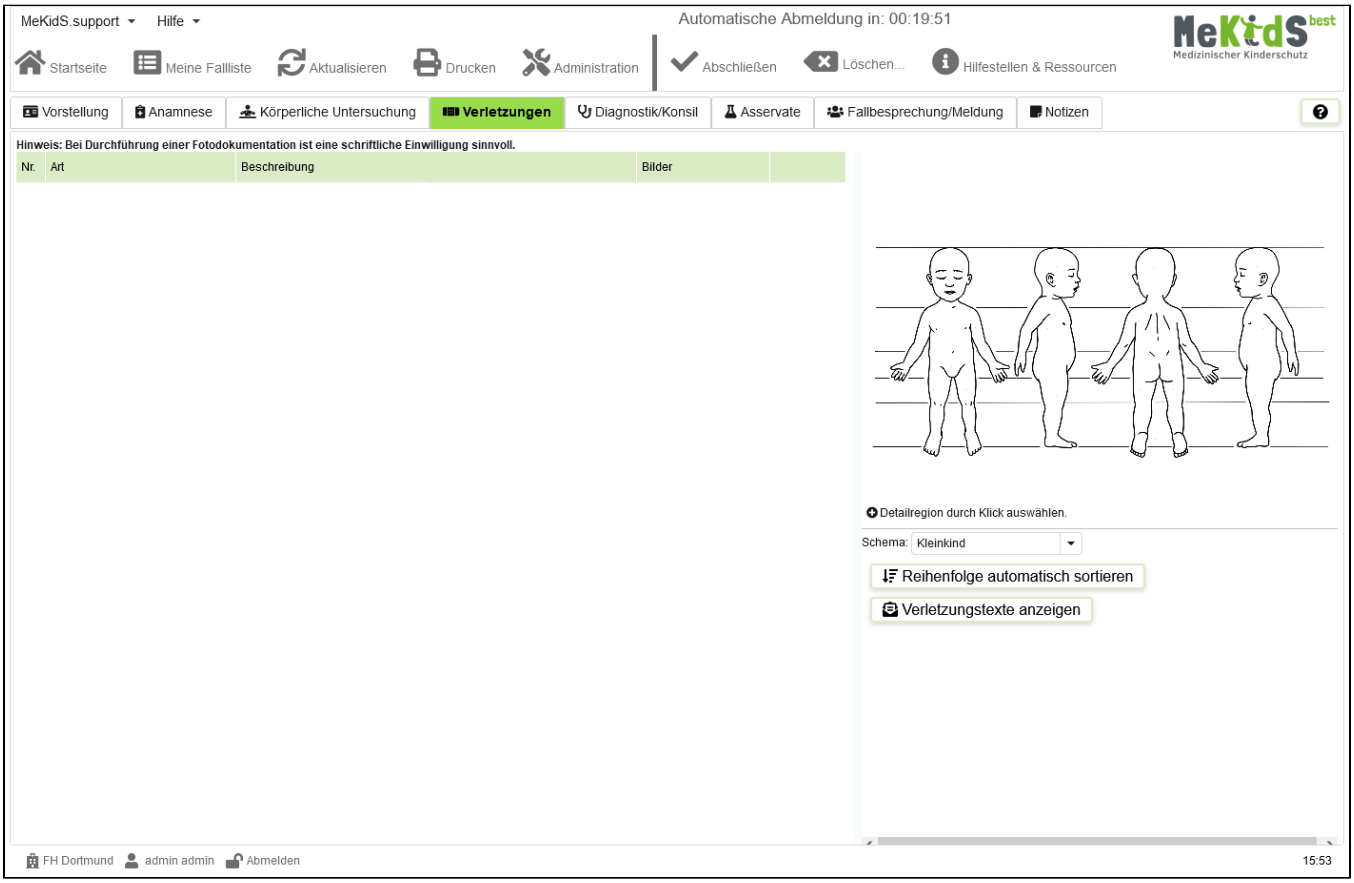
Kopfumfang	Zahlenfeld	Angabe der Kopfumfang in cm
Ernährung		
Ernährung	Radiobutton	Hier können Sie angeben, ob die Ernährung unauffällig oder auffällig ist. Bei "auffällig" können Sie zusätzlich angeben, ob das Kind eine Gedeihstörung, Übergewicht oder Untergewicht hat und in einem Textfeld dies zusätzlich 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.

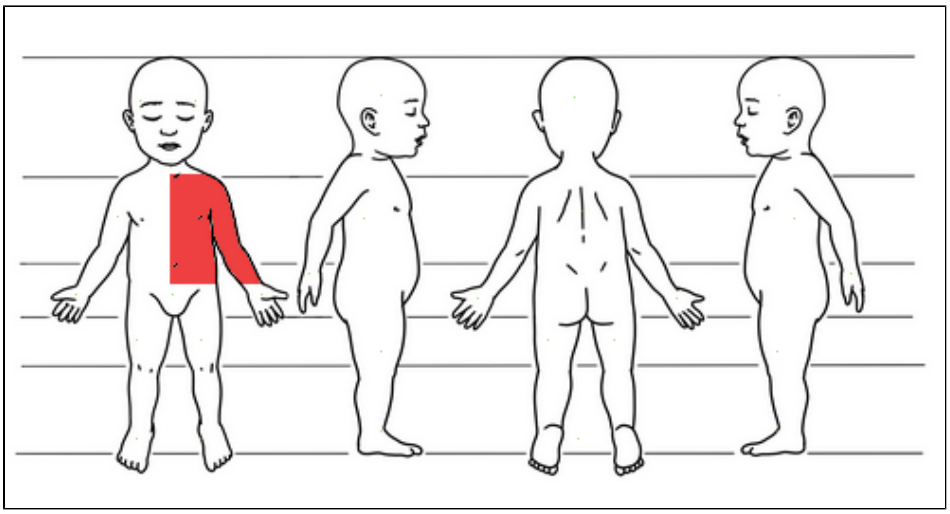
Navigation in diese Maske

Befindet man sich in einer offenen Dokumentation, muss man auf den vierten Reiter klicken, um auf diese Seite zu gelangen.

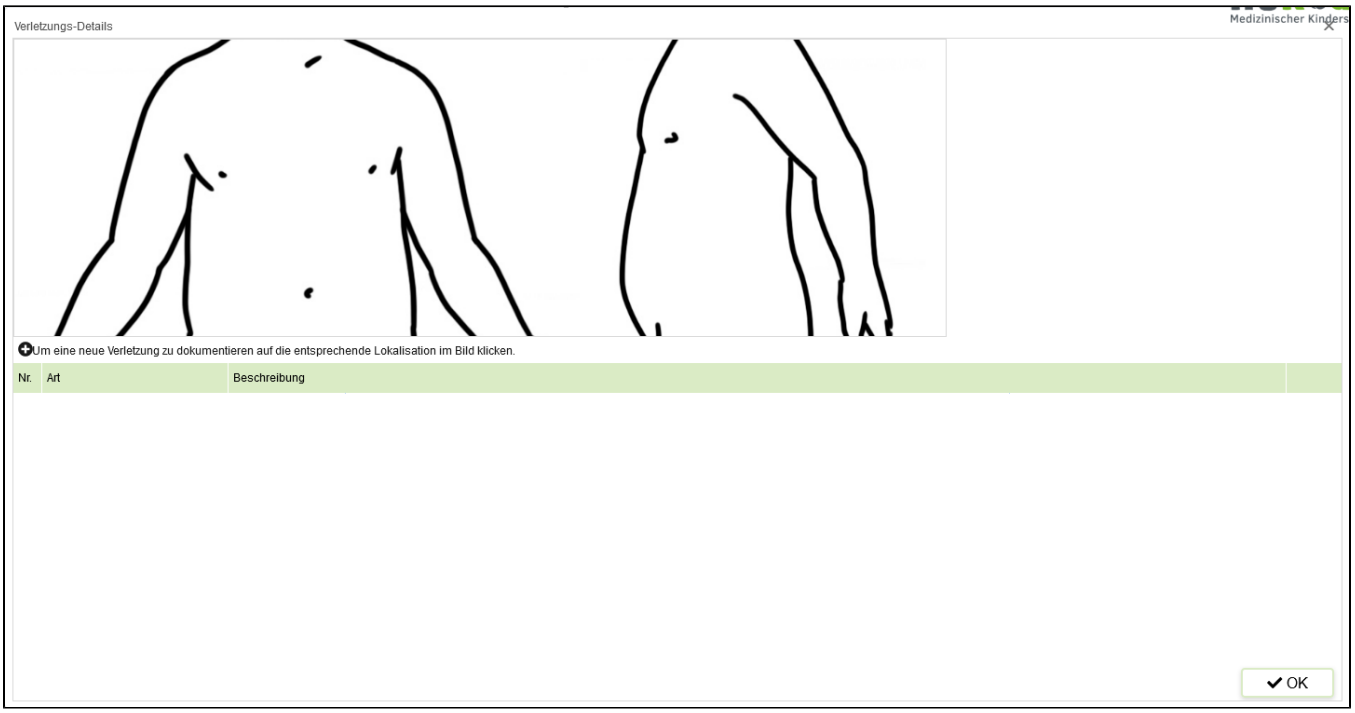


Dokumentation von Verletzungen

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.



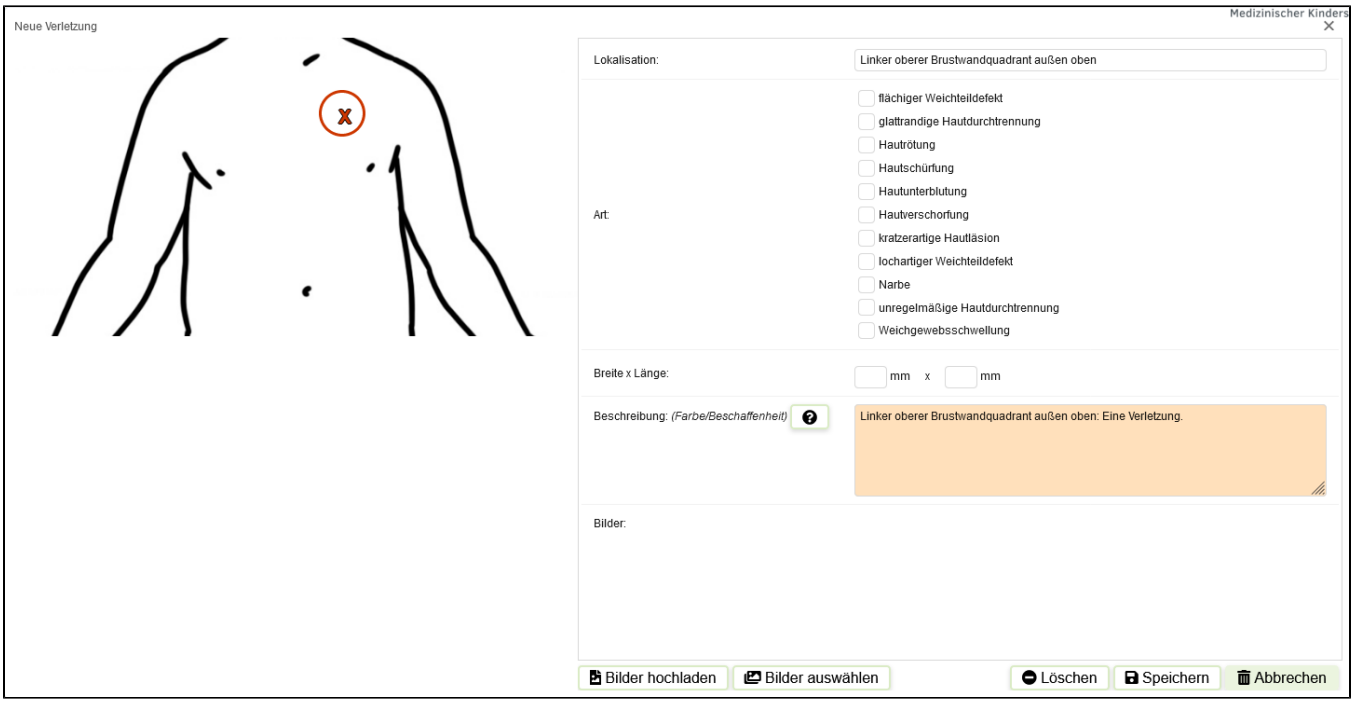
Hier erhalten Sie dann eine vergrößerte Aufnahme des gewünschten Bereichs und können nun die genaue Position der Verletzung festhalten. In der unteren Tabelle werden dann alle dokumentierten Verletzungen in diesem Bereich aufgelistet. Wählen Sie nun die gewünschte Position aus, öffnet sich erneut ein Fenster.

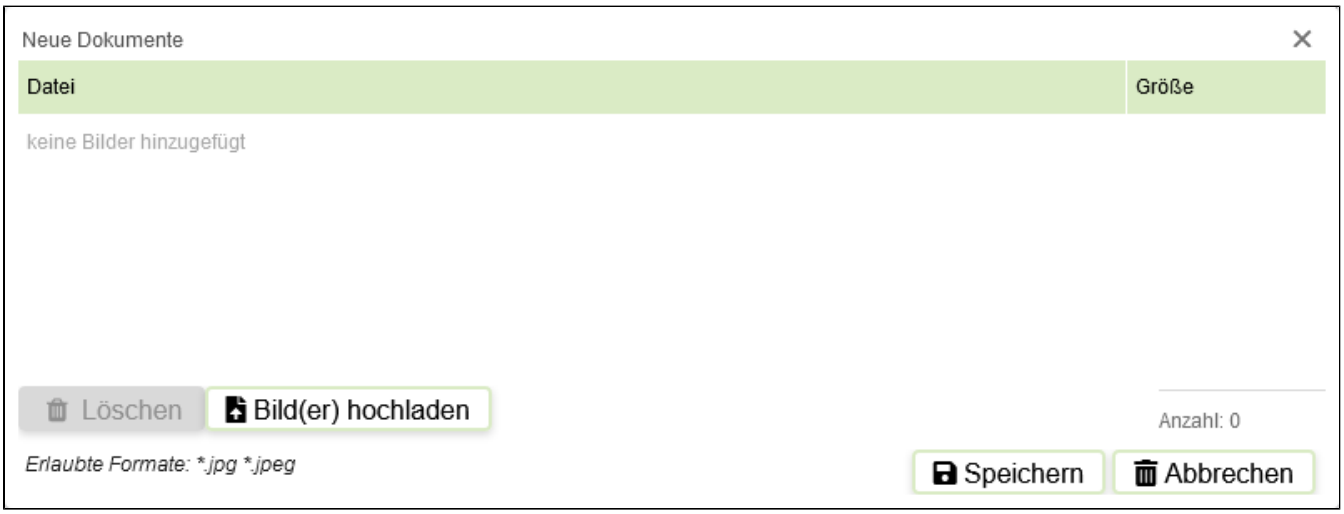


In diesem Fenster ist nun ihre gewählte Position mit einem eingekreisten X festgehalten. Sie können das X hier aber auch noch beliebig neu setzen, wenn Sie mit der Position nicht ganz zufrieden sind. Dies ist auch noch zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Auf der rechten Seite gibt es einige Felder, mit denen Sie die Verletzung näher beschreiben können:

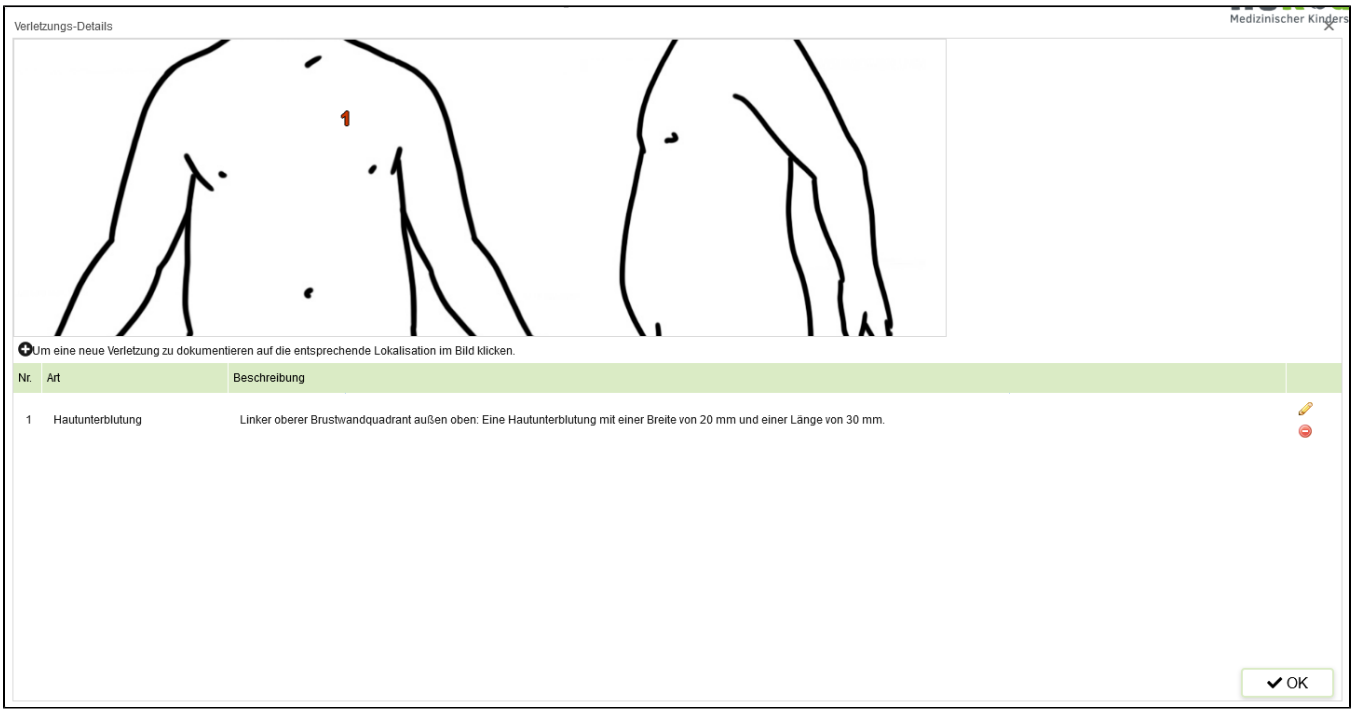
- Lokalisation: Der Text in diesem Feld wird automatisch anhand Ihrer gewählten Position erzeugt. Sie können diesen aber auch noch individuell anpassen.
- Art: Hier wählen Sie aus, um was für eine Art Verletzung es sich handelt.
- Breite x Länge: Hier können Sie die Maße der Verletzung in mm angeben.
- 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.

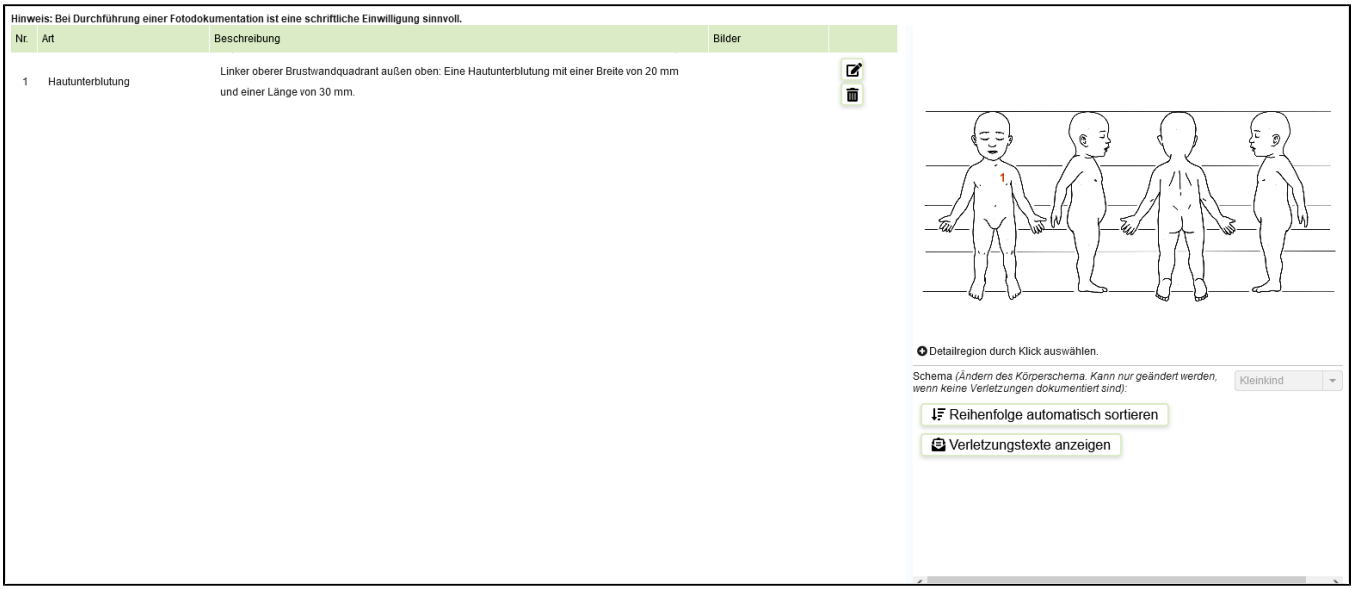




Das vorherige Fenster schließt sich automatisch und Ihre festgehaltene Verletzung ist nun auf der Detail-Ansicht zu sehen (hier mit einer 1 markiert). Mit einem Klick auf die 1 im Bild oder den entsprechenden Eintrag unten in der Liste können Sie die gewünschte Verletzung noch bearbeiten. Mit einem Klick 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.

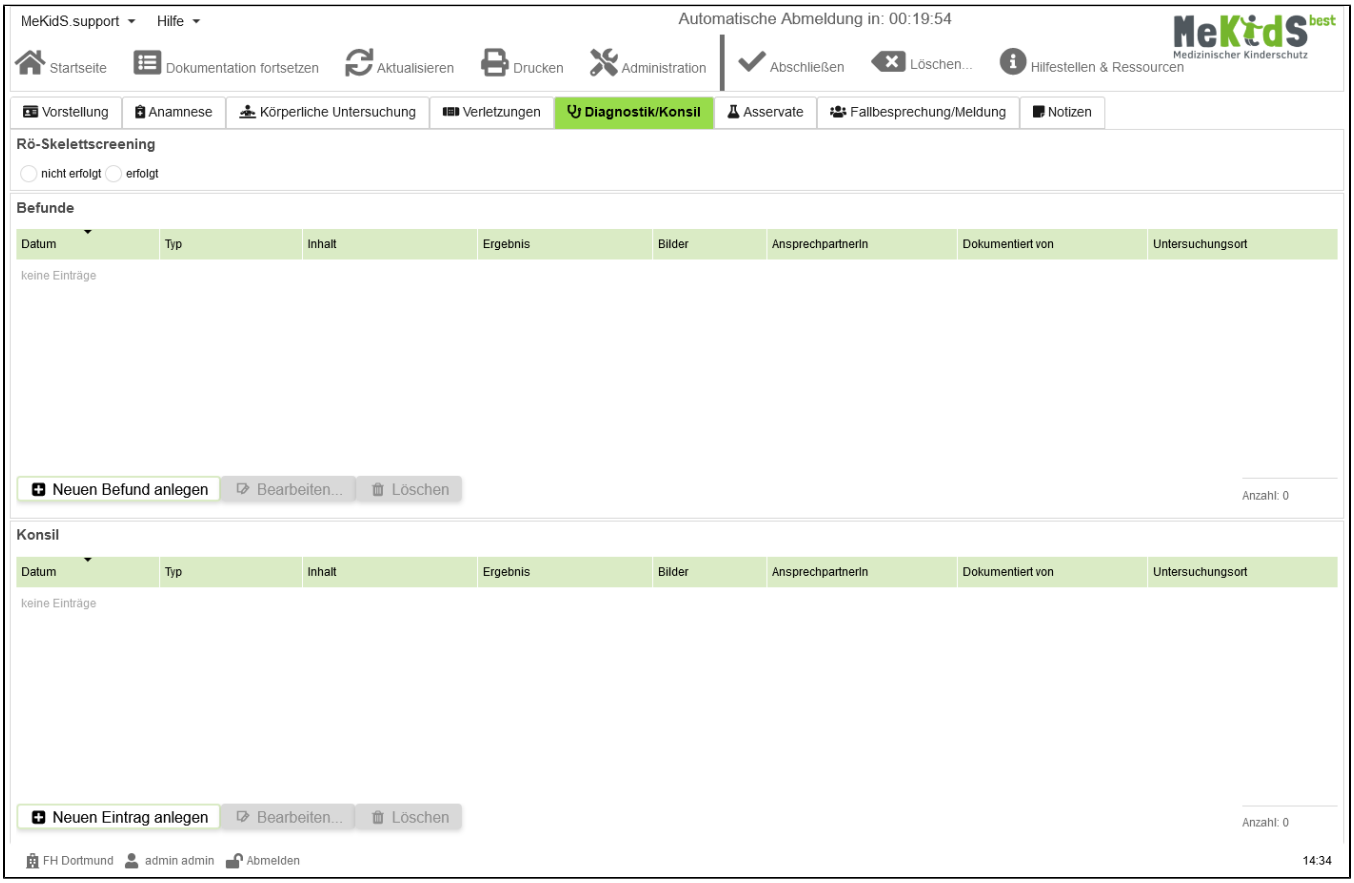
Auch bei großen Verletzungen, die sich z.B. über mehrere benachbarte Körperregionen erstrecken, ist eine diesbezügliche Ergänzung und Bearbeitung des Textvorschlags sinnvoll.

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.

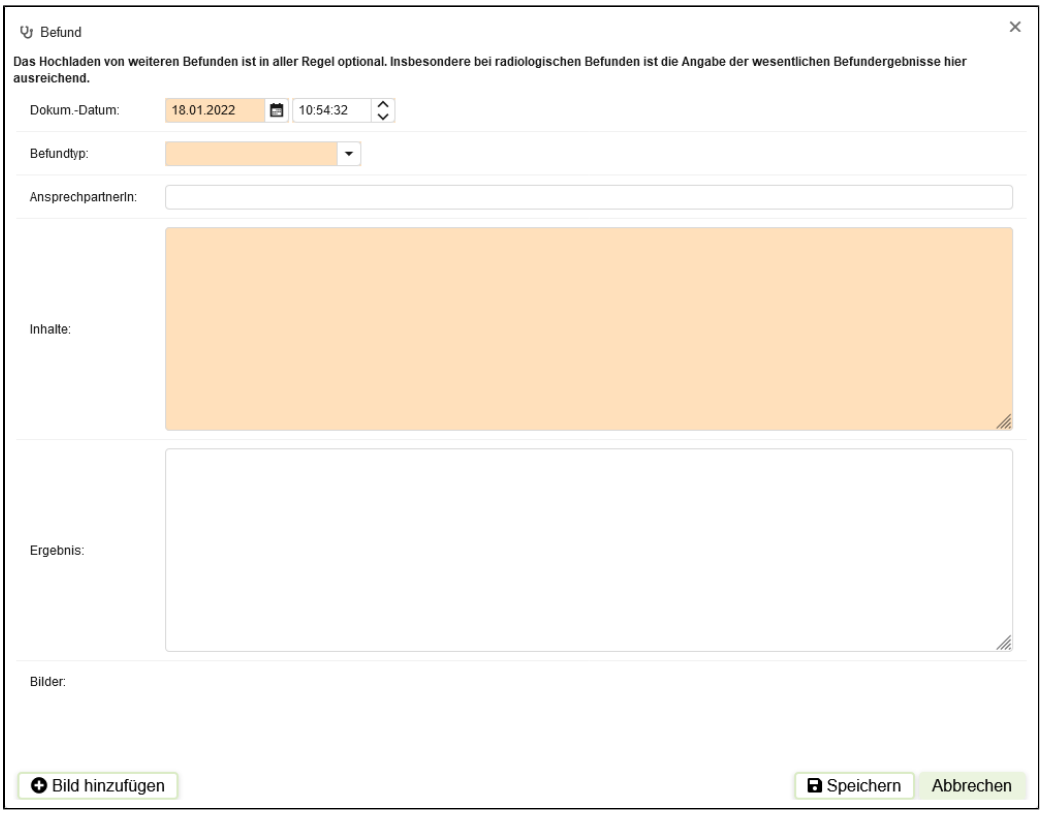


Einen Befund dokumentieren

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.

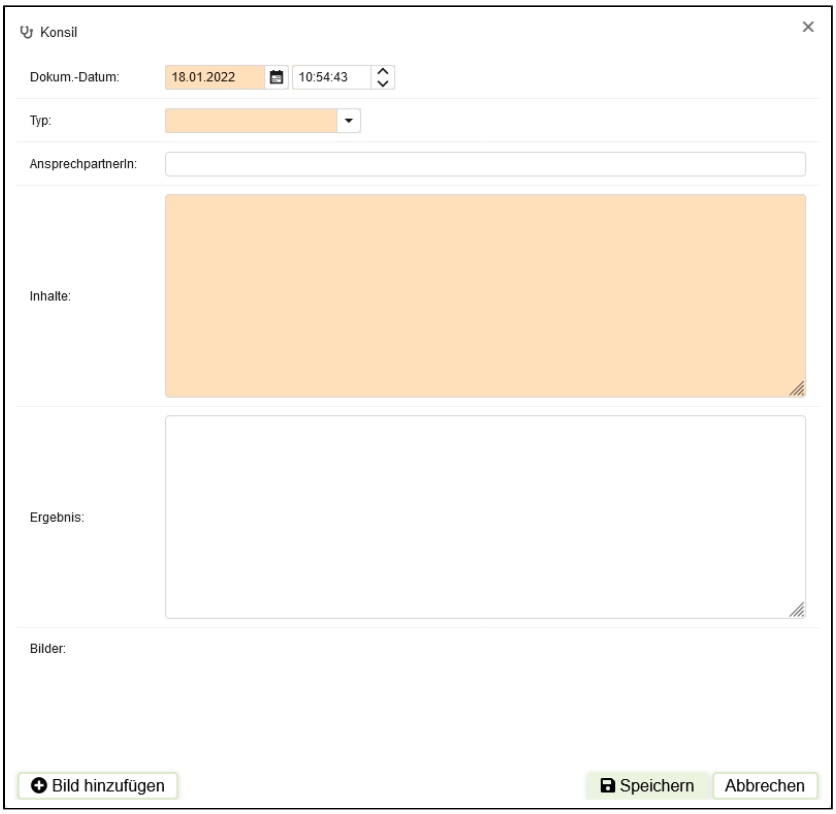


Ein Konsil dokumentieren

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

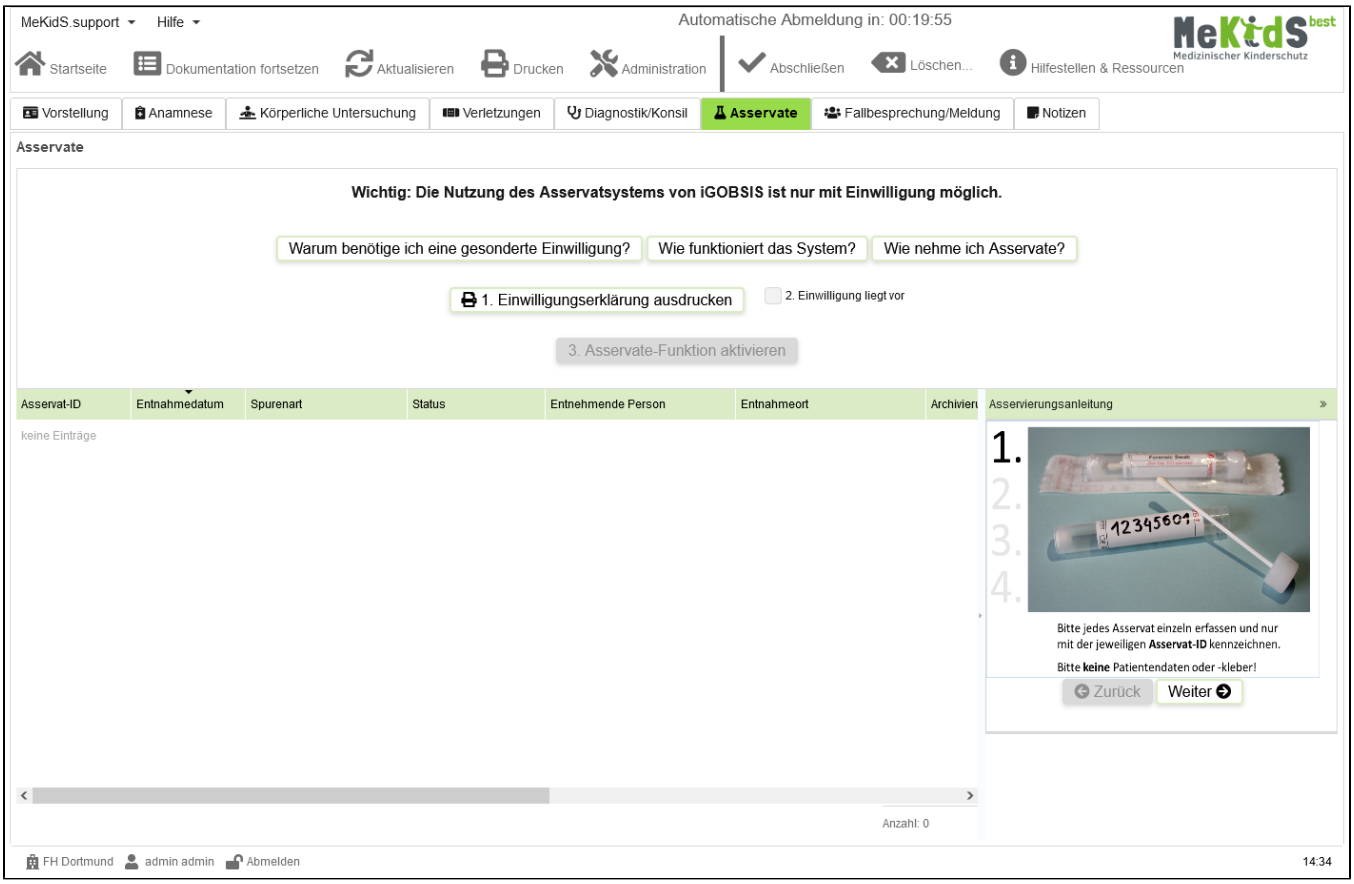
Die Archivierung der Asservate erfolgt formal über das Asservatsystem der Dokumentationsplattform iGOBSIS (www.gobsis.de), die ebenfalls am Universitätsklinikum Düsseldorf angesiedelt ist. Um eine systemübergreifende Zuordnung der Asservate zu gewährleisten, werden Daten zu den hier in der Anwendung „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.

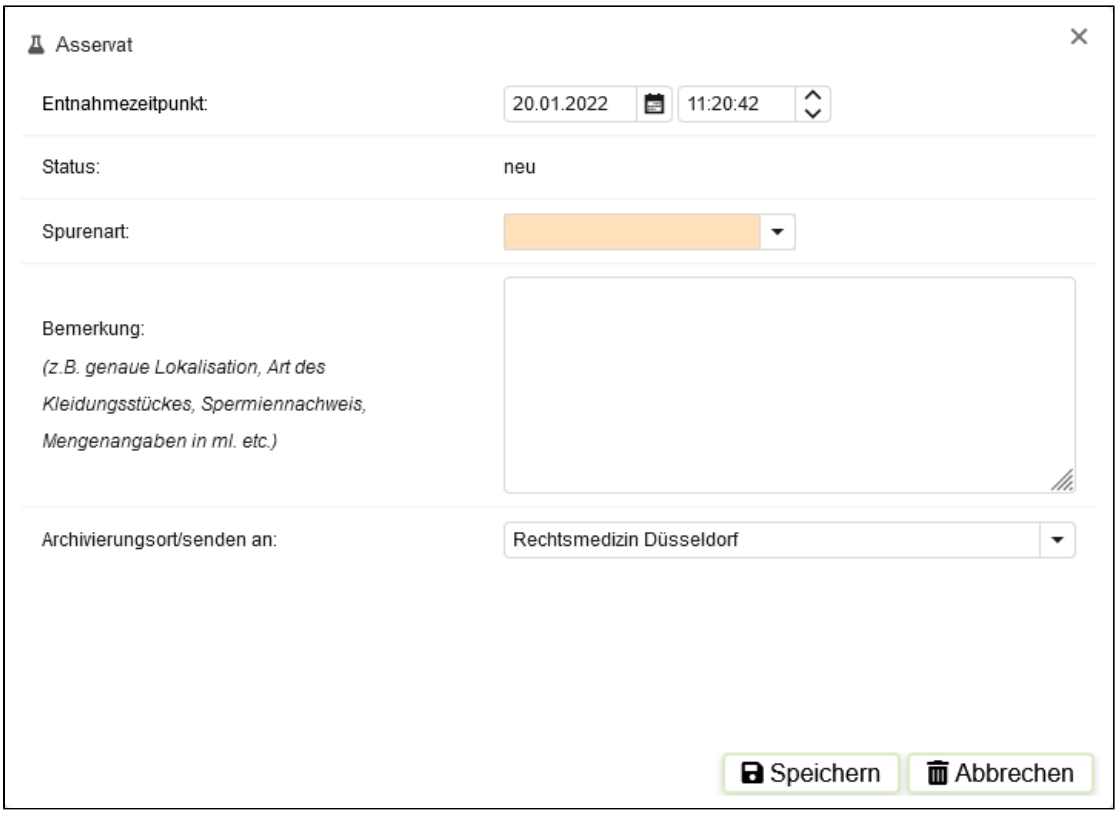


Neues Asservat anlegen

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).

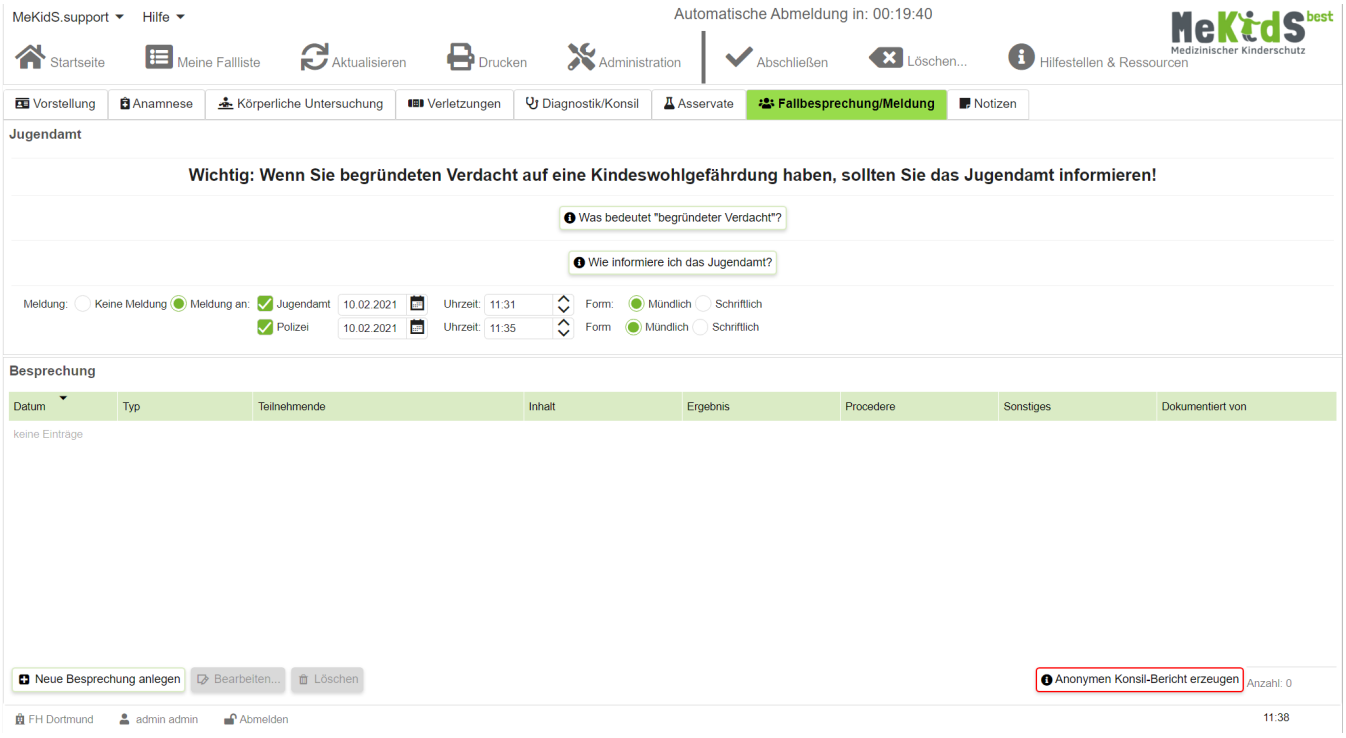
Wie informiere ich das Jugendamt?

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

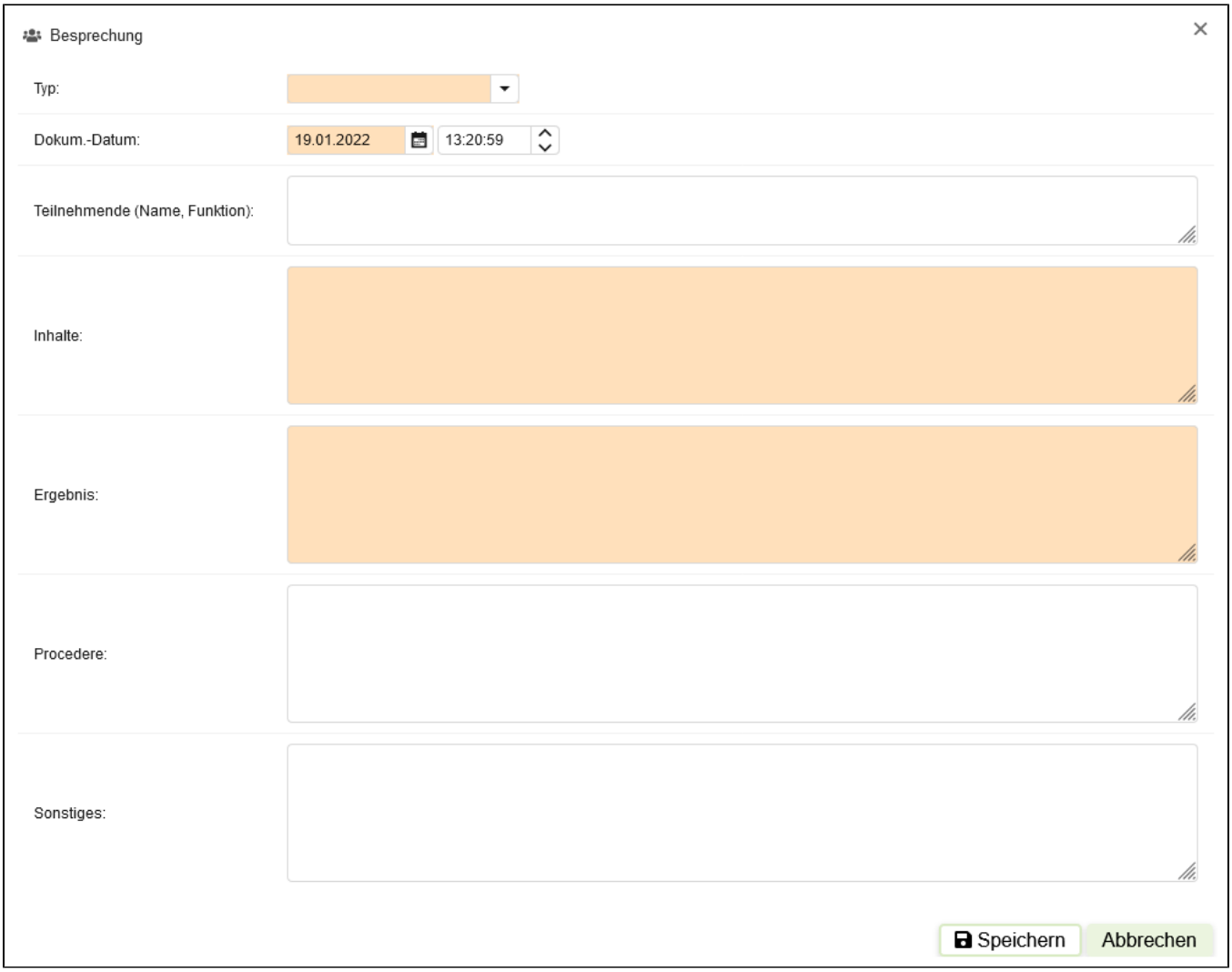


Neue Besprechung anlegen

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.



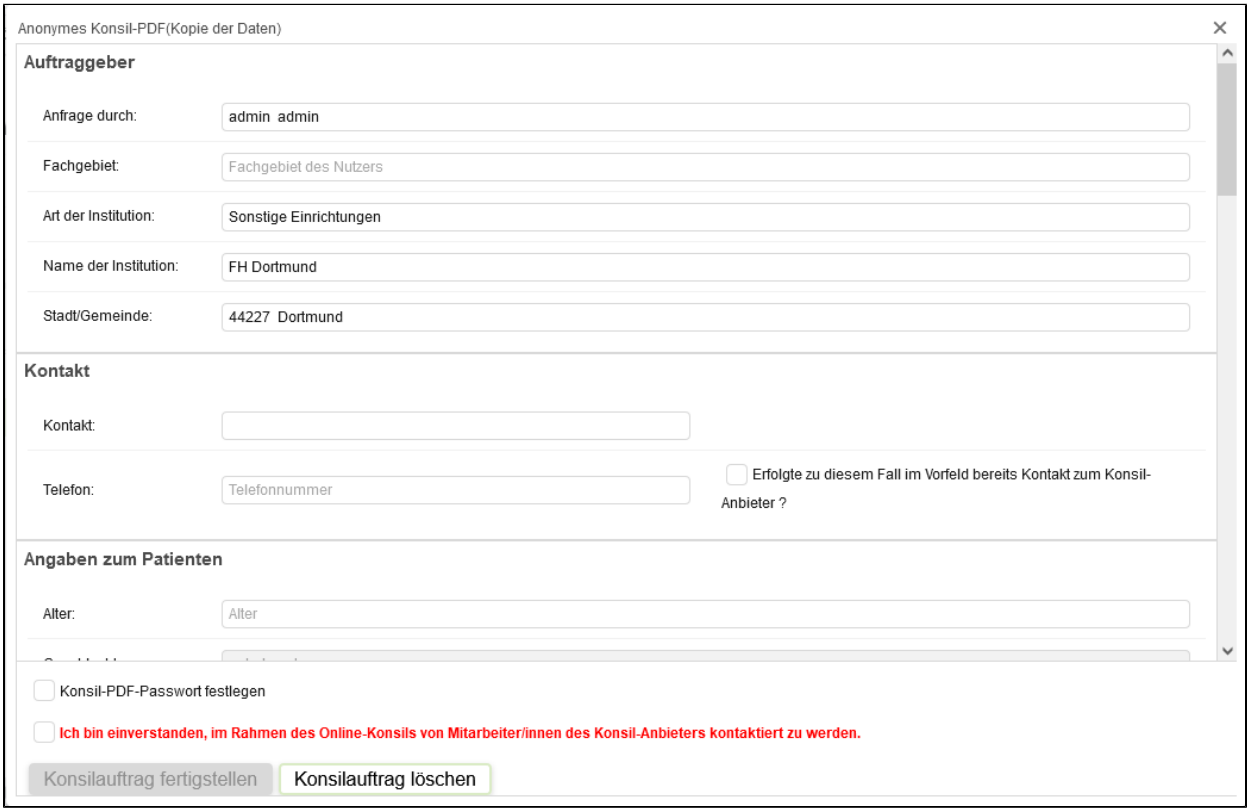
Anonymen Konsil-Bericht erzeugen

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.

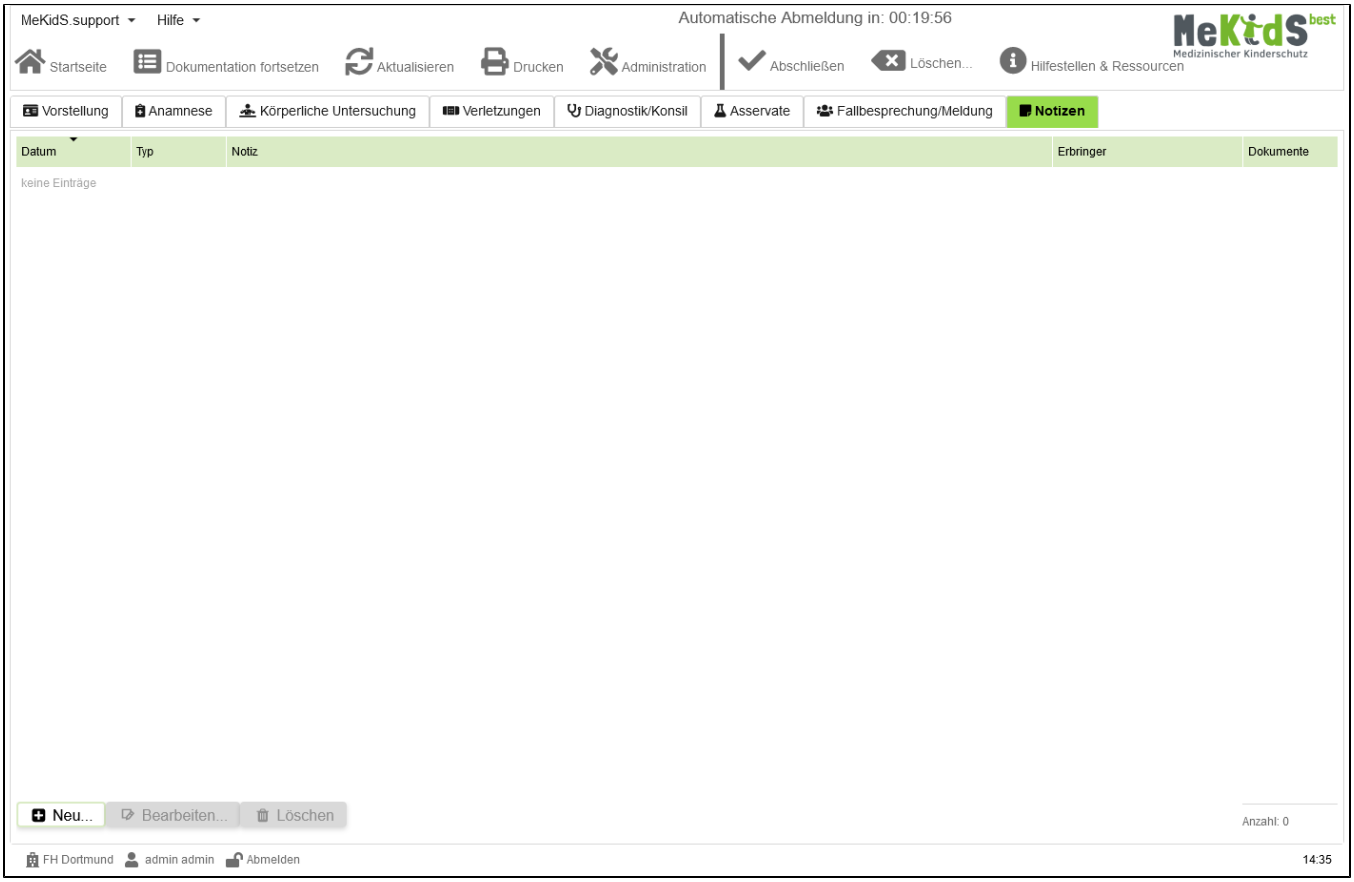
Notizen

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



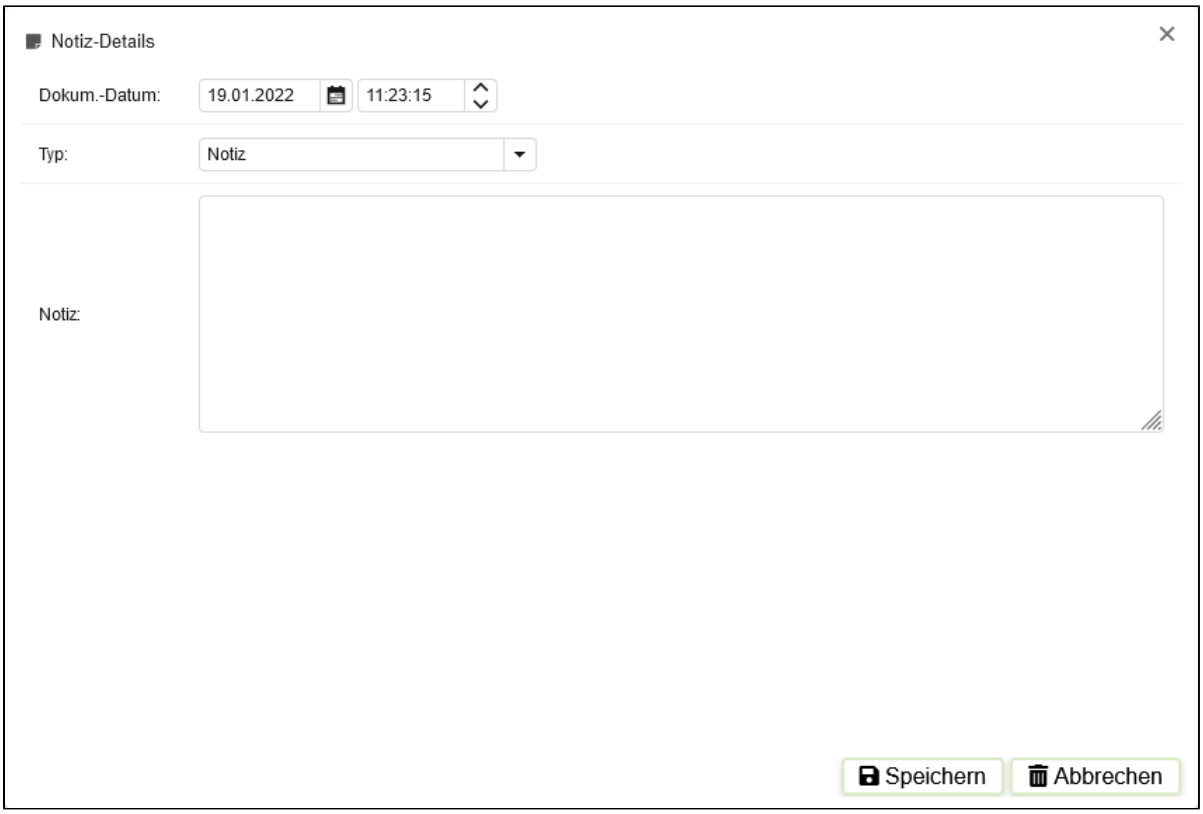
Eine Notiz erstellen

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.

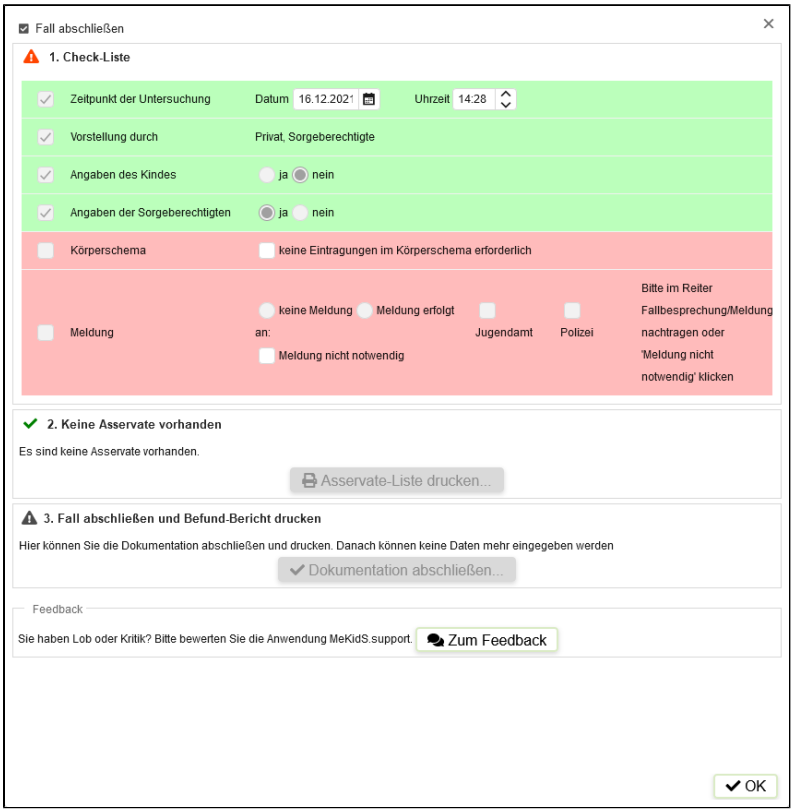
Hinweis: Sollten Sie eine Notiz in einem Fall eines/r Mitarbeiters/Mitarbeiterin hinterlegen, können Sie diese nicht mehr bearbeiten oder löschen.


Notiz-Details
Dokum.-Datum:
19.01.2022
11:23:15
Typ:
Notiz
Notiz:
Speichern
Abbrechen

Fall abschließen

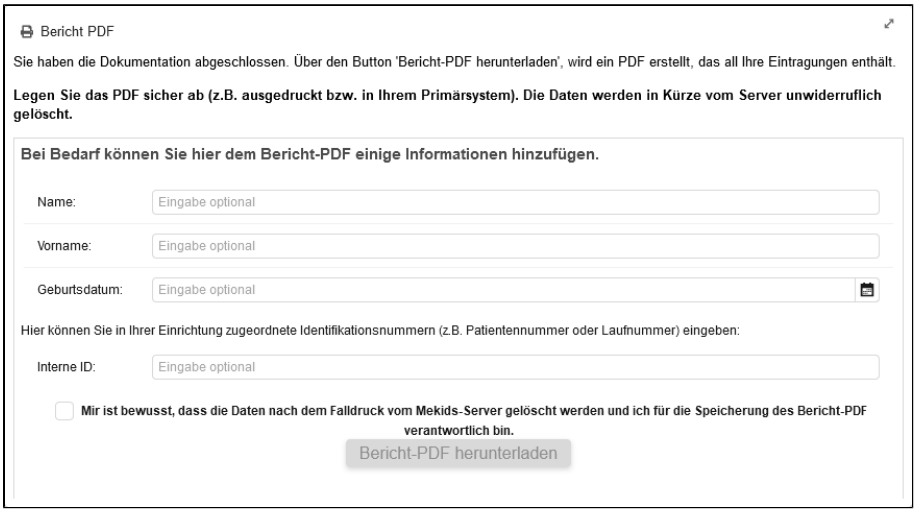
Haben Sie alle relevanten Daten angegeben, können Sie im oberen Bereich der Maske auf "Abschließen" (

) 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.

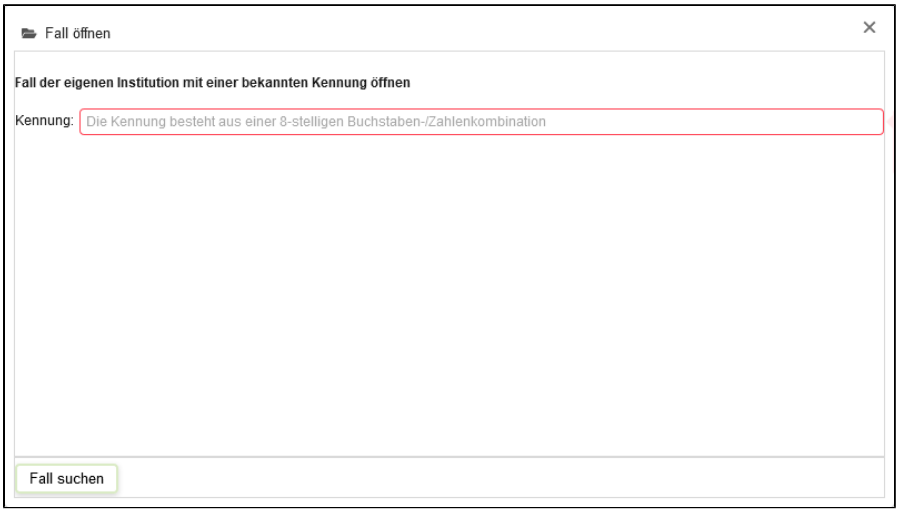
Ist nun alles grün und bei vorhandenen Asservaten deren Abholung beauftragt, kann die Dokumentation final abgeschlossen werden. Hierz klicken sie auf den Button "Dokumentation abschließen". Daraufhin erhalten Sie folgende Meldung:



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:



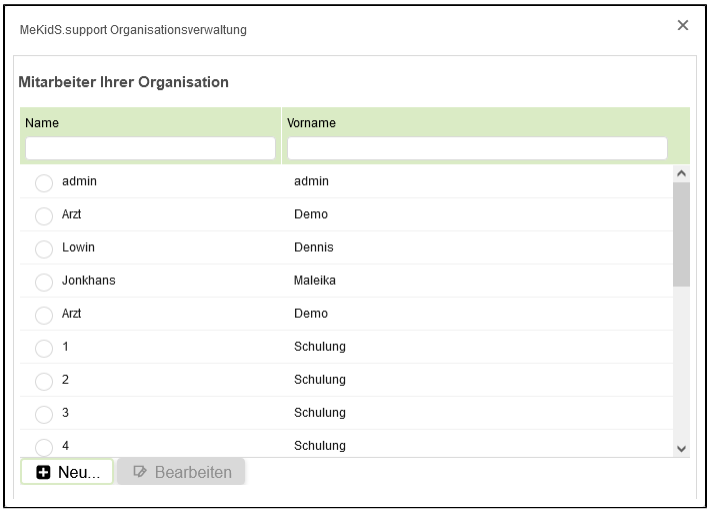
Sie werden nun aufgefordert die Kennung (Pseudonym) anzugeben, zu dessen Fall Sie die Dokumentation öffnen wollen. Sie können jedoch nur Fälle Ihrer eigenen Institution einsehen. Diese Funktion ist auch nur dazu gedacht Fälle einzusehen und diese nicht zu bearbeiten.
Haben Sie nun die Kennung des Falls 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

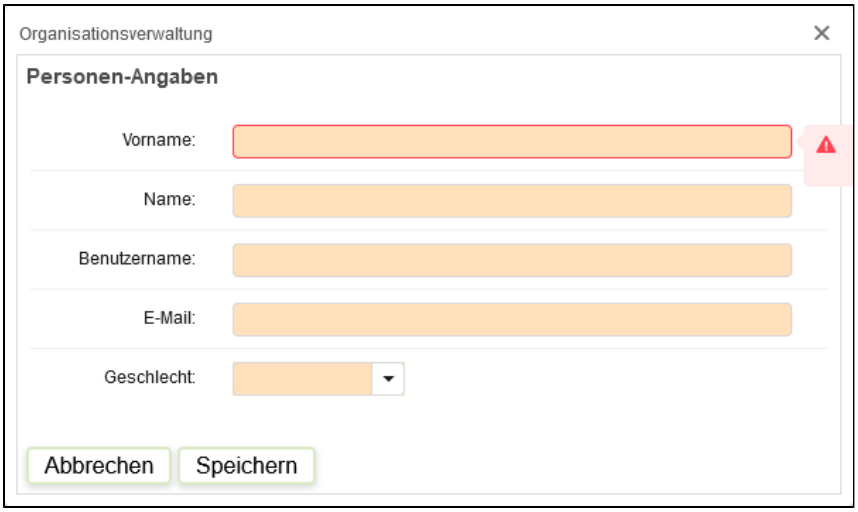
Sind Sie Admin einer Unit und haben auf der Startseite auf "Meine Organisation verwalten" geklickt, erhalten Sie folgendes Pop-Up-Fenster:



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

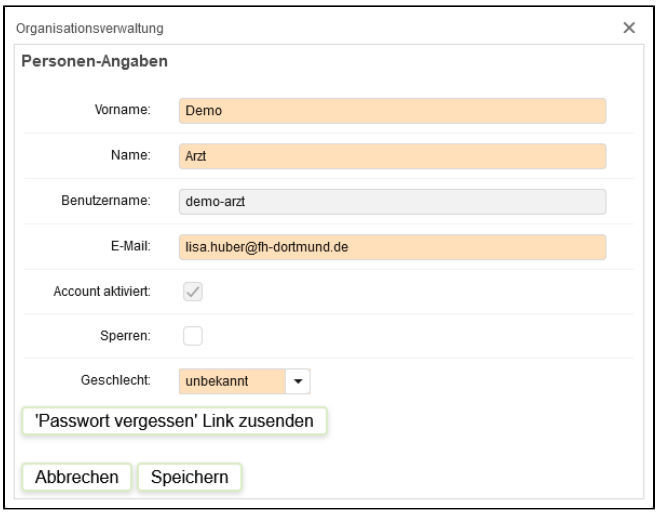
Haben Sie auf "Neu..." geklickt, erhalten Sie folgendes Fenster:



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: Itembatterie zur Strukturqualität

- **Anlage 3a:** Itembatterie zur Strukturqualität_MeKidS.units
- **Anlage 3b:** Itembatterie 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 4: Fragebogen zur Inzidenzerhebung

- **Anlage 4a:** Datenabfragen zur Ergebnisqualität MeKidS.units
- **Anlage 4_01ax:** Inzidenz units Ausfüllhilfe
- **Anlage 4b:** Datenabfragen zur Ergebnisqualität MeKidS.Praxis
- **Anlage 4_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



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.

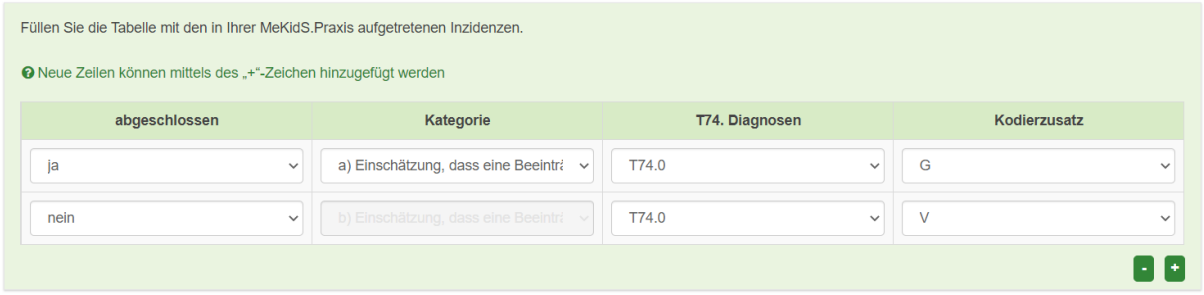
Welche Items werden in der Falltabelle zu jedem MeKidS.best Fall abgefragt?

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 5: Fragebogen zur fallbezogenen Evaluationsdokumentation

- **Anlage 5_02a**: FED-Fragebogen units_final
- **Anlage 5_2aa:** MeKidS.units fallbez. Evaluation_Item 3 und 4 gesamt
- **Anlage 5_02ab:** Manual FED units Erprobung_final
- **Anlage 5_02ac**: Manual FED units Baseline_final
- **Anlage 5_02ad:** Ausfüllhilfe FED units
- **Anlage 5_02b:** FED-Fragebogen Praxen_final
- **Anlage 5_02ba**: 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	☐ 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
	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

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>Fuß d-p rechts nach 11-14 Tagen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td>I4/5 Erfolgte eine nachvollziehbare dokumentierte Auswertung der bildgebenden Verfahren durch einen Radiologen in Hinblick auf körperliche Misshandlung?</td><td>☐ In eigener Einrichtung durchgeführt
☐ Sicher erfolgt (andere Einrichtungen waren beteiligt)
☐ Veranlasst
☐ Nicht erfolgt
☐ Aus guten Gründen nicht erfolgt</td></tr>
<tr><td>Sexueller Missbrauch</td><td>J1 Wie lange lag das Ereignis vermutlich zurück?</td><td>☐ < 72 h / ☐ > 72 h</td></tr>
<tr><td></td><td>Bitte geben Sie an, was/wie durchgeführt wurde</td><td>J11 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>Erfolgte eine Nofallkontrazeption?</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>ggf. toxikologische Untersuchung (erster) Urin und Serum (Rückstellprobe forensisch akkreditiertes Labor)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Spurensicherung: Abstriche</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Kleidungsstücke</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Schneiden der Fingernägel</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>Auskämmen der Schamhaare</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

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	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.

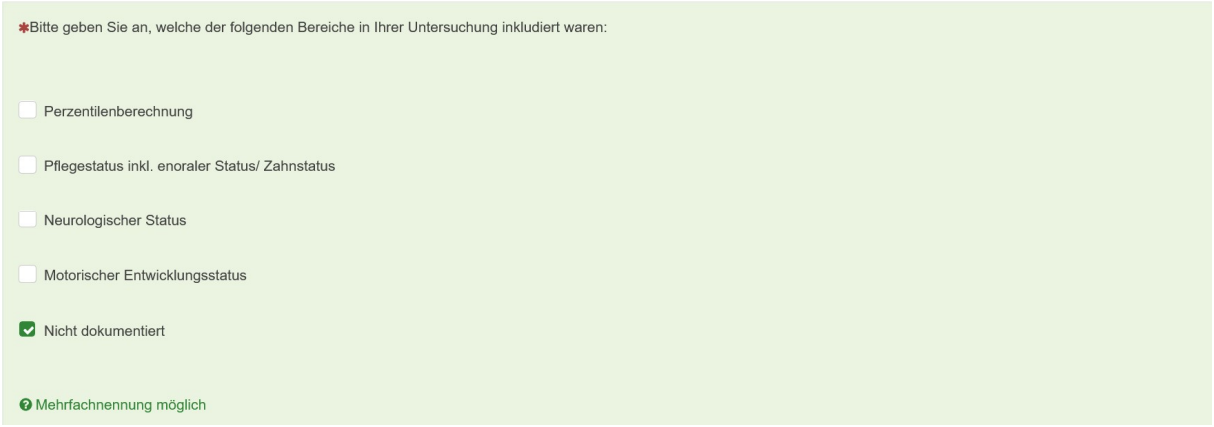
a) auf die kinderschutzfachliche Versorgung und
b) auf die Ressourcenverbräuche beziehen.

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).



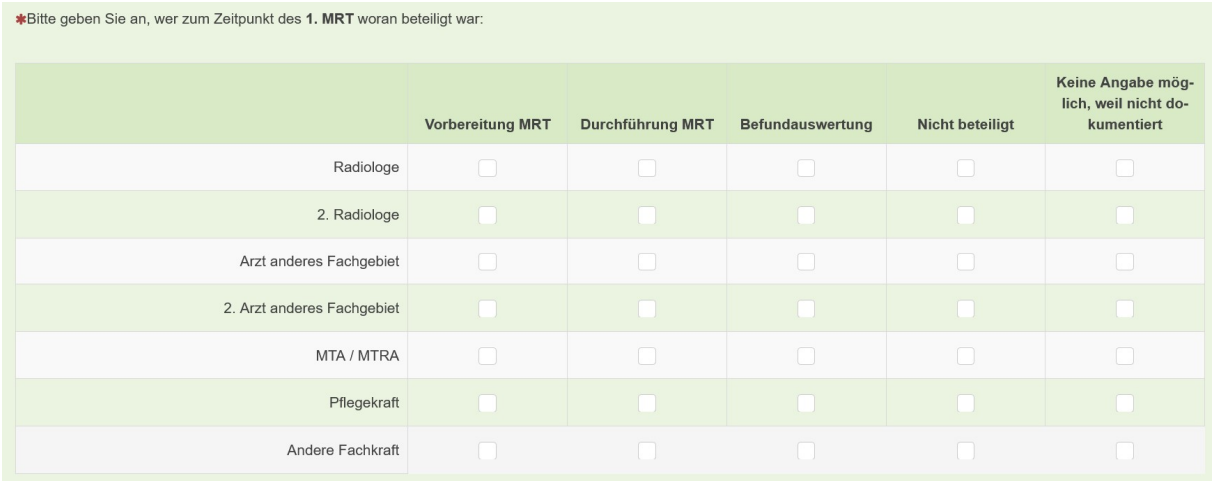
1.2 Begriff: „Beteiligte Berufsgruppen“

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.*

*Welche Hinweise / Verdachtsmomente auf welche Form der Kindeswohlgefährdung liegen jeweils am ehesten bzw. vorwiegend vor unter Berücksichtigung des gesamten Abklärungsprozesses ?

(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

*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	○	○	○	○	●

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.

*Was wurde zum Fallabschluss für die weitere Vorgehensweise berücksichtigt?

- ☐ Notwendigkeit und Einleitung von Schutzmaßnahmen
- ☑ Notwendigkeit und Einleitung von Hilfemaßnahmen
- ☐ Mitteilung der abschließenden Gefährdungsabschätzung an die weiterbehandelnde medizinische Einrichtung
- ☐ Nicht dokumentiert

Mehrfachnennung möglich

*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!!!**

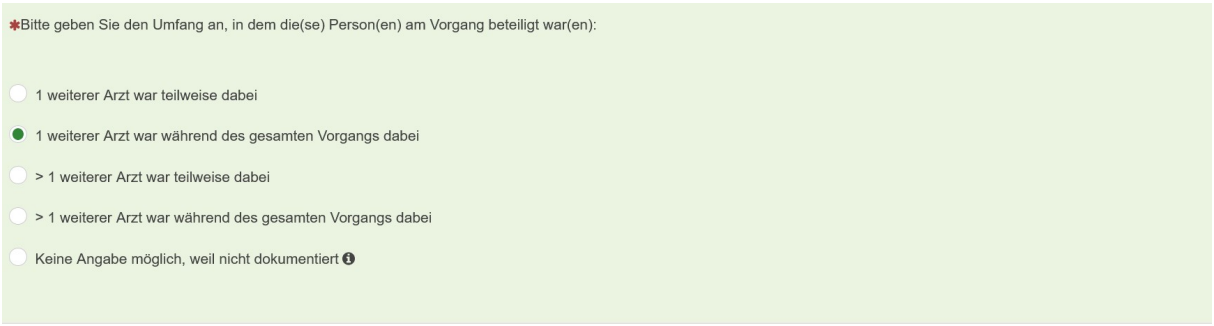
Bei der Erfassung der Zeitverbräuche je Berufsgruppe gilt es zu beachten, dass sich die Abfrage der Zeitverbräuche nur auf je eine Person der jeweiligen Berufsgruppe bezieht. Waren weitere Personen der jeweiligen Berufsgruppe anwesend, kann dieses in der darauffolgenden Frage „War mehr als eine Person 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

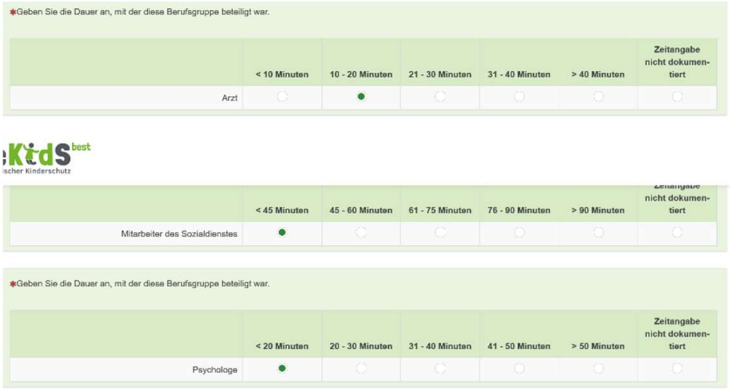




Hinweis!	Hier gäbe es die Möglichkeit, im Freitextfeld am Ende des Fragebogens zu erläutern, wieviel größer der Zeitaufwand tatsächlich war.

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.

MeKidS best
Medizinischer Kinderschutz

*Fand eine (zusätzliche) interprofessionelle fallspezifische Besprechung statt?

- [x] Ja
- [ ] Nein

*Wie häufig im kompletten Fall?

- [ ] 1 Mal
- [ ] 2 Mal
- [ ] 3 Mal
- [ ] 4 Mal
- [x] > 4 Mal

MeKidS best
Medizinischer Kinderschutz

*Bitte geben Sie an, wie häufig im gesamten Abklärungsprozess ℹ Fallbesprechungen stattgefunden haben:

- [ ] 5 Mal
- [x] 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.

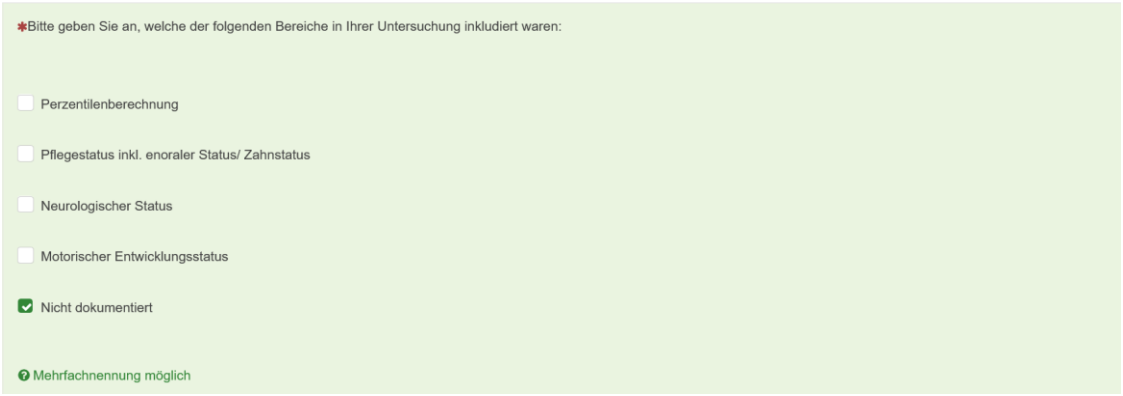
Da in der Baselinephase keine Ressourcenverbräuche erfragt werden, werden im Folgenden lediglich die Begriffsbestimmungen erläutert.

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 „*Welche 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?“)

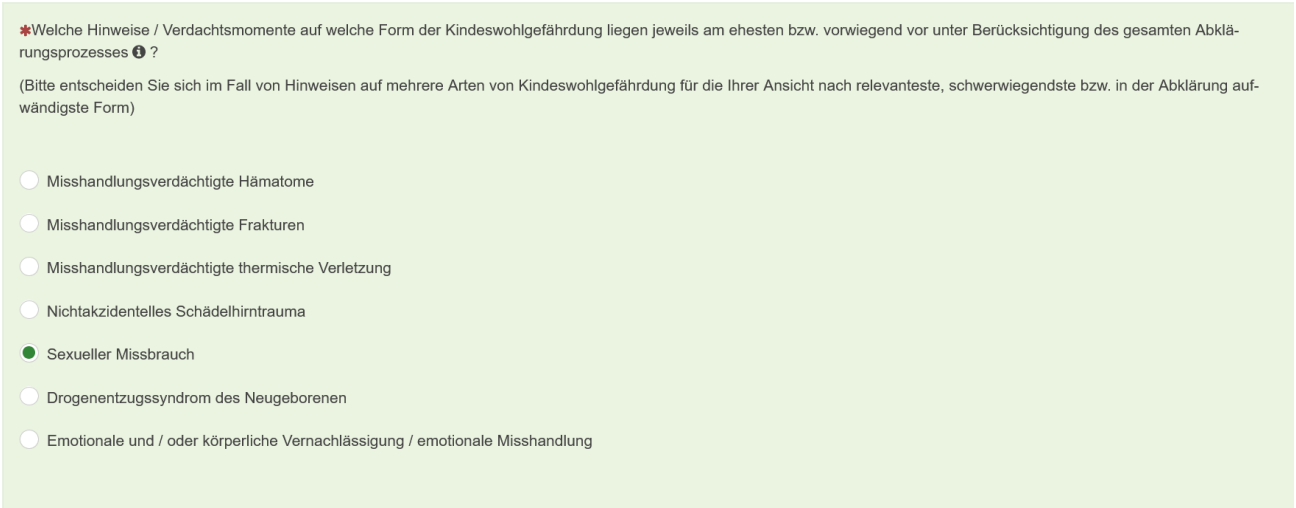
Der Maßnahmenbegriff bei der Frage „*Wurden Maßnahmen zur Prüfung des Kindeswohls der Kontaktkinder eingeleitet?*“, bezieht sich darauf, ob seitens der MeKidS.unit eigene Untersuchungen vorgenommen wurden. Für eine positive Beantwortung der Frage ist es dabei unerheblich, ob diese Aufgabe in der MeKidS.unit 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.

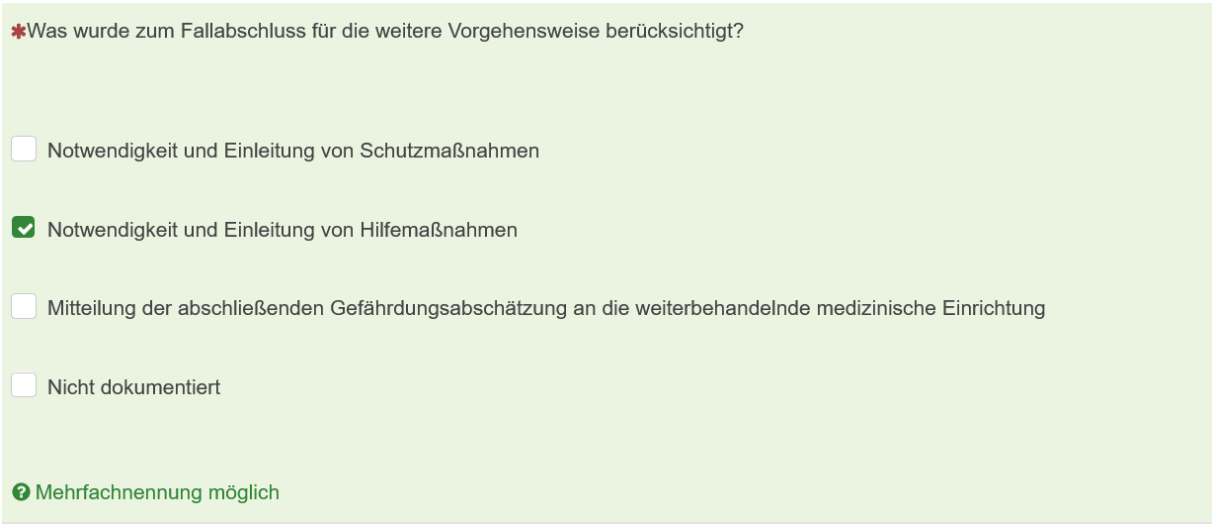
Auch wenn für Ereignisse, die nicht vorlagen, eine weitere Diagnostik keinen Sinn ergeben würde und daher nicht durchgeführt wurde, muss hier dennoch eine Antwort gegeben werden. Hierfür bietet sich die Antwortkategorie „aus guten Gründen nicht erfolgt“ an.

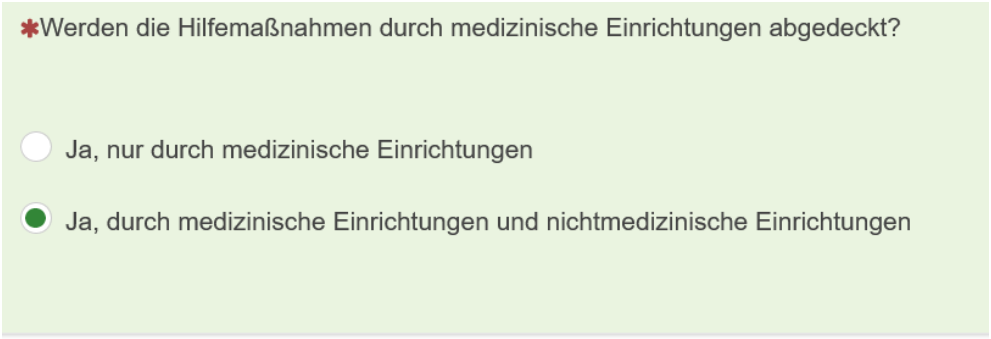
> *Beispiel: Bei den Fällen zum sexuellen Missbrauch wird in den meisten Fällen kein schweres Bauchtrauma vorliegen. Da es aber in der Leitlinie gesonderte Erwähnung findet, wurde es in den Fragebogen übernommen. Fand also die entsprechende Diagnostik nicht statt, da kein schweres Bauchtrauma vorlag, 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 6: Scoringalgorithmus

- **Anlage 6a: Scoringalgorithmus MeKidS.Praxen**
- **Anlage 6b: Scoringalgorithmus MeKidS.units**

Anlage 6: 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 6: 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 6: 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:

Anlage 6: Scoringalgorithmus

- 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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.							

Anlage 6: Scoringalgorithmus

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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 6: 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 7: Datenschutzkonzept MeKidS.best Evaluation

DATATREE
YOUR COMPLIANCE PROVIDER

DATENSCHUTZKONZEPT

MeKidS.best Evaluation

MeKidS.best Konsortium



Dokumentenverwendung

Die Verwendung und/oder interne Weitergabe des Dokumentes ist in erster Linie ausdrücklich zum internen Gebrauch für den nachfolgend genannten Ansprechpartner bestimmt und kann nach Rücksprache mit den Autoren auch externen Dritten zur Verfügung gestellt werden. Die vorliegende Unterlage darf ohne die ausdrückliche Genehmigung der Autoren, auch auszugsweise, nicht reproduziert, übertragen, umgeschrieben oder in gedruckter und/oder digitaler Form verbreitet werden.

Die in dieser Unterlage verwendeten Marken- und Handelsnamen oder Warenbezeichnungen sind, soweit nicht ausdrücklich anders angegeben, Eigentum bzw. eingetragene Markenzeichen des jeweiligen Herstellerunternehmens und von der Nennung in diesem Dokument kann nicht auf eine grundsätzlich freie Nutzung geschlossen werden.

Das Dokument wurde erstellt für:

MeKidS.best Konsortium

Ihr Ansprechpartner für diese Unterlage:

Magnus Welz
Magnus.Welz@datatree.eu
T +49 231 54380-322
F +49 231 54380-399

Winona Wenning
Winona.Wenning@datatree.eu
T +49 231 54380-849
F +49 231 54380-399

Dokumenteninformation:

Dateiname:	Evaluation_dsko_mekids_data_v1.1.docx
Dokumenten-ID:	Projekt-ID aus OTRS
Status:	final version
Letze Speicherung:	10.11.21 11:47:00
Freigabe:	Vorname Name
Freigabedatum:	

© 2021 DATATREE AG

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 2
1.1 Zielsetzung 2
1.2 Abgrenzung 3
1.3 Allgemeingültigkeit 4
1.4 Zielgruppe 4
1.5 Aktualität 4
1.6 Verantwortlichkeiten 5
1.7 Dokumentenabhängigkeit 5
2 Vorgehensmodell 7
3 Definitionen 10
3.1 Allgemeine Begriffe 10
3.2 Kontext-spezifische Begriffe 11
3.3 Gewährleistungsziel 14
3.4 Schutzbedarf 15
4 Geschäftsprozessbeschreibung 19
4.1 Zielsetzung 19
4.2 Geschäftsprozesse 19
4.3 Beschreibung der Datenkategorien 29
4.4 Ableitung datenschutzrechtlicher Aspekte 49
5 Schutzbedarfsbewertung 50
6 Datenschutzrechtliche Bewertung 55
6.1 Datenschutzgesetze 55
6.2 Fach- und länderspezifische Gesetze 56
6.3 Nachrangige Rechtsnormen und Standesrecht 57
6.4 Konklusion der datenschutzrechtlichen Bewertung 58
6.5 Transparente Information 71
6.6 Speicherbegrenzung 72
6.7 Anforderungen zu den Betroffenenrechten 73
7 Komponenten- und Schnittstellenübersicht 79
7.1 Gesamtübersicht 79
7.2 Detailübersicht 79
7.3 Zuordnung der Datenkategorien 81
7.4 Vererbung des Schutzbedarfes 83
8 Risikobewertung 86
8.1 Risikomodell 86
8.2 Risikobewertung „Geschäftsprozess-/Daten-Schicht“ 91
8.3 Risikobewertung „Fachapplikation/Software-Schicht“ 95

© 2021 DATATREE AG

8.4 Risikobewertung „Infrastruktur-Schicht“ 97
9 Abgeleitete Maßnahmen zum Datenschutz..... 99
9.1 Maßnahmen „Geschäftsprozess-/Daten-Schicht“ 99
9.2 Maßnahmen „Fachapplikation/Software-Schicht“ 101
9.3 Maßnahmen „Infrastruktur-Schicht“ 101

© 2021 DATATREE AG

Management summary

Das Ziel des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) geförderten Projektes MeKidS.best ist es, erstmalig eine standardbasierte und regelhafte, sektorenübergreifende und in lokalen und regionalen Netzwerken flächendeckend realisierbare Versorgungsform zum medizinischen Kinderschutz zu konzeptionieren und zu erproben.

Die Leistungsfähigkeit des medizinischen Kinderschutzes als Partner der Jugendhilfe soll systematisch gestärkt und den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein niederschwelliges zugängliches System von Medizin und Jugendhilfe eröffnet werden.

Mit der Evaluation des MeKidS.best Projektes soll ermittelt werden, inwieweit die Aspekte des medizinischen Kinderschutzes bereits aktuell in den Routinen der Kinder- und Jugendärzt:innen sowie den Krankenhäusern etabliert sind, respektive sich diese durch Projektmaßnahmen (wie Entwicklung von Standards, Schulungen, etc.) im Verlauf entwickeln. Für eine angemessene Evaluation sollen quantitative wie qualitative Daten Berücksichtigung finden.

Eine datenschutzkonforme Einwilligung erfordert vorab immer eine transparente Information über die Zwecke der Datenverarbeitung und muss stets freiwillig sein. Es ist jedoch anzunehmen, dass gerade im Kontext des potenziellen Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung viele Sorgeberechtigte keine solche Einwilligung zur Evaluation erteilt würden. Aus diesem Grunde sieht die Konzeption des Projektes vor, dass für die Verarbeitung der Daten im Rahmen der Evaluation keine Einwilligung eingeholt wird, sondern ausschließlich anonymisierte Routienedaten der medizinischen Behandlung genutzt werden. Mit diesem Datenschutzkonzept werden die Rechtsgrundlage für die Anonymisierung der Behandlungsdaten sowie die Übermittlung dieser anoynmen Daten an die Evaluatoren dargestellt. Weiterhin sind die Risiken in Bezug auf die Datenverabeitungen im Rahmen der Evaluation bzw. bei den evaluierenden Stellen beschrieben.

Um auch über den Zeithorizont von 10 Jahren die Anonymität für die Daten bei den evaluierenden Stellen zu gewährleisten, werden zwischen den MeKidS.best Einrichtungen und den Evaluatoren Datennutzungsverträge geschlossen. Mit dieser Maßnahme soll organisatorisch gewährleistet sein, dass die Anonymität im Rahmen des Projektes MeKidS.best gewahrt bleibt. Eine Auditierung der zugesagten technischen und organisatorischen Maßnahmen wird im Projektverlauf einmalig durchgeführt.

Die DATATREE AG ist für dieses Forschungsprojekt der Ansprechpartner für alle Fragen zum Datenschutz oder zur Informationssicherheit. Die Kernaufgaben der DATATREE liegen in der Begleitung der Konzeption hinsichtlich einer datenschutzkonformen Umsetzung der Lösung, sowie in der Erstellung der notwendigen Dokumentation.

1 Einleitung

In diesen ersten Abschnitten wird in den Gegenstand des Datenschutzkonzeptes sowie die Abgrenzungskriterien eingeleitet und die Verantwortlichkeiten zur Umsetzung in der jeweiligen Datenschutz-Organisation dargestellt.

1.1 Zielsetzung

Das Ziel des Projekts MeKidS.best ist es, potentielle Kindeswohlgefährdungen frühzeitig und flächendeckend zu erkennen. In diesen Fällen soll dann weiterhin sichergestellt sein, dass die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“ [1] erfolgt. Dies beinhaltet auch eine verbesserte Überleitung der gefährdeten Person zwischen medizinischen Einrichtungen verschiedener Sektoren des Gesundheitswesens, eine rechtssichere medizinische Dokumentation und eine bessere Vernetzung mit Jugendämtern der Kommunen.

Das Projekt MeKidS.best setzt auf vorhandene medizinische Empfehlungen und Standards auf. Es soll evaluiert werden, inwieweit durch Schulungs- und Vernetzungsangebote eine höhere Detektionsrate von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdungen und eine leitlinienkonformere Detektion und Diagnostik erzielt werden können. Um den medizinischen Kinderschutz in eine Regelleistung der gesetzlichen Gesundheitsversorgung (GKV) zu überführen, sollen in diesem Zusammenhang die tatsächlichen Kosten eines leitlinien-konformen Handelns ermittelt werden. Zu diesem Zweck wird das Projekt MedKidS.best als Innovationsfondsprojekt vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gefördert.

Das vorliegende Dokument gilt ausschließlich für die Evaluation des Projektes MeKidS.best in Bezug auf die vorgenannte Zielsetzung. Für die software-gestützte rechtssichere Dokumentation (MeKidS.support) sowie für die statistische Auswertung von Routinedaten, die beide als eigenständige und losgelöste Teilprojekte existieren, gelten jeweils separate Datenschutzkonzepte.

Dieses Dokument orientiert sich an dem Vorgehensmodell des Standard-Datenschutzmodell [2] der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder.

Mit diesem Dokument soll allen Personen, die in den beteiligten Kliniken (MeKidS.units), den niedergelassenen Praxen (MeKidS.Praxen) sowie allen beteiligten Projektpartnern den Datenschutz verantworten, die notwendige Dokumentation und Grundlage für ihre datenschutzrechtliche Bewertung der MeKidS.best Evaluation zur Verfügung gestellt werden. Soweit sich aus der Umsetzung der Evaluation des Projektes konkrete datenschutz-rechtliche Anforderungen für die jeweilige Einrichtungen ergeben, werden diese mit dieser Unterlage dargestellt.

Der Fokus dieses Dokumentes liegt auf der allgemeinen Beschreibung der Geschäftsprozesse, der Darstellung der gewählten Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten und der Bewertung des Schutzbedarfs. Weiterhin erfolgt eine Bewertung der Risiken für die Freiheiten und Rechte der betroffenen Personen, die sich generell aus der Datenverarbeitung ergeben.

Für die Sicherstellung der Gewährleistungsziele (Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit) werden dem Risiko angemessene technische und organisatorische Maßnahmen abgeleitet und den drei Betrachtungsebenen (Schicht 1: Geschäftsprozesse und Daten, Schicht 2: Fachapplikation / Software, Schicht 3: Infrastruktur) zugeordnet.

Mit der Differenzierung in diese drei Schichten der Datenverarbeitung können die beteiligten Projektpartner (bzw. Akteure der nachfolgend dargestellten Use-Cases) zur Erfüllung des konkreten Schutzbedarfs somit auf die eigene interne Dokumentation (wie vorhandene IT-Sicherheitskonzepte, Zertifizierungen zur Informationssicherheit o.ä.) und Maßnahmen verweisen.

1.2 Abgrenzung

Dieses Datenschutzkonzept fokussiert auf die unten beschriebenen Geschäftsprozesse und stellt insbesondere nicht die Erfüllung sämtlicher datenschutz-rechtlicher Anforderungen für die teilnehmenden Einrichtungen sicher. Vielmehr wird angenommen, dass jede teilnehmende Einrichtung bereits Prozesse, Richtlinien und Vorgehensweisen implementiert hat, um die für sie geltenden datenschutz-rechtlichen Anforderungen der einschlägigen Gesetze (wie der Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO) zu erfüllen.

Mit der DSGVO wurde für datenverarbeitende Stellen erstmals eine Rechenschaftspflicht („accountability principle“) zur Einhaltung des Datenschutzes eingeführt. Im Allgemeinen folgt aus dieser Rechenschaftspflicht, dass eine geeignete interne Datenschutz-Organisation zu implementieren ist. Diese Unterlage geht davon aus, dass diese Voraussetzung in jeder teilnehmenden Einrichtung erfüllt ist und setzt auf diese Strukturen auf. Die nachfolgenden Stichpunkte führen beispielhaft - allerdings nicht abschließend - explizit nicht von diesem Konzept betrachtete Aspekte aus:

- Implementierung und Betrieb eines Datenschutz-Managementsystem (DSMS) oder entsprechender Konzepte zur Erfüllung der Rechenschaftspflicht
- Verpflichtung und Schulung der Mitarbeitenden zum Datenschutz
- Prozesse und Vorgaben zur Führung des Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten (VVT)

Alle, in den jeweiligen MeKidS.units und MeKidS.Praxen vorhandenen IT-Systeme, auch soweit diese für Tätigkeiten (z.B. Ausfüllen der Fragebögen zur Evaluation) im Rahmen von MeKidS.best eingesetzt werden und die für deren Betrieb erforderliche IT-Infrastruktur, werden in diesem Dokument nicht betrachtet.

Analog zu den vorgenannten Anforderungen an die interne Datenschutz-Organisation wird auch für den Betrieb dieser IT-Infrastrukturen angenommen, dass die jeweiligen MeKidS.units bzw. MeKidS.Praxen dem erforderlichen Schutzbedarf entsprechende, angemessene und geeignete Maßnahmen zur Informationssicherheit getroffen haben.

1.3 Allgemeingültigkeit

Die einleitend erwähnte Differenzierung in die drei Schichten der Datenverarbeitung stellt einen wesentlichen Bestandteil für die Allgemeingültigkeit dieser Unterlage dar.

In gewissen Bereichen ist es möglich, dass die internen Vorschriften in den teilnehmenden Einrichtungen abweichende Regelungen fordern bzw. andere Vorgaben treffen. Soweit diese internen Vorgaben strengere Anforderungen stellen, gilt dieses Dokument als nachrangig.

1.4 Zielgruppe

Dieses Datenschutzkonzept richtet sich vor allem an die jeweils verantwortlichen Stellen der Datenverarbeitung bzw. deren Vertreter und Datenschutzbeauftragte sowie andere Stellen, die über die datenschutzrechtlichen Grundlagen zu informieren sind. Diesen Instanzen soll das Konzept als Informationsquelle und Bewertungsgrundlage (z.B. für die Erstellung einer internen Datenschutz-Folgenabschätzung) sowie als „Handreichung“ für die Umsetzung konkreter Maßnahmen dienen.

Grundsätzlich ist es das Ziel ein allgemeines Verständnis für den Geschäftsprozess und die sich daraus ergebenden Vorgaben zum Datenschutz zu schaffen. Aus Sicht der Autoren ist diese Unterlage aber trotzdem nicht für die Einsichtnahme durch „datenschutz-rechtlich nicht vorinformierte“ Personen freizugeben. Für die Information anderer Zielgruppen (wie bspw. Nutzer/Betroffene) sind angepasste und zielgruppen-orientierte Beschreibungen vorzuziehen.

1.5 Aktualität

Das Datenschutzkonzept bildet immer den Status zu einem bestimmten Zeitpunkt ab und muss bei einer Veränderung der Zwecke der Datenverarbeitung oder bei wesentlichen funktionalen Änderungen an den eingesetzten Softwarekomponenten für die Evaluation des MeKidS.best Projektes hinsichtlich der Gültigkeit überprüft werden.

Weiterhin existieren vielfältige externe Einflussfaktoren, wie geänderte (datenschutz-) rechtliche Rahmenbedingungen, der allgemeine informationstechnologische Fortschritt und Veränderung in Arbeitsprozessen, die eine Anpassung oder Korrektur von definierten Referenzmaßnahmen erfordern können.

Mit Blick auf die vielfachen Gesetzesnovellierungen im Bereich des Datenschutzes und der Sozialgesetzbücher in den vergangenen Jahren, sind über die Laufzeit des Projekt MeKidS.best zukünftige Anpassungen (ggf. auch nur redaktionelle Überarbeitung) zu erwarten und daher die diesbezügliche Entwicklung zu verfolgen. Die Autoren empfehlen eine jährliche Prüfung dieser Unterlage hinsichtlich der Aktualität und Richtigkeit. Die Überprüfung und Aktualisierung des Datenschutzkonzeptes erfolgen in Anlehnung an den PDCA-Zyklus:

- **Plan**

  Planung und Definition der Geschäftsprozesse inklusive deren Zweck und den verarbeiteten personenbezogenen Daten sowie deren Umsetzung in den beteiligten Softwareanwendungen und den für den Betrieb eingesetzten IT-Systeme. In diesem Planungsschritt finden die Grundsätze des Datenschutzes, die Anforderungen an eine datenschutzfreundliche Technikgestaltung („privacy-by-design“ und „privacy-by-default“) und eine dem Risiko der Datenverarbeitung angemessene Festlegung von technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOMs) Berücksichtigung.

- **Do**

  Die definierten technischen und organisatorischen Maßnahmen werden nachfolgend von der verantwortlichen Stelle auf den drei Schichten der Datenverarbeitung implementiert.

- **Check**

  In einem Vergleich werden die aus der Planungsphase resultierenden Soll-Werte den, sich aus der Umsetzung ermittelten Ist-Werte gegenübergestellt. In einer nachfolgenden SOLL-IST Bewertung werden mögliche Abweichungen und Optimierungspotenziale, sowie möglicherweise weitere Risiken ermittelt.

- **Act**

  Beim Vorliegen von Differenzen oder der Feststellung von Abweichungen, die zu einer Unterschreitung des definierten Schutzniveaus oder einem zu hohen Restrisiko führen, sind erneut Maßnahmen zu planen.

1.6 Verantwortlichkeiten

Die Verantwortung für die datenschutz-konforme Verarbeitung von personenbezogenen Daten liegt grundsätzlich bei der Leitung der jeweiligen teilnehmenden Einrichtungen. Dies umfasst auch die abschließende Bewertung des mit der Datenverarbeitung einhergehenden Risikos und das Ergreifen von Maßnahmen zur Sicherheit der Datenverarbeitung.
Mit diesem Dokument besteht explizit nicht der Anspruch, den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen teilnehmenden Einrichtungen von seinen individuellen Prüfpflichten zu entbinden bzw. ihm eine Bewertung vorzugeben. Vielmehr sollen alle notwendigen Informationen für seine Tätigkeit für ihn entsprechend aufbereitet werden. Insbesondere aufgrund des allgemeinen Charakters dieser Unterlage wird die Notwendigkeit von Prüfungen im individuellen Fall betont.

Alle beteiligten Akteure (verantwortliche Stellen; Projektpartner, wie u.a. die Evaluatoren und weitere Akteure) müssen ihrerseits aktiv daran mitwirken, dass diese Unterlage die tatsächliche Umsetzung der Geschäftsprozesse inklusive der darin verarbeiteten Daten, der Implementierung in der Fachapplikation/Software und die genutzte IT-Infrastruktur beschreibt und bei wesentlichen Veränderungen für ein Durchlaufen des PDCA-Zyklus sorgen.

1.7 Dokumentenabhängigkeit

Bei der Erstellung dieser Unterlage wurden insbesondere nachfolgende Dokumente und darin enthaltene Informationen berücksichtigt:

- MeKidS.best_Evaluationskonzept Primärdaten_2021-10

- MeKidS.best_Prüfplan_2021-07-24
- MeKidS.best_Strukturerhebung_MeKidS.Praxen_Baseline_2021-03
- MeKidS.best_Strukturerhebung_MeKidS.units_Baseline_2021-0
- MeKidS.best_Inzidenzerhebung_MeKidS.Praxen_2021-01
- MeKidS.best_Inzidenzerhebung_MeKidS.units_2021-01
- MeKidS.best_Fallbezogene Evaluation_MeKidS.Praxen_2021-07
- MeKidS.best_Fallbezogene Evaluation_MeKidS.units_2021-07
- MeKidS.best_Fallbezogene Evaluation_MeKidS.units_Item 3 und 4 Gesamt_2021-07
- MeKidS.best_Fallbezogene Evaluation_Erfassung Abrechnungsdaten_MeKidS.units_2021-03
- MeKidS.best_Auswertungskonzept UWH_2021-07
- MeKidS.best_Auswertungskonzept UDE_2021-07
- MeKidS.best_Auswertungskonzept EsFoMed_2021-07

2 Vorgehensmodell

Das vorliegende Datenschutzkonzept ist in Anlehnung an das Vorgehen zum Standard-Datenschutzmodell [2] erstellt worden. Die Konzeption dieser Unterlage folgt dem nachfolgend beschriebenen Vorgehen.

1. **Definitionen und Erläuterung**

   Um ein grundlegendes Verständnis für den Geschäftsprozess und den Datenschutz zu schaffen, werden initial die dafür relevanten Begriffe definiert und die Konzepte von Gewährleistungszielen und Schutzbedarfsklassen beschrieben.

2. **Geschäftsprozessbeschreibung**

   Mit der allgemein-verständlichen Beschreibung der Geschäftsprozesse aus einer High-Level-Sicht („Grobsicht“) soll jedem Leser ein leichter Einstieg in die konkrete Thematik ermöglicht und zusätzlich eine Fokussierung auf die wesentlichen Aspekte hinsichtlich der Datenverarbeitung realisiert werden.

3. **Identifikation der Datenkategorien**

   Basierend auf der Darstellung der Geschäftsprozesse werden nachfolgend die personenbezogenen Daten oder Kategorien von Daten, die Gegenstand der Datenverarbeitung sind, identifiziert und beschrieben.

4. **Schutzbedarfsbewertung**

   Die in den Geschäftsprozessen verarbeiteten personenbezogenen Daten bzw. Kategorien von Daten werden anhand der elementaren Gewährleistungsziele in eine entsprechende Schutzbedarfsklasse eingeordnet.

5. **Datenschutzrechtliche Vorgaben und abgeleitete Anforderungen**

   In diesem Kapitel werden die relevanten bzw. notwendigen datenschutz-rechtlichen Rahmenbedingungen erfasst. Unter anderem sind dies die geltenden (allgemeinen) Datenschutzgesetze, aber möglicherweise auch Bereichs-, Fach- und / oder Landesgesetze sowie nachrangige Rechtsnormen und Standesrecht, die im Kontext des Geschäftsprozesses relevant sind.

   Basierend auf der vorhergehenden Darstellung der relevanten Rechtsnormen werden im Weiteren die konkret für die Geschäftsprozesse gewählten Rechtsgrundlagen abgeleitet und anschließend die sich daraus ergebenden rechtlich-organisatorischen Vorgaben zum Datenschutz beschrieben.

6. **Beschreibung von Komponenten- und Schnittstellen**

   In dieser Übersicht werden die technischen Akteure, Fachapplikationen, IT-Systeme und die Kommunikationsschnittstellen sowie die Infrastrukturkomponenten erläutert und diesen jeweils die verarbeiteten Daten bzw. Kategorien von Daten zugeordnet. Aus dieser

Zuordnung ergibt sich dann die Vererbung des Schutzbedarfs auf alle am Geschäftsprozess beteiligten System-Komponenten.

7. Risikobewertung

Anschließend werden die, sich aus der Beschreibung der Geschäftsprozesse und der Darstellung von Komponenten und Schnittstellen ergebenden Bedrohungen für Datenverarbeitung identifiziert und hinsichtlich ihrer Eintrittswahrwahrscheinlichkeit und der Schadensauswirkung bewertet.
Die Risikobewertung verfolgt einen integrativen Ansatz, bei dem auch solche Risiken mitbewertet werden, die sich wiederum aus den definierten technischen und organisatorischen Maßnahmen ergeben können.

8. Ableitung technischer und organisatorischer Maßnahmen zum Datenschutz

In Abhängigkeit des Schutzbedarfs der verarbeiteten personenbezogenen Daten und dem Ergebnis der Risikobewertung findet abschließend eine Festlegung der erforderlichen Maßnahmen zum Schutz der personenbezogenen Daten statt.

Betrachtungsebenen

Die Betrachtung aller datenschutzrechtlichen Aspekte, der Risiken für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen und die technischen und organisatorischen Maßnahmen erfolgt grundsätzlich in drei Schichten (Schicht 1: Geschäftsprozesse und Daten, Schicht 2: Fachapplikation / Software, Schicht 3: Infrastruktur).

- **Schicht 1: Geschäftsprozesse und Daten**
  Die angemessene datenschutzrechtliche Gestaltung der Geschäftsprozesse sowie der zugehörigen Datenschutz-Organisation bilden die oberste Schicht einer datenschutz-konformen Verarbeitung von personenbezogenen Daten. Neben der Definition der Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung, umfasst dies auch die Anforderungen an die Transparenz und Intervenierbarkeit, sowie abhängig vom jeweiligen Verarbeitungszweck, auch den Umfang der zu verarbeitenden personenbezogenen Daten („Datenminimierung“).

  Eine datenschutz-konforme Datenverarbeitung kann in der Regel nur dann durchgängig gewährleistet werden, wenn in der gesamten Organisation ein Datenschutz-Management (DSMS), implementiert wurde. Dieses bildet die erforderlichen Rahmenbedingungen (z.B. Führen des Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten, Risikomanagement) für die Umsetzung der konkreten Anforderungen des Datenschutzes, die sich aus den einzelnen Geschäftsprozessen ergeben.

- **Schicht 2: Fachapplikation / Software**
  Dieses Kapitel betrachtet die Anforderungen des Datenschutzes an die IT- Applikation(en), auch als sogenannte Fachapplikationen bezeichnet, in denen die personenbezogenen Daten der vorgenannten Geschäftsprozesse verarbeitet werden. Diese Anforde-

rungen leiten sich im Wesentlichen aus denen im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Geschäftsprozessen, sowie deren Schutzbedarf hinsichtlich der (elementaren) Gewährleistungsziele (Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit) ab.

- **Schicht 3: Infrastruktur**
  In der untersten Schicht der IT-Systemarchitektur bzw. Infrastruktur werden die Fachapplikationen, mit denen die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Geschäftsprozesse sowie die entsprechende Verarbeitung von personenbezogenen Daten realisiert werden, ausgeführt. Dieser Schicht sind alle für den technischen Betrieb erforderlichen Softwareprodukte (wie Virtualisierung, Betriebssysteme, Datenbanken, Authentifizierungs- und Autorisierungssysteme), die Netzwerkinfrastruktur (z.B. Switche, Kommunikationsinfrastruktur, Router und Firewalls), notwendige Hardware (z.B. Server, Speichersysteme wie SAN oder NAS, CPU- Cluster) und die bauliche Infrastruktur (wie Serverräume, Rechenzentrum) zuzuordnen.

3 Definitionen

In diesem Kapitel werden alle Begriffe, die im weiteren Verlauf dieses Dokuments bzw. in den referenzierten Unterlagen verwendet werden, erläutert und deren Bedeutung im Kontext dieser Ausarbeitung definiert. Mit diesen Ausführungen soll ein gemeinsames Verständnis für den beschriebenen Sachverhalt geschaffen und im weiteren Verlauf eine andernfalls möglicherweise notwendige Wiederholung dieser Erläuterungen vermieden werden.

3.1 Allgemeine Begriffe

Alle in diesen Abschnitt aufgeführten Erläuterungen und Definitionen sind weitestgehend der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entnommen oder fassen diese sinngemäß zusammen. Aus diesem Grunde richten sich diese Ausführungen primär an Leser, denen die Termini des Datenschutzes, nicht umfänglich bekannt sind.

3.1.1 Personenbezogene Daten

Als „personenbezogene Daten“ (pbD) werden „alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen“, verstanden. Die Identifikation einer Person wird dabei über eine direkte (z. B. Name) oder indirekte (z. B. Kennnummer, besondere(s) Merkmale) Zuordnung von einem Merkmal, mehreren Merkmalen oder der Kombination von Merkmalen realisiert.

3.1.2 Besondere Kategorie personenbezogener Daten

Als besondere Kategorie personenbezogener Daten (bKpD) werden unter anderem Daten bezeichnet, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die sexuelle Orientierung hervorgehen bzw. bei denen es sich um genetische, biometrische Daten oder Gesundheitsdaten handelt.

3.1.3 Verarbeitung

Der Begriff „Verarbeitung“ beschreibt jeden Vorgang, der im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten ausgeführt wird. Es ist dabei unerheblich, ob dieser mit oder ohne Unterstützung automatisierter („IT-gestützter“) Verfahren erfolgt. Unter anderem umfasst dies die Erhebung/Erfassung, Speicherung, Änderung, Löschung/Vernichtung, Abfrage/Verwendung oder Übermittlung/Verbreitung von personenbezogen Daten.

3.1.4 Betroffene Person

Als betroffene Person (oder auch Betroffener) wird eine natürliche Person bezeichnet, deren personenbezogene Daten Gegenstand einer Verarbeitung sind.

3.1.5 Verantwortliche Stelle

Eine „verantwortliche Stelle“ ist jede Stelle (natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung, usw.), die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet und für diese datenschutz-rechtlich verantwortlich ist.

3.1.6 Auftragsverarbeiter

Unter einem „Auftragsverarbeiter“ wird eine Stelle (z. B. juristische Person, Behörde, Einrichtung, usw.) verstanden, die im Auftrag einer verantwortlichen Stelle und - nach deren Weisung - personenbezogene Daten verarbeitet. Im allgemeinen Sprachgebrauch kann synonym auch der Begriff „Dienstleister“ genutzt werden.

3.1.7 Dritter

Jede sonstige Stelle (z. B. natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung, usw.), bei der es sich nicht um die betroffene Person selbst, die verantwortliche Stelle (bzw. in unmittelbarer Verantwortung für ihn tätige Personen) oder von ihm beauftragte Auftragsverarbeiter handelt, wird als „Dritter“ bezeichnet.

3.1.8 Empfänger

Ein „Empfänger“ ist eine andere Stelle (z. B. natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung, usw.), gegenüber der eine verantwortliche Stelle personenbezogene Daten offengelegt hat, unabhängig davon, ob es sich bei ihr um einen Dritten handelt oder nicht. Behörden, die im Rahmen eines bestimmten Untersuchungsauftrages nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten möglicherweise personenbezogene Daten erhalten, gelten jedoch nicht als Empfänger. Die Verarbeitung dieser Daten durch die genannten Behörden erfolgt im Einklang mit den geltenden Datenschutzvorschriften gemäß den Zwecken der Verarbeitung.

3.1.9 Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten

Eine unbeabsichtigte oder unrechtmäßige Vernichtung (Löschung), der Verlust, die Veränderung oder unbefugte Offenlegung bzw. der unbefugte Zugang zu personenbezogenen Daten, die in irgendeiner Form verarbeitet wurden, stellt eine Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten (alternativ: Datenschutzverletzung) dar.

3.1.10 Verarbeitungstätigkeit

Eine Verarbeitungstätigkeit beschreibt jede - mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren - durchgeführte Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu einer oder mehreren Zweckbestimmungen. Im weiteren Verlauf des Dokuments wird synonym der Begriff „Geschäftsprozess“ genutzt.

3.1.11 Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeit (Geschäftsprozesse)

Das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten stellt sowohl die Übersicht sowie die Erläuterung aller Verarbeitungstätigkeiten eines Unternehmens dar, in welchen personenbezogene Daten verarbeitet werden. Eine Verarbeitungstätigkeit bezeichnet hierbei einen Prozess auf abstrakter Ebene zusammengefasst hinsichtlich seiner Zweckbestimmung. Es lassen sich grundsätzlich auch Prozesse mit gleicher Zweckbestimmung und Prozessstruktur in einer Verarbeitungstätigkeit darstellen.

3.2 Kontext-spezifische Begriffe

Für den Kontext dieses Dokumentes gelten zusätzlich auch die folgenden Erläuterungen und Definitionen. Sofern für den jeweiligen Begriff ein Äquivalent in der DSGVO gegeben ist,

wurde auch die entsprechende Bedeutung übernommen oder sinngemäß zusammengefasst. In allen anderen Fällen wurden - sofern nicht explizit anders angegeben - die Begriffe von den Autoren selbst definiert.

3.2.1 Anonymisierung

Die Anonymisierung personenbezogener Daten bezeichnet einen Vorgang, bei welchem die personenbezogenen Daten derart verändert werden, dass eine anschließende Zuordnung der Daten zur ursprünglich betroffenen Person nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand von Zeit und Ressourcen möglich ist (Re-Identifizierung).

3.2.2 Berufsgeheimnisträger i.S.d. § 203 StGB

Bei Berufsgeheimnisträgern handelt es sich um Berufsgruppen die bzgl. der Informationen, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit erlangen, besonderen Geheimhaltungspflichten unterliegen. Dies wird mit der besonderen Vertrauensstellung der Tätigkeit begründet. Für die Berufsträger sowie deren Angestellten stellt die unbefugte Offenbarung der Informationen einen Straftatbestand da.
Zu den Berufsgeheimnisträgern zählen u.a. Ärzt:innen, medizinisches und pflegerisches Personal, Steuerberater:innen, Wirtschaftsprüfer:innen, Mitarbeitende von privaten Krankenversicherungen, Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes (MD) oder einer privatärztlichen Abrechnungsstelle.

3.2.3 Gesundheitsdaten

Alle personenbezogenen Daten, einschließlich der Daten für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit der betroffenen Person beziehen bzw. aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen werden als „Gesundheitsdaten“ bezeichnet. Hierbei handelt es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten.

3.2.4 MeKidS.unit

Im Projekt MeKidS.best werden die teilnehmenden Krankenhäuser als MeKidS.unit bezeichnet. Eine MeKidS.unit

- nimmt an dem Projekt „Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet - Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung“ teil,
- 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.

3.2.5 MeKidS.team

Ein MeKidS.team ist ein multiprofessionelles Team und umfasst insbesondere die Professionen Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit,

- 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.

3.2.6 MeKidS.Praxen

Eine MeKidS.Praxis nimmt an dem Projekt „Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet - Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung“ teil,

- entwickelt zeitnah im Verlauf des Projektes ein Versorgungskonzept für den Praxisalltag bei Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf eine Vernachlässigung, Misshandlung und/oder Missbrauch
- ist 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
- hat einen festen regionalen Ansprechpartner im Kinder- und Jugendhilfebereich, bzw. setzt sich zum Ziel, diesen zeitnah zu finden, um eine Übergabe bzw. Beratung auch ohne Einschalten der Unit zu bewerkstelligen zu können.

3.2.7 MeKidS.best Einrichtungen

Der Begriff MeKidS.best Einrichtungen bezieht sich auf im Projekt MeKidS.best teilnehmende medizinische Einrichtungen und schließt sowohl Krankenhäuser (MeKidS.units) als auch Praxen (MeKidS.Praxen) ein.

3.2.8 MeKidS.best Fall

Ein MeKidS.best Fall ist folgendermaßen definiert (= Einschlusskriterien in die Versorgungsstudie):

- Kinder und Jugendliche von 0 bis einschließlich 17 Jahren
- UND bei denen Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen
- UND bei denen ein Abklärungsprozess initiiert wird
- UND die gesetzlich krankenversichert sind.

3.2.9 Re-Identifikation

Eine nicht berechtigte Zuordnung von pseudonymisierten oder anonymen Daten zu einer identifizierten, betroffenen Person wird als Re-Identifikation bezeichnet.

Eine Re-Identifikation kann prinzipiell durch direktes Erlangen der Kenntnis einer Zuordnungsliste, der Abbildungsvorschrift für die Erzeugung von Pseudonymen, dem Vielfachen-Ausprobieren, mittels statistischer Methoden oder dem Verknüpfen von weiteren Informationen (z.B. aus mehreren Datenquellen) realisiert werden.

3.3 Gewährleistungsziel

Der Begriff Gewährleistungsziel wurde erstmals im Standard-Datenschutzmodell [2] definiert und versteht sich als Pendant zu dem aus der Informationssicherheit bekannten Begriff „Schutzziel“. Die Bedeutung der Schutz- bzw. (elementaren) Gewährleistungsziele ist in beiden Themenfeldern ähnlich, jedoch soll mit der Definition der Gewährleistungsziele insbesondere eine Datenschutz-Terminologie aufgebaut werden. Aus diesem Grund wird hinsichtlich möglicher Schadensauswirkungen für die einzelnen Gewährleistungsziele auch immer die Sichtweise der betroffenen Person eingenommen.

3.3.1 Elementare Gewährleistungsziele

Die drei elementaren Gewährleistungsziele (Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität) werden sowohl im Datenschutz als auch in der IT-Sicherheit als die „klassischen“ Ziele bezeichnet.

- **Vertraulichkeit**
  Die Vertraulichkeit beschreibt die Anforderung, dass ein personenbezogenes Datum von Unbefugten nicht zur Kenntnis genommen werden kann. Ein Unbefugter ist jede Person oder Stelle, die nicht auf Grund der Zweckbindung der Datenerarbeitung zur Kenntnisnahme berechtigt ist.

- **Verfügbarkeit**
  Die Verfügbarkeit beschreibt die Anforderung, dass die notwendigen personenbezogenen Daten zum entsprechenden Zeitpunkt für den definierten Verwendungszweck und in angemessener Qualität zur Verfügung stehen.

- **Integrität**
  Die Integrität beschreibt die Anforderung, dass die für einen bestimmten Verwendungszweck zu verarbeitenden personenbezogenen Daten unversehrt, vollständig und aktuell sind und eine unbeabsichtigte Veränderung festgestellt werden kann.

3.3.2 Rechtliche Gewährleistungsziele

Neben den oben aufgeführten Gewährleistungszielen ergeben sich aus den Grundsätzen der Gesetze zum Datenschutz weitere rechtlichen Gewährleistungsziele. Diese werden in diesem Konzept nicht einzeln betrachtet, sondern deren Einhaltung ergibt sich aus dem „privacy-by-design“ Ansatz bzw. wird über die vorgenannten elementaren Gewährleistungszielen realisiert.

- **Transparenz**
  Die Verarbeitung personenbezogener Daten muss für die betroffene Person grundsätzlich nachvollziehbar sein. Erst mit Erfüllung dieser Anforderung kann die betroffene Person tatsächlich Ihre Rechte zum Datenschutz in Anspruch nehmen bzw. sind diese erst erfüllbar.

- **Datenminimierung**

Die Datenminimierung ist einer der Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten und beschreibt die Anforderung, dass die Datenverarbeitung auf das unvermeidliche bzw. das erforderliche/notwendige Maß zu beschränken ist.

- **Intervenierbarkeit**
  Mit der Intervenierbarkeit sind im Wesentlichen die Rechte der betroffenen Person auf Widerspruch, Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung der eigenen Daten beschrieben. Dies umfasst auch die Anforderung, dass diese Rechte tatsächlich technisch oder organisatorisch umsetzbar sind.

- **Nichtverkettbarkeit**
  Die Nichtverkettbarkeit beschreibt die Anforderung, dass Informationen innerhalb der Datenverarbeitung ausschließlich für legitime Zwecke genutzt werden und diese Zweckbindung im Verlaufe des Verarbeitungsprozesse erhalten bleibt.

- **Belastbarkeit**
  Unter Belastbarkeit versteht man die Klärung von Schadensereignissen, Störungen und Angriffen, die eine negative Wirkung auf die regulären Abläufe haben können und die Identifizierung von Gegenmaßnahmen. Eine Betrachtung, ob die Gegenmaßnahmen zielführend sind und zeitnah umgesetzt werden können, ist zu evaluieren.

3.4 Schutzbedarf

Die Einstufung in unterschiedliche Schutzbedarfsklassen findet ihre Anwendung sowohl in der Informationssicherheit als auch im Datenschutz. Im Allgemeinen handelt es sich um eine Einordnung des Geschäftsprozesses bzw. der verarbeiteten Daten in eine Schutzbedarfsklasse. Die Grundlage für diese Einordnung bilden die potenziellen Schadensauswirkungen in Bezug auf die vorgenannten Gewährleistungsziele.

Mit dem besonderen Fokus auf den Datenschutz wird für die Schutzbedarfsklassen in diesem Dokument die Definition des Standard-Datenschutzmodell (SDM, [2]) verwendet. Bei diesem Vorgehen wird für die Beurteilung der potenziellen Auswirkungen eines Schadensszenarios immer die Sichtweise der betroffenen Person eingenommen. Die Informationssicherheit verwendet für die Bewertung davon abweichend die Perspektive der jeweiligen Organisation und betrachtet zusätzlich Informationsklassen, die keine personenbezogenen Daten enthalten.

3.4.1 Schutzbedarfsklasse „NORMAL“

„Die Schadenauswirkungen sind begrenzt und überschaubar, sowie etwaig eingetretene Schäden für betroffene Personen relativ leicht durch eigene Aktivitäten zu heilen“.

Tab. 1 Schutzbedarfsklasse NORMAL

Schadenszenario	Erläuterung

Unrechtmäßige Datenverarbeitung (Verstoß gegen Gesetze / Vorschriften / Verträge)	Transparente unrechtmäßige Datenverarbeitung im anzunehmenden Interesse des Betroffenen, Interventionsmöglichkeit sind für die betroffene Person vorhanden.
Beeinträchtigungen für informationelle Selbstbestimmung	Jede Verarbeitung personenbezogener Daten einer betroffenen Person.
Beeinträchtigungen des Ansehens und der Reputation einer betroffenen Person	Eine geringe bzw. nur interne Ansehens- oder Reputationsbeeinträchtigung ist möglich, die Interventionsmöglichkeiten für die betroffene Person sind vorhanden.
Beeinträchtigungen der persönlichen Unversehrtheit einer betroffenen Person	Eine Beeinträchtigung wirkt unwahrscheinlich.
Finanzielle Auswirkungen für eine betroffene Person	Der finanzielle Schaden bleibt für die betroffene Person tolerabel oder kann vom Verursacher oder Dritten restituiert werden.
Auswirkungen auf nicht unmittelbar Betroffene (Grundrechtsausübung)	Erhebliche negative gesellschaftliche Auswirkungen sind nicht ausgeschlossen.

3.4.2 Schutzbedarfsklasse „HOCH“

„Die Schadensauswirkungen werden für die betroffene Person als beträchtlich eingeschätzt und diese kann nicht eigenständig für eine Heilung sorgen, sondern ist auf eine Unterstützung Dritter angewiesen.“

Tab. 2 Schutzbedarfsklasse HOCH

Schadenszenario	Erläuterung
Unrechtmäßige Datenverarbeitung (Verstoß gegen Gesetze / Vorschriften / Verträge)	Eine unrechtmäßige Datenverarbeitung, die im Allgemeinen nicht im Interesse der betroffenen Person liegt.
Beeinträchtigungen für informationelle Selbstbestimmung	Verarbeitung personenbezogener Daten der betroffenen Person, die einen weitreichenden Einblick in dessen Persönlichkeit oder dessen mögliches Verhalten und Handeln erlaubt.

Beeinträchtigungen des Ansehens und der Reputation einer betroffenen Person	Eine Ansehens- oder Reputationsbeeinträchtigung ist zu erwarten, Interventionsmöglichkeiten für die betroffene Person sind beschränkt, sie ist auf externe Unterstützung angewiesen ist.
Beeinträchtigungen der persönlichen Unversehrtheit einer betroffenen Person	Eine Beeinträchtigung der persönlichen Unversehrtheit kann nicht ausgeschlossen werden.
Finanzielle Auswirkungen für eine betroffene Person	Der Schaden bewirkt beachtliche finanzielle Verluste für die betroffene Person, ist jedoch noch nicht existenzbedrohend.
Auswirkungen auf nicht unmittelbar Betroffene (Grundrechtsausübung)	Erhebliche negative gesellschaftliche Auswirkungen sind zu befürchten.

3.4.3 Schutzbedarfsklasse „SEHR HOCH“

„Die Schadensauswirkungen nehmen für die betroffene Person ein unmittelbar existentiell bedrohliches, katastrophales Ausmaß an.“

Tab. 3 Schutzbedarfsklasse SEHR HOCH

Schadenszenario	Erläuterung
Unrechtmäßige Datenverarbeitung (Verstoß gegen Gesetze / Vorschriften / Verträge)	Eine unrechtmäßige Datenverarbeitung, die dem Interesse der betroffenen Person klar widerspricht und unmittelbare konkrete negative Folgen hat.
Beeinträchtigungen für informationelle Selbstbestimmung	Verarbeitung besonders schützenswerter personenbezogener Daten der betroffenen Person, die dazu führen, dass eine betroffene Person weitestgehend von den Aktivitäten einer Organisation gesteuert und davon abhängig wird.
Beeinträchtigungen des Ansehens und der Reputation einer betroffenen Person	Ein starke Ansehens- oder Reputationsbeeinträchtigung ohne Interventionsmöglichkeiten für die betroffenen Personen, eventuell sogar Existenz gefährdender Art, ist denkbar.
Beeinträchtigungen der persönlichen Unversehrtheit einer betroffenen Person	Gravierende Beeinträchtigungen der persönlichen Unversehrtheit mit Gefahr für Leib und Leben sind möglich.
Finanzielle Auswirkungen für eine betroffene Person	Der finanzielle Schaden ist für die betroffene Person existenzbedrohend.

Auswirkungen auf nicht unmittelbar Betroffene (Grundrechtsausübung)	Erhebliche negative gesellschaftliche Auswirkungen sind zu erwarten.

4 Geschäftsprozessbeschreibung

Dieses Kapitel ist der obersten Schicht in dem Vorgehensmodell zuzuordnen und stellt die Geschäftsprozesse sowie die darin verarbeiteten personenbezogenen Daten, für die dieses Datenschutzkonzept gilt, dar. Die späteren Kapitel und datenschutzrechtliche Anforderungen nehmen immer Bezug auf diese Beschreibungen.

4.1 Zielsetzung

Die Evaluation des Projektes MeKidS.best erfolgt in den vier Dimensionen Strukturqualität, Ergebnisqualität, Prozessqualität und Gesundheitsökonomie. Um über den zeitlichen Verlauf des Projektes eine Veränderung und Wirksamkeit der MeKidS.best Projektmaßnahmen (wie bspw. Schulungen von medizinischem Personal, Entwicklung von regionalen Netzwerken zwischen Gesundheits- und Jugendhilfeeinrichtungen, etc.) zu untersuchen, findet die Evaluation in zwei Phasen, der „Baselineerhebung“ (01.07.-31.12.2020) und der „Erprobungsphase“ (aufgeteilt in Jahr 1 der Erprobungsphase (01.01.-31.12.2021) und Jahr 2 der Erprobungsphase (01.01.-31.12.2022)), statt.

In der Baselineerhebung wird die initiale Ausgangslage zu der jeweiligen Fragestellung bestimmt und diese wird dann zu den späteren Datenerhebungen (Erprobungsphasen), um damit potentielle Veränderungen der abgefragten Parameter zu evaluieren, in Relation gesetzt. Diese Evaluation ist als retrospektive Auswertung über die ambulante und stationäre Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung sowie die diesbezügliche einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit konzipiert. Dazu werden in den Erprobungsphasen für alle MeKidS.best-Fälle fallbezogene Fragebögen ausgefüllt. Zudem werden die Inzidenzen quartalsweise erfragt und zu verschiedenen Zeitpunkten Daten zur Struktur (räumliche, apparative und personelle Ausstattung) der beteiligten Kliniken und Praxen erhoben.

4.2 Geschäftsprozesse

In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Geschäftsprozesse, mit dem Fokus auf den Anforderungen hinsichtlich des Datenschutzes, beschrieben. Aus diesem Grunde werden alle Anwendungsfälle (sogenannte Use-Cases), deren Differenzierung zwar für die Umsetzung oder Implementierung einer Software relevant sein können, jedoch hinsichtlich der verarbeiten Daten bzw. Kategorien von Daten keine Auswirkungen haben, für das bessere Verständnis zusammengefasst. Die Bezeichnungen der Anwendungsfälle werden in den weiteren Kapiteln immer als Referenz genutzt.

Mit den nachfolgend beschriebenen Geschäftsprozessen werden alle Phasen der Evaluation des Projektes MeKidS.best abgedeckt bzw. laufen die Geschäftsprozesse innerhalb der verschiedenen Projektphasen, zu den jeweils angegebenen Zeitpunkten, ab.

4.2.1 Übermittlung von Zugangsdaten

Die Evaluation des MeKidS.best Projektes erfolgt in den Dimensionen Strukturqualität, Ergebnisqualität, Prozessqualität und Gesundheitsökonomie. Die Grundlage für diese Evaluationen bilden einerseits die Angaben zur personellen und apparativen Ausstattung der jeweili-

gen MeKidS.best Einrichtung, sowie anderseits die Behandlungsdokumentationen der MeKidS.best Fälle mit den dokumentierten Maßnahmen, zeitlichen Verbräuchen, den kodierten Diagnosen sowie Operationen und Prozeduren. Die Übermittlung dieser Daten von den MeKidS.best Einrichtungen erfolgt, für alle Dimensionen, mit einer webbasierten Software („Nutzung durch einen Standardbrowser“).

Ziel:
Die MeKidS.units und MeKidS.Praxen erhalten die jeweiligen individuellen Zugangsdaten für die Eingabe der Fragebögen in der webbasierten Software. Dabei muss gewährleistet werden, dass der Betreiber dieser webbasierten Software bzw. die Evaluatoren über die Zugangsdaten keine Zuordnung zur jeweiligen MeKidS.unit und MeKidS.Praxis herstellen können.

Vorbedingungen:
Für die Durchführung dieses Use-Cases existieren keine Vorbedingungen.

Ablauf:

1. Der Konsortialpartner Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie (UW/H-DfP) übermittelt die Zugangsdaten (Kennung und Passwort) für alle MeKidS.best Einrichtungen zu der Erfassungssoftware an die Konsortialführung MedEcon Ruhr.
2. MedEcon Ruhr ordnet die Zugangsdaten den teilnehmenden MeKidS.best Einrichtungen in einer für die UW/H-DfP unbekannten Weise zu.
3. Anschließend werden diese Zugangsdaten von MedEcon Ruhr an die Projektleiter:innen der MeKidS.best Einrichtungen übermittelt.
4. Die in diesem Geschäftsprozess übermittelten Zugangsdaten werden von den MeKidS.best Einrichtungen für alle nachfolgend aufgeführten Geschäftsprozesse genutzt.

Akteure:

- UW/H-DfP
  Die Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie verantwortet die Programmierung der Fragebögen für die weiteren Fragestellungen der Evaluation und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software (Eingabe und Export) für die webbasierte Erfassung.
- MedEcon Ruhr
  Die MedEcon Ruhr ist der Konsortialführer des Projektes MeKidS.best und verwaltet die Zuordnung der Benutzerkennungen der teilnehmenden MeKidS.best-Einrichtungen.
- Projektleiter:innen der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung
  Die Projektleiter:innen sind die in der jeweiligen Einrichtung für das MeKidS.best Projekt verantwortlichen Personen und organisieren auf Seiten der MeKidS.units und MeKidS.Praxen die Erfassung der Daten. Die Benennung erfolgt durch die jeweilige Einrichtung.

4.2.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der Strukturerhebung geben die MeKidS.units und MeKidS.Praxen an, unter welchen strukturellen Gegebenheiten ihre Tätigkeit stattfindet. Es wird erfasst bspw. auf welche Qualifikationen, Kompetenzen und Ausstattungen in der einzelnen MeKidS.best Einrichtungen zurückgegriffen werden kann. In der Strukturerhebung werden keine personenbezogenen Daten von Patient:innen oder Mitarbeitenden erhoben.

Ziel:
Die Erfassung der Strukturqualität, über die vorgenannten Rahmenbedingungen, findet in den MeKidS.units und den MeKidS.Praxen einmal innerhalb des Zeitraums der Baselineerhebung und jeweils einmal in den beiden Jahren der Erprobungsphase statt. Die im Geschäftsprozess „Durchführung der Strukturerhebung“ erhobenen „Strukturdaten“ (vgl. 4.3.1) werden für die Evaluation der Dimensionen „Strukturqualität“ genutzt.

Vorbedingungen:
Alle Projektleiter:innen der MeKidS.best-Einrichtungen bzw. die in der jeweiligen Einrichtung benannten/berechtigten Personen sind zur Erfassung der notwendigen Angaben in der webbasierten Software geschult und haben die jeweiligen Zugangsdaten erhalten (gemäß Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl.4.2.1).

Ablauf:

1. Die Projektleiter:innen in den MeKidS.units bzw. in den MeKidS.Praxen melden sich mit ihren Zugangsdaten zu dem webbasierten Fragebogen („Strukturdaten“) an und beantworten die Fragen.
2. Die UW/H-DfP ruft die Strukturdaten in der webbasierten Softwarelösung ab. Die teilnehmenden MeKidS.units sind aufgrund der inhaltlichen Angaben des Fragebogens prinzipiell identifizierbar und deren strukturelle Entwicklung ist nachvollziehbar.
3. Die Strukturdaten werden an die Evaluatoren (UW/H-LfFSP, EsFoMed) per verschlüsselter ZIP-Datei versendet. Die Übermittlung des Passwortes erfolgt auf einem anderen Weg.

Optionale Erweiterung:

- Zu 2: Die UW/H-DfP übermittelt die Kennungen der MeKidS.Praxen, welche Strukturdaten übermittelt haben, an den Konsortialführer MedEcon Ruhr. Der Konsortialführer vergütet den betreffenden MeKidS.Praxen die Dokumentation ihrer Strukturqualität.
- Zu 2a: Die UW/H-DfP übermittelt die Kennungen aller MeKidS.best-Einrichtungen, die keine Strukturdaten übermittelt haben, an den Konsortialführer MedEcon Ruhr. Die MedEcon Ruhr erinnert die betreffenden MeKidS.best Einrichtungen an nicht ausgefüllte Fragebögen.

Akteure:

- Benannte/berechtigte Person
  Ist die Person in der MeKidS.unit und MeKidS.Praxen, die für das Ausfüllen und die Übermittlung der Fragebögen zur Strukturerhebung verantwortlich ist.

- UW/H-DfP
  Die Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie verantwortet die Programmierung der Fragebögen für die Strukturdaten und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software für die webbasierte Erfassung.
- MedEcon Ruhr
  Die MedEcon Ruhr ist der Konsortialführer des Projektes MeKidS.best und ist für die Vergütung der MeKidS.Praxen pro ausgefülltem Fragebogen sowie für die Erinnerung bei fehlenden Fragebögen verantwortlich.
- UW/H-LfFSP
  Die Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Psychologie und Psychotherapie, Lehrstuhl für Forschungsmethodik und Statistik in der Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ostermann (UW/H-LfFSP) ist Empfänger der Strukturdaten und verantwortet die Evaluation der Strukturqualität sowie deren Aufbereitung für nachgelagerte Auswertungen.
- EsFoMed
  Das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH (Leitung Dr. Silke Neusser) ist Empfänger von Strukturdaten und führt damit eigene Auswertungen zur Gesundheitsökonomie aus.

4.2.3 Durchführung der Inzidenzerhebung

Die Dimension der Ergebnisqualität wird durch die Inzidenzen evaluiert. Dabei wird in jeder MeKidS.best Einrichtung für das Gesamtkollektiv der versorgten Patienten (Alter 0-17 Jahre und gesetzlich krankenversichert) die Relation der absoluten Fallzahlen zu der Anzahl von MeKidS.best Fällen (vgl. 3.2.8) ermittelt. Die Übermittlung des „Inzidenzbogens“ (vgl. 4.3.2) von den MeKidS.best Einrichtungen erfolgt mittels einer webbasierten Software („Nutzung durch einen Standardbrowser“).

Ziel:
Die „Durchführung der Inzidenzerhebung“ in den MeKidS.units und den MeKidS.Praxen erfolgt sowohl für die Baselineerhebung als auch für die Erprobungsphase retrospektiv. Die MeKidS.best Einrichtungen übermitteln immer für das vorangegangene Quartal die „Inzidenzdaten“ rückwirkend über die Software an die Evaluatoren. Für die Baselineerhebung erfolgt die „Durchführung der Inzidenzerhebung“ rückwirkend für die letzten beiden Quartale (Q3/Q4 2020).

Vorbedingungen:
Alle Projektleiter*:innen der MeKidS.best-Einrichtungen bzw. die in der jeweiligen Einrichtung benannten/berechtigten Personen sind zur Erfassung der notwendigen Angaben in der webbasierten Software geschult und haben die jeweiligen Zugangsdaten gemäß Geschäftsprozess (vgl. 4.2.1) erhalten.

Ablauf:

1. In den MeKidS.best Einrichtungen werden im Rahmen der Behandlung nach der individuellen, hausinternen Regelung der jeweiligen Einrichtungen die MeKidS.best Fälle markiert.
2. Mit Beginn eines Quartals werden rückwirkend für den vorangegangen Zeitraum, von einer an der Behandlung beteiligten oder gemäß internen Regelungen anderweitig zur Einsichtnahme in die Fallakte berechtigten Person (Erfüllungsgehilfe), die erforderlichen Daten zusammengetragen.
3. Anschließend wird der „Inzidenzbogen“ (vgl. 4.3.2) von einer in der MeKidS.best Einrichtung dafür benannten/berechtigten Person in der webbasierten Software erfasst.
4. Mit Absenden (Speichern) des Fragebogens seitens der eingebenden Personen werden die Daten an die UW/H-DfP übermittelt. Eine Korrektur oder ein erneuter Abruf dieser Daten ist für die MeKidS.best Einrichtungen regelhaft nicht mehr möglich.
5. Die Inzidenzdaten werden an die Evaluatoren (UW/H-LfFSP) per verschlüsselter ZIP-Datei versendet. Die Übermittlung des Passwortes für die ZIP-Datei geschieht auf einem anderen Weg.

Optionale Erweiterung:

- Zu 2: In den einzelnen MeKidS.best Einrichtungen kann es vorkommen, dass die benannte Person alleine nicht sämtliche Angaben, aus den vorhandenen Unterlagen erheben kann (z.B. Anzahl der Arbrechnungsfälle). Die jeweiligen MeKidS.best Einrichtungen treffen dafür individuelle interne Regelungen (für den internen Datenfluss). Diese Regelungen liegen im Verantwortungsbereich der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung und sind kein Gegenstand dieses Datenschutzkonzeptes.
- Zu 4: In einzelnen Fällen kann es vorkommen, dass nach dem Absenden des Fragebogens eine fehlerhafte Eingabe festgestellt wird. In diesem Fall kann die MeKidS.best Einrichtung dies dem Konsortialführer MedEcon Ruhr melden. MedEcon Ruhr teilt der UW/H-DfP daraufhin die Kennung der MeKidS.best Einrichtung mit, für die ein erneutes Eingeben/Ändern kurzzeitig ermöglicht werden soll.
- Zu 4a: Die UW/H-DfP übermittelt die Kennungen der MeKidS.Praxen, welche Inzidenzdaten übermittelt haben, an den Konsortialführer MedEcon Ruhr. Der Konsortialführer vergütet den betreffenden MeKidS.Praxen die Dokumentation der Inzidenzdaten.
- Zu 4b Die UW/H-DfP übermittelt die Kennungen aller MeKidS.best Einrichtungen, die keine Inzidenzdaten übermittelt haben, an den Konsortialführer MedEcon Ruhr. Die MedEcon Ruhr erinnert die betreffenden MeKidS.best Einrichtungen an nicht ausgefüllte Fragebögen.

Akteure:

- Benannte/berechtigte Person
  Ist die Person in der MeKidS.best Einrichtung, die für das Ausfüllen und die Übermittlung der Fragebögen verantwortlich ist.
- UW/H-DfP

Die Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie verantwortet die Programmierung der Fragebögen für die weiteren Fragestellungen der Evaluation und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software (Eingabe, Prüfung des Vorliegens der Anonymität und Export) für die webbasierte Erfassung.

- UW/H-LfFSP
  Die Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Psychologie und Psychotherapie, Lehrstuhl für Forschungsmethodik und Statistik in der Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ostermann (UW/H-LfFSP) ist Empfänger der Inzidenzdaten und verantwortet die Evaluation der Ergebnisqualität sowie deren Aufbereitung für nachgelagerte Auswertungen.
- MedEcon Ruhr
  Die MedEcon Ruhr ist der Konsortialführer des Projektes MeKidS.best und ist für die Vergütung der MeKidS.Praxen pro ausgefüllten Fragebogen sowie für die Erinnerung der MeKidS.Einrichtungen bei fehlenden Fragebögen verantwortlich.

4.2.4 Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Um die Dimensionen der Prozessqualität und der Gesundheitsökonomie zu evaluieren, werden im Geschäftsprozess „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ die Aspekte der „Ressourcenverbräuche“, der „scoresheets/Fallvignetten“, der „Abrechnungsdaten“ und „projektbezogenen Fragen“ mit einem umfassenden Bogen (vgl. 4.3.6) erhoben.
Für die Evaluation der Prozessqualität werden die MeKidS.best Fälle (vgl. 3.2.8) in Bezug auf die leitlinienkonforme Detektion und Versorgung sowie einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdung über den Verlauf der Phasen ausgewertet.

Über die Auswertung der „Ressourcenverbräuche“ (Personalressourcen für Gespräche mit Patienten:innen/Personensorgeberichtigten/Dritten, apparative Untersuchungen, usw.) soll der tatsächliche Aufwand im Rahmen des Abklärungsprozesses von MeKidS.best Fällen ermittelt werden.

Demgegenüber werden mit den „Abrechnungsdaten“ die Kosten erhoben, die ein Leistungserbinger aktuell im Rahmen der Regelversorgung gegenüber den Kostenträgern geltend machen kann. Ziel ist es, ein Vergütungsmodell zu entwickeln, dass die Leistungen des kinderschutzbezogenen Abklärungsprozesses berücksichtigt.
Die Übermittlung dieser Daten von den MeKidS.best Einrichtungen erfolgt mit einer webbasierten Software („Nutzung durch einen Standardbrowser“).

Ziel:
Die „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ findet in den MeKidS.units und den MeKidS.Praxen in der ersten Erprobungphase rückwirkend und in der zweiten Erprobungsphase fortlaufend, immer nach Fallabschluss, statt. Die MekidS.best Einrichtungen übermitteln die Fragebögen zur „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ nach Entlassung/Fallabschluss und Vorliegen aller relevanten Daten (z.B. Abrechnung) mit einer webbasierten Software. In den MeKidS.units erfolgt zusätzlich für die Baseline die „Datenerhebung fallbezo-

gene Evaluation“ rückwirkend für die letzten beiden Quartale (Q3/Q4 2020). Für die MeKidS.Praxen findet keine diesbezügliche Baselineerhebung statt. Der Konsortialführer MedEcon Ruhr vergütet die MeKidS.Praxen für jede durchgeführte MeKidS.best Fallerhebung.

Vorbedingungen:
Alle Projektleiter:innen der MeKidS.best Einrichtungen bzw. die in der jeweiligen Einrichtung benannten/berechtigten Personen sind zur Erfassung der notwendigen Angaben in der webbasierten Software geschult und haben die jeweiligen Zugangsdaten (vgl. 4.2.1) erhalten. Es liegt für die MeKidS.best Einrichtung ein positives Ethikvotum zur Evaluation vor und die notwendigen Datennutzungsverträge sind abgeschlossen.

Ablauf:

1. In den MeKidS.best Einrichtungen werden im Rahmen der Behandlung, nach der individuellen, hausinternen Regelung der jeweiligen Einrichtung die MeKidS.best Fälle markiert.
2. Nach Fallabschluss werden von einer an der Behandlung beteiligten oder gemäß interner Regelung anderweitig zur Einsichtnahme in die Fallakte bzw. die Leistungsdokumentation berechtigten Person (Erfüllungsgehilfe) rückwirkend die erforderlichen Inhalte zusammengetragen.
3. Anschließend werden diese Daten der „fallbezogenen Evaluationsdokumentation“ von einer in der MeKidS.best Einrichtung dafür benannten/berechtigten Person in der webbasierten Software, gesammelt in einem Fragebogen (vgl. 4.3.6), erfasst.
4. Mit Absenden (Speichern) des Fragebogens seitens der eingebenden Personen werden die Daten der MeKidS.best Fallerhebung an die UW/H-DfP übermittelt. Eine Korrektur oder ein erneuter Abruf dieser Daten ist für die MeKidS.best Einrichtungen regelhaft nicht mehr möglich.

Optionale Erweiterung:

- Zu 2: In den einzelnen MeKidS.best Einrichtungen kann es vorkommen, dass die benannte Person alleine nicht sämtliche Angaben aus den vorhandenen Unterlagen erheben kann (z.B. Abrechnungsdaten). Die jeweiligen MeKidS.best Einrichtungen treffen dafür individuelle interne Regelungen (z.B. gemeinsame Termine für die Erhebung, Laufzettel, usw.). Diese Regelungen liegen im Verantwortungsbereich der jeweiligen MeKidS.best Einrichtungen und sind nicht Gegenstand dieses Datenschutzkonzeptes.
- Zu 4: Die UW/H-DfP übermittelt für die Kennungen der MeKidS.Einrichtungen sowie die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen. Der Konsortialführer vergütet den betreffenden MeKidS.Praxen die Dokumentation zur „fallbezogenen Evaluation“.

Akteure:

- Benannte/berechtigte Person
  Ist die Person in der MeKidS.unit und MeKidS.Praxen, die für das Ausfüllen und die Übermittlung der Fragebögen verantwortlich ist.
- UW/H-DfP

Die Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie (UW/H-DfP) verantwortet die Programmierung der Fragebögen für die weiteren Fragestellungen der Evaluation und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software (Eingabe, Prüfung des Vorliegens der Anonymität und Export) für die webbasierte Erfassung.

- MedEcon Ruhr
  Die MedEcon Ruhr ist der Konsortialführer des Projektes MeKidS.best und ist für die Vergütung der MeKidS.Praxen pro ausgefüllten Fragebogen der fallbezogenen Evaluation verantwortlich.

4.2.5 Durchführung der Evaluation

Die evaluierenden Stellen nehmen, gemäß ihrer jeweiligen Aufgabenbereiche, die Evaluation des MeKidS.best Projektes in den Dimensionen Strukturqualität, Ergebnisqualität, Prozessqualität, der Gesundheitsökonomie und den Fragestellungen des Projekträgers in eigener Verantwortung vor. Die Dimension der Ergebnisqualität wird anhand der Inzidenzbögen evaluiert, indem die erhobenen Daten deskriptiv ausgewertet werden. Die Dimensionen Prozessqualität und Gesundheitsökonomie setzen sich aus den verschiedenen Aspekten, die mit einem umfassenden Bogen (vgl. 4.3.6) erhoben werden, zusammen. In der nachfolgenden Übersicht ist dargestellt, welche Aspekte (Daten) die einzelnen Evaluatoren für ihre Auswertungen benötigen.

Aspekte der Evaluation	Evaluierende Stelle		
	UW/H-LfFSP	MEDMAN	EsFoMed
Ressourcenverbräuche	(x)	(x)	x
scoresheets/Fallvignetten	x		
Abrechnungsdaten		x	(x)
Allgemeine für verschiedene Dimensionen des Projekts relevante Fragestellungen	x	x	x

Ziel:
Die Daten werden durch ein automatisiertes Prüfverfahren (Skript) der UW/H-DfP hinsichtlich der Gewährleistung der Anonymität für die einzelnen Fragestellugen der Evaluation geprüft und anschließend in Datenpakete (gemäß vorstehender Tabelle) für jede evaluierende Stelle aufgeteilt. Es finden die Evaluationen des MeKidS.best Projektes gemäß der Fragestellungen des Evaluationskonzeptes sowie den Vorgaben der Auswertungskonzepte bei den einzelnen evaluierenden Stellen statt.

Vorbedingungen:
Die Daten, welche auf die Anonymität geprüft und für die verschiedenen Aspekte der Evaluation aufgeteilt werden sollen, liegen in der Datenhaltung der webbasierten Software vor.

Ablauf:

1. Die UW/H-DfP wertet die übermittelten Daten mittels eines Auswertungsskriptes automatisiert aus. Mit diesem Skript wird geprüft, dass für die erhobenen Daten die Anonymität (vgl. 9.1.1.4) hinsichtlich der jeweiligen Fragestellungen der Evaluation gewährleistet ist.

Die Daten werden als anonym gewertet, wenn für personenidentifizierende Merkmale (Alter, Geschlecht, Form der portentiellen Kindeswohlgefährdung) jeweils mindestens acht gleichartige Merkmalskombinationen (k = 8) je Fragestellung der Evaluation vorliegen.

2. Mit dem Auswerteskript werden für jede evaluierende Stelle spezifische Datenpakete erstellt bzw. es erfolgt eine Berechnung der „Prozessscores“.
3. Im Anschluss erhalten die evaluierenden Stellen (UW/H-LfFSP, MEDMAN, EsFoMed) die anonymen Daten in Form von verschlüsselten ZIP-Dateien gemäß der oben dargestellten Verantwortlichkeiten für die Evaluation.
4. Die evaluierenden Stellen führen die Evaluation des MedKidS.best Projektes in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich durch. Dabei sind die evaluierenden Stellen durch einen sogenannten Datennutzungsvertrag (vgl. 9.1.1.6) vertraglich zur Einhaltung der Auswertungskonzepte und zur Wahrung der Anonymität verpflichtet.
5. Durch die UW/H-DfP wird eine deskriptive Analyse aller erhobenen Einzelitems gemäß Prüfplan durchgeführt und aus diesen aggregierten Daten ein Projektbericht, der allen Projektpartnern zur Verfügung gestellt wird, erstellt.

Optionale Erweiterung:

- Zu 1: Wenn die Vorgabe zur Anonymität (k=8) bei der Kombination mehrerer personenidentifizierender Angaben nicht erfüllt ist, so erfolgt zunächst eine Erstellung getrennter Datensätze oder gegebenenfalls der Wegfall dieses Attributs. Bei der Erstellung getrennter Datensätze wird gewährleistet, dass sich einzelne Datensätze nicht kombinieren lassen.
- Zu 3: Sind in einem Prüfungsdurchgang zu den einzelnen Datenkategorien die Kriterien zur Sicherstellung der Anonymität (vgl. 9.1.1.4) nicht positiv erfüllt, so kommen die Vorgaben zur Anpassung von Intervallgrenzen oder eine übergreifende Datenpoolung von MeKidS.best Einrichtungen zur Anwendung (vgl. 9.1.1.4). Bis zur Konsentierung der Poolungsparameter werden die Daten durch die UW/H-DfP nicht für die Evaluatoren freigegeben.

Akteure:

- UW/H-DfP
  Die Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie (UW/H-DfP) verantwortet die Programmierung der Fragebögen für die weiteren Fragestellungen der Evaluation und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software (Eingabe, Prüfung des Vorliegens der Anonymität und Export) für die webbasierte Erfassung.
- UW/H-LfFSP
  Die Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Psychologie und Psychotherapie, Lehrstuhl für Forschungsmethodik und Statistik in der Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ostermann (UW/H-LfFSP) ist für die Evaluation der Ergebnisqualität und Prozessqualität verantwortlich und nutzt zur Berechnung der zugrundeliegenden Prozessscores Fragen aus dem Bereich „scoresheets/Fallvignetten“, sowie allgemeine Fragen und einige Fragen zu den Ressourcenverbräuchen.
- EsFoMed

Das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH ist für die gesundheitsökonomische Evaluation verantwortlich. Dazu werden sowohl Fragen zu Ressourcenverbräuchen und Abrechnungsdaten ausgewertet, als auch allgemeine Fragen zur Prozessqualität.

- MEDMAN
  Der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen ist für die Evaluation der Vergütung verantwortlich und nutzt dazu neben einigen allgemeinen Fragen, die Ergebnisse der Prozessqulität, die „Abrechnungsdaten“ und „Ressourcenverbräuche“.

4.2.6 Erstellung Bericht an die gesetzlichen Krankenkassen

Die am MeKidS.best Projekt teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf; DAK Gesundheit, Hamburg; Techniker Krankenkasse, Düsseldorf) erhalten, gemäß des § 65 SGB V, eine unabhängige, wissenschaftliche Auswertung des Modellvorhabens.

Ziel:
Die Daten für die Fragestellungen des Selektivvertrags werden durch ein automatisiertes Prüfverfahren (Skript) der UW/H-DfP hinsichtlich der Gewährleistung der Anonymität geprüft, gemäß der Vorgaben der Auswertungskonzepte evaluiert und aus den aggregierten Daten ein Bericht erstellt.

Vorbedingungen:
Die Daten, welche auf die Anonymität geprüft und ausgewertet werden sollen, liegen in der Datenhaltung der webbasierten Software vor.

Ablauf:

1. Die UW/H-DfP wertet die übermittelten Daten mittels eines Auswertungsskriptes automatisiert aus. Mit diesem Skript wird geprüft, dass für die erhobenen Daten die Anonymität (vgl. 9.1.1.4) hinsichtlich der jeweiligen Fragestellungen gewährleistet ist. Die Daten werden als anonym gewertet, wenn für personenidentifizierende Merkmale (Alter, Geschlecht, Form der portentiellen Kindeswohlgefährdung) jeweils mindestens acht gleichartige Merkmalskombinationen (k = 8) je Fragestellung vorliegen.
2. Durch die UW/H- LfFSP wird eine deskriptive Analyse der für die Fragestellung des Selektivvertrags benötigten Einzelitems gemäß Prüfplan durchgeführt und aus den aggregierten Daten ein Bericht erstellt, der den beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird.

Optionale Erweiterung:

- Zu 1: Wenn die Vorgabe zur Anonymität (k=8) bei der Kombination mehrerer personenidentifizierender Angaben für eine Fragestellung nicht erfüllt ist, so erfolgt für diese Fragestellung zunächst eine getrennte Auswertung, wenn weiterhin k=8 nicht gegeben ist, so entfällt für diese Fragestellung die entsprechende Auswertung. Bei der Erstellung getrennter Datensätze für die Auswertung wird gewährleistet, dass sich einzelne Datensätze nicht kombinieren lassen.

Akteure:

- UW/H-DfP
  Die Universität Witten/Herdecke, Department für Psychologie (UW/H-DfP) verantwortet die Programmierung der Fragebögen für die Fragestellungen der Evaluation und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software (Eingabe, Prüfung des Vorliegens der Anonymität und Export) für die webbasierte Erfassung.
- UW/H-LfFSP
  Die Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Psychologie und Psychotherapie, Lehrstuhl für Forschungsmethodik und Statistik in der Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ostermann (UW/H-LfFSP) ist für die Evaluation der Ergebnisqualität und Prozessqualität verantwortlich und erstellt anhand der zur Verfügung gestellten Daten den Bericht an die Krankenkassen.

4.3 Beschreibung der Datenkategorien

In den oben beschriebenen Geschäftsprozessen werden unterschiedliche Daten bzw. Kategorien von Daten verarbeitet. Diese Datenkategorien werden nun nachfolgend detailliert erläutertet und auf Basis dieser Beschreibung wird anschließend der Schutzbedarf (aus Sicht des Datenschutzes) für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten definiert. Die Bezeichnungen der Datenkategorien werden in den weiteren Kapiteln immer als Referenz genutzt.

4.3.1 Strukturdaten

Die in diesem Abschnitt dargestellten „Strukturdaten“ werden im Rahmen des Geschäftsprozesses „Durchführung der Strukturerhebung“ in den MeKidS.best Einrichtungen erhoben. Die weitere Verarbeitung findet im Geschäftsprozess „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl.4.2.2) durch die dort benannten evaluierenden Stellen statt.

Tab. 4 Strukturdaten (MeKidS.Praxen)

Dateninhalte	Erläuterung
Nutzung und Zufriedenheit mit Leitfäden	Angabe zur Nutzung von Leitfäden, Leitlinien und Handlungsabläufen beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung sowie der diesbezüglichen Zufriedenheit.
Angaben zur Fotodokumentation	Nennung der etablierten Formen sowie organisatorischer Rahmenbedingungen und verwendeter Hardware.
Angaben zur Befunddokumentation	Angabe der Form (Papier/Digital) der Befunddokumentation und verwendeter Hilfsmittel (Papiervordrucke, Software)
ICD T74.X Codierung	Angabe der Häufigkeit (Auswahl: nie/selten /oft /immer) der Codierung sowie diesbezüglicher Information der Sorgeberechtigten.
Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdungen	Angabe der Häufigkeit (Auswahl: nie/selten /oft /immer) des Vieraugenprinzips und Teambesprechungen.
Interne Verantwortlichkeiten	Angabe, ob für Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung eine ärztliche und nicht-ärztliche Verantwortlichkeit im Praxisteam definiert ist.
Schulungen zum Thema	Angabe der Häufigkeit (Auswahl: nie/selten /oft /immer) zu Fortbildungen und internen Schulungen.

Nutzung und Zufriedenheit mit Beratungsangeboten und Qualitätszirkeln	Angabe zur Nutzung, Häufigkeit der Nutzung sowie Zufriedenheit von externen Beratungsangeboten und seit wann diese in Anspruch genommen werden.
Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im Kinderschutz	Angabe zur Häufigkeit (Auswahl: nie/selten /oft /immer) der Zusammenarbeit mit anderen Überweisern, bevorzugten Kliniken, Kinderschutzambulanzen und rechtsmedizinischen Instituten sowie Informationen zur Überleitung und der Zufriedenheit über die Kooperation.
Zusammenarbeit mit dem Jugendamt	Angabe zur Häufigkeit (Auswahl: nie/selten /oft /immer) von Vorstellungen durch das Jugendamt und die allgemeine Kommunikation mit dem Amt (feste Ansprechpartner, Meldebögen, Gefährdungseinschätzungen, etc.), sowie zur Zufriedenheit mit dem Vorgehen bei Meldungen.
Vermittlung von Angeboten	Angabe zur Häufigkeit (Auswahl: nie/selten /oft /immer) der Vermittlung von niederschwelligen Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und Familien sowie zur Zufriedenheit mit den Anbietern.
Allgemeines zum lokalen Netzwerk	Angabe der Zufriedenheit mit dem lokalen Netzwerk und der Freitextbeschreibung von Herausforderungen/Erfolgsfaktoren.
Selbsteinschätzung zu Fällen von Kindeswohlgefährdung	Skala von 0-100 zu den Zeitressourcen für die Fallbearbeitung, der eigenen Sicherheit und Zufriedenheit mit dem eigenen Handeln.

Tab. 5 Strukturdaten (MeKidS.units)

Dateninhalte	Erläuterung
Standort	Angabe des Ortes der MeKidS.unit
Strukturaufbau	Angabe, der in der MeKidS.unit vorhandenen Kliniken (Abteilungen), der Bettenanzahl und zur Form der ärztlichen Führung.
Ambulanzen / Teams	Angabe zum Vorhandensein von Kinderschutzgruppe, Kinderschutz- und Gewaltschutzambulanz, jeweils inkl. Nennung des Jahres der Einführung, der Zuordnung zur Klinik und etwaiger Akkreditierung
Ort der Notfallversorgung	Angabe der Abteilungen für die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen
Ort der Notfallversorgung bei sexuellem Missbrauch	Angabe des Ortes (Nennung der Klinik oder des Bereiches) für die Versorgung von präpubertären und pubertären Kindern bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Differenziert nach den Erhebungszeitpunkten über den Projektverlauf.
Kindergynäkologische Untersuchungen	Angaben zu den Bereitschaftszeiten, der Personalqualifikation/Fachdisziplin, den Formen der Durchführung und der Form der Dokumentation.
Funduskopie	Angaben zum augenärztlichen Bereitschaftsdienst, der Möglichkeit zur Durchführung von Funduskopien (insbesondere bei Nicht akzidentelles Schädel-Hirn-Trauma, NASHT)), den Funduskopieverfahren und der Form der Dokumentation.
Bildgebende Verfahren	Angaben, welche Bildgebung durchführt wird, Fachdisziplin des Befunders, den vorhandenen Verfahren und der Durchführung von Zweitbefundungen
toxikologische Untersuchungen / Spurensicherung	Angaben zur Durchführung, den eingebundenen Laboren und den organisatorischen Prozessen/Dokumentation der Spurensicherung
Angaben zur Fotodokumentation	Angabe zu den etablierten Formen und des Ortes der Fotodokumentation sowie organisatorischer Rahmenbedingungen.
Angaben räumliche Ausstattung bei Kindeswohlgefährdung	Angabe zum Vorhandensein eigener Räume zur Bearbeitung von Fällen von Kindeswohlgefährdung und zur Ausstattung dieser Räume

Handlungsabläufe und Standards	Zufriedenheit mit vorhandenen Handlungsabläufen, Häufigkeit der Nutzung von Standards, Abfrage von vorhandenen Handlungsleitfäden, vorhandene Regelungen in Handlungsleitfäden
Angaben zu Foto- und Videodokumentation	Angabe zu Häufigkeiten, Art und Speicherung der Bilddokumentationen, Angabe zur Zuhilfenahme eines Maßstabes
Nutzung von Hilfsmitteln bei Befunddokumentation	Häufigkeit der Zuhilfenahme, Benennung des genutzten Hilfsmittels und Zufriedenheit mit Hilfsmittel
T74-Kodierung	Angabe der Häufigkeit der Codierung und wann sie genutzt wird (bei gesicherten Diagnosen, bei Verdacht)
Angaben zu vorhandenen Sozialdienst	Ist Sozialdienst vorhanden, wenn ja, wie ist die Erreichbarkeit, welche Tätigkeiten werden ausgeführt
Angaben zu zuständigem Psychologen	Vorhandensein und Erreichbarkeit eines zuständigen Psychologen und ausgeführte Tätigkeiten
Erfassung der in der Unit tätigen Berufsgruppen	Anzahl und Stellenanteile von Ärzten, Pflegekräften, Sozialdienst, Psychologen, Sonstige
Zeitliche Erreichbarkeit MeKidS.team	Auswahl zwischen 24h am Tag, werktags und am Wochenende zur Regelarbeitszeit, werktags zur Regelarbeitszeit,
Angaben zu zertifizierten Kinderschutzmedizinern	Angaben zum Vorhandensein und Anzahl der von DGKiM zertifizierten Kinderschutzmediziner
Angaben Nutzung e-learning Angebot	Angaben zu Anzahl der Mitarbeiter, welches spezifisches e-learning Angebot wahrgenommen haben
Angaben zu vorhandenen Arbeitskreisen	Vorhandensein und Häufigkeit eines Arbeitskreises zum Thema-Kinderschutz,
Angaben zu durchgeführten-Schulungen	Häufigkeit der stattgefundenn Schulungen im spezifischen Jahr, teilnehmende Berufsgruppen und Kliniken und Häufigkeit der Teilnahme
Zufriedenheit der Zusammenarbeit innerhalb des MeKidS.units	Bewertung der Zusammenarneit bei verdacht auf Kindeswohlgefährdung in bezug auf Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und Nützlichkeit
Angaben multiprofessionelle Fallbesprechung	Häufigkeit einer multiprofessionellen Fallbesprechung, beteiligte Berufsgruppen, Einbeziehung MeKidS.team bei Fallbesprechung und Gefährdungseinschätzung
Angaben zu pseudonymisierter/anonymisierter medizinischer Fallberatung	Häufigkeit der Nutzung, Abfrage der genutzten Einrichtungen (6 Auswahlmöglichkeiten), Zufriedenheit mit den genutzten Einrichtungen (bezüglich Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Nützlichkeit)
Angaben zu pseudonymisierter/anonymisierter nichtmedizinischer Fallberatung	Häufigkeit der Nutzung, Abfrage der genutzten Einrichtungen (6 Auswahlmöglichkeiten), Zufriedenheit mit den genutzten Einrichtungen (bezüglich Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Nützlichkeit)
Einbezug der unit in die Fallberatung	Nennung von Einrichtungen, die sich an die Unit wenden zwecks anonymisierter Fallberatung bzw struktureller fallunabhängigen Beratung
Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Einrichtungen	Angaben (Mehrfachnennung möglich) aus welchen medizinischen Einrichtungen Anfragen in Fällen von Kindeswohlgefährdung erhalten werden, Häufigkeit und Art der erbetenen Hilfe, Angaben an welche medizinischen Einrichtungen Anfragen gerichtet werden
Zusammenarbeit mit weiteren nichtmedizinischen Einrichtungen	Häufigkeit der Anfragen von Jugendämtern, Vorhandensein Ansprechpartner im Jugendamt, Zustandekommen des Kontakts zum Jugendamt, Häufigkeit und Art der Meldung an Jugendamt und der Art der Interaktion mit Jugendämtern, Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Jugendamt
Hilfsangebote	Abfrage zur Kenntnis verschiedener Hilfsangebote (Auswahl aus mehreren Möglichkeiten) und Zufriedenheit mit diesen
Angaben zu lokalem Netzwerk	Einschätzung der Zufriedenheit mit lokalem Netzwerk und Angaben zu Faktoren für das Gelingen und zu Herausforderungen bei der Zusammenarbeit (Textfeld)
Selbsteinschätzung	Einschätzung der Zufriedenheit in Bezug auf vorhandenen Zeit für Fälle von Kindeswohlgefährdung, Sicherheit im Umgang mit

	Fällen von Kindeswohlgefährdung, Fallmanagement in Fällen von Kindeswohlgefährdung (jeweils Skala von 1-100)

4.3.2 Inzidenzbogen

Der in diesem Abschnitt dargestellte „Inzidenzbogen“ wird im Rahmen des Geschäftsprozesses „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (4.2.3) in den MeKidS.best Einrichtungen erhoben.

Tab. 6 Inzidenzbogen

Dateninhalte	Erläuterung
Benutzerkennung	Die Benutzerkennung der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung in der webbasierten Erfassungssoftware
Erhebungszeitraum	Die Angabe des Zeitraums (Quartal/Jahr) für den die Daten erhoben wurden, ergibt sich aus der Quartalszuordnung des Fragebogens.
Gesamtzahl Patienten	Angabe der in der MeKidS.best Einrichtung im Erhebungsquartal insgesamt behandelten, gesetzlich-versicherten Patienten im Alter von 0-17 Jahren, bei den Units erfolgt hier Differenzierung nach ambulant oder stationär behandelten Patienten
Versorgungsform	Im Fall der units erhoben: ambulant bzw. stationär
Fallstatus	Angabe des Status je MeKidS.best Falls zum Ende des Erhebungszeitraumes als Auswahl: • abgeschlossen • nicht abgeschlossen
Fallkategorie	Angabe der Fallkategorie je MeKidS.best Fall als Auswahl: • A - Beeinträchtigung des Kindeswohls bzw. Gefährdung besteht • B - Beeinträchtigung des Kindeswohls bzw. Gefährdung könnte bestehen • C - Beeinträchtigung des Kindeswohls bzw. Gefährdung besteht NICHT
Diagnose	Optionale Angabe der je MeKidS.best Fall dokumentierten T74-Diagnose • ICD-10-Codes (T74.0, T74.1, T74.2, T74.3, T74,8, T74.9) • bei ambulanten Fällen: Angabe der Diagnosesicherheit (A = ausgeschlossen, G = gesicherte Diagnose, V = Verdacht auf / zum Ausschluss von)

4.3.3 Inzidenzdaten

Bei den in diesem Abschnitt dargestellten „Inzidenzdaten“ handelt es sich um die Datenkategorie „Inzidenzbogen“, nachdem diese im Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl.4.2.5), deskriptiv ausgewertet wurde. Die weitere Verarbeitung findet im Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl.4.2.5) durch die dort benannte evaluierende Stelle, statt. Mit dem Vorgehen wird eine Anonymität über die Zeitdauer des Projektes und notwendiger Speicherfristen gewährleistet.

Tab. 7 Inzidenzdaten

Dateninhalte	Erläuterung
Benutzerkennung	Die Benutzerkennung der jeweiligen MeKidS.unit in der webbasierten Erfassungssoftware

	Gruppenkennung für die MeKidS.Praxen in der webbasierten Erfassungssoftware (keine Zuordnung zu einer einzelnen Praxis)
Erhebungszeitraum	Die Angabe des Zeitraums (Quartal/Jahr) für den die Daten erhoben wurden, ergibt sich aus der Kennung des Fragebogens.
Summe je Fallkategorie	Gesamtsumme und Summen der MeKidS.best Fälle je Fallkategorie (A, B, C) und je Fallstatus (offen/abgeschlossen)
Summe je Diagnose	Optional: Summen der MeKidS.best Fälle je ICD-Code (T74.x) und je Diagnosesicherheit (A, G, V)
Gesamtzahl Patienten	Summe der in der MeKidS.best Einrichtung im Erhebungsquartal insgesamt behandelten, gesetzlich-versicherten Patienten im Alter von 0-17 Jahre

4.3.4 Bogen fallbezogene Evaluationsdokumentation

Die Daten zu dem in diesem Abschnitt dargestellten „Bogen fallbezogene Evaluationsdokumenation“, werden im Rahmen des Geschäftsprozesses „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) von den MeKidS.best Einrichtungen erhoben.

Tab. 8 Bogen fallbezogene Evaluation_Praxen

Dateninhalte	Erläuterung
Benutzerkennung	Gruppenkennung für die MeKidS.Praxen in der webbasierten Erfassungssoftware (keine Zuordnung zu einer einzelnen Praxis)
Allgemeine Angaben zum Patienten	Status ob gesetzlich krankenversichert (ja/nein, Datenerhebung nur bei Antwort ja), Jahr/Quartal des Fallabschlusses (Auswahl 2021/2022, zu dem gewählten Jahr jeweils (Q1-4)
Alter des Patienten	Angabe des Alters zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung, Wahl aus fünf Altersstufen (>18Monate, 18 Monate - >36 Monate, 36 Monate - <6Jahre, 6Jahre bis >12 Jahre, 12 Jahre - < 18 Jahre)
Geschlecht	Wahl männlich/weiblich
Kontaktdaten	Angabe, ob Erfassung der Kontaktdaten der Sorgeberechtigten erfolgt ist (Ja/Nein)
Prozessinitiierung	Art des Zustandekommens des Verdachts (innerhalb/außerhalb der Praxis/nicht dokumentiert), je nach Auswahl Nennung der prozessinitiiernden Person/Institution, Nennjung der Art des Hinweises (Hinweis leitet sich ab durch das Kind/die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten/eine dritte Person), je nach Wahl Nennung der Art des Hinweises
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus (Misshandlungsverdächtigte Hämatome/Misshandlungsverdächtigte Frakturen/Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung/Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma/Sexueller Missbrauch/Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen/Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung)
Gefährdungseinschätzung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses	Wahl aus (Kindeswohlgefährdung besteht/könnte bestehen/besteht nicht)
Angabe zu weiteren Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung	Angaben zu Vorhandensein von weiteren Verdachtsmomenten neben der gewählten Art der Kindeswohlgefährdung

Angabe zu Kontaktkindern	Angabe zu Vorhandensein von Kindern im gleichen Umfeld, Angabe zu Indikation von Kindeswohlgefährdung dieser Kinder und Einleitung eines Prüfverfahrens
T 74-Kodierung	Angabe ob T74-Kodierung erfolgt ist, wenn diese nicht erfolgt ist Nennung der Gründe
Abklärungsprozess	Angaben zu Anzahl der Praxisvorstellungen/Anzahl der Quartale von Initiierung bis Fallabschluss, Angabe ob in dieser Zeit Inobhutnahme durch Jugendamt erfolgt ist
Durchführung erweitere Anamnese	Angabe ob, und wenn ja wie oft erweiterete Anamnese durchgeführt wurde, Angabe (Wahlmöglichkeit) in welchen Bereichen Anamnese durchgeführt wurde, Angaben zur benötigten Zeit
Angaben zu Einbindung anderer Akteure	Angaben ob Schweigepflichtentbindung zum Informationsaustausch mit anderen Institutionen/Behörden erfolgte, Art der Schweigepflichtentbindung (mündlich/schriftlich/nicht dokumentiert), Grund für Nichtentbindung, Angaben zu Einbindung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder des betroffenen Kindes in Abklärungsprozess, bei Nichteinbindung des Kindes: Nennung der Gründe
Angaben Diagnostik	Angabe zu Art der körperlichen Untersuchung (bekleidet/vollständig unbekleidet/anogenitale Untersuchung erfolgt/nicht erfolgt), Häufigkeit der körperlichen Untersuchung, Veranlassung weiterer Diagnostik
Angaben Dokumentation	Angabe zu Fotodokumentation (wenn erfolgt: Angaben zu Benutzung Maßstab, von wem durchgeführt, wenn nicht erfolgt: Nennung von Gründen), Angaben zu Häufigkeit einer Fotodokumentation, Angabe zu Verwendung erweitertes Dokumentationstool, wenn ja Angaben zu Beteiligung anderer Berufsgruppen an Dokumentation, zeitlicher Aufwand für erweiterte Dokumentation
Angaben Fallbesprechung	Angabe ob Fallbesprechung erfolgt ist, wenn ja: Angabe zu Eltern/Kind-Interaktionsbeobachtung und deren Dokumentation, Angabe zu Häufigkeit von Fallbesprechung, Beteiligte Berufsgruppen (jeweils Nennung Häufigkeit der Teilnahme), Dokumentation erfolgt (ja/nein, durch wen), Nennung der insgesamt benötigten Zeit
Angaben pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung	Nennung ob Fallberatung erfolgt ist, wenn ja: Nennung der beteiligten Einrichtung, der beteiligten Personen und der benötigten Zeit
Angaben zu Überweisungen	Angabe, ob Überweisung/weiterleitung erfolgt ist, wenn ja: Nennung der Einrichtung zu der überwiesen/weitergeleitet wurde, Angabe ob Überprüfung der Überweisung/Weiterleitung erfolgt ist, Angabe zu beteiligtem Praxispersonal und zu zeitlichem Aufwand, Angabe, ob wiederholte ambulante Vorstellung vereinbart wurde (ja/nein)
Angaben Einbindung Jugendamt	Angabe ob Einbindung Jugendamt erfolgt ist, wenn ja: Angabe zu beteiligtem Praxispersonal und zu zeitlichem Aufwand, Angabe ob Rückmeldung erfolgt ist
Angaben Fallverantwortung	Nennung ob und wenn ja an wen/mit wem und wann im Rahmen des Abklärungsprozesses die Fallverantwortung übergeben/geteilt wurde

Angaben zu Hilfe- und Schutzkonzept	Angaben ob und wenn ja welches Schutzkonzept zur Zeit des Fallabschlusses entwickelt wurde, Angaben zu Beteiligten bei Entwicklung des Konzeptes, Angabe ob Schutzkonzept dokumentiert wurde (ja/nein), wenn ja: Nennung des beteiligten Praxispersonals und der benötigten Zeit
Nennung weitere Maßnahmen	Nennung ob weitere Maßnahmen erfolgt sind (ja/nein), wenn ja: Angabe zu zeitlichem Aufwand

Tab. 9 Bogen fallbezogene Evaluation_Units

Dateninhalte	Erläuterung
Benutzerkennung	Die Benutzerkennung der jeweiligen MeKidS.unit in der webbasierten Erfassungssoftware
Allgemeine Angaben zum Patienten	Status ob gesetzlich krankenversichert (ja/nein, Datenerhebung nur bei Antwort ja), Jahr/Quartal des Fallabschlusses (Auswahl 2021/2022, zu dem gewählten Jahr jeweils (Q1-4)
Alter des Patienten	Angabe des Alters zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung, Wahl aus fünf Altersstufen (>18Monate, 18 Monate - >36 Monate, 36 Monate - <6Jahre, 6Jahre bis >12 Jahre, 12 Jahre - < 18 Jahre)
Geschlecht	Wahl männlich/weiblich
Kontaktdaten	Angabe, ob Erfassung der Kontaktdaten der Sorgeberechtigten erfolgt ist (Ja/Nein)
Angaben zum Abklärungsprozzess	Angabe ob Abklärung ambulant oder stationär erfolgt ist, wenn ambulant: Angabe zu Dauer (Anzahl der Quartale) und Anzahl der erfolgten Vorstellungen während des Abklärungsprozesses, Angabe zu Zeitpunkt der ersten Vorstellung (innerhalb/außerhalb Regelarbeitszeit), Angabe ob Leistungen über SPZ erbracht wurden (ja/nein), wenn stationäre Aufnahme weitere Angaben zu: Aufenthaltsdauer, Einschätzung der Lebensgefährdung bei Aufnahme (mit/ohne akute Lebensgefahr), Gründe für stationäre Aufnahme (organische Indikation und/oder Kinderschutzfragestellung), Beteiligung Behörden bei Aufnahme (ja/nein), wenn ja: Nennung Behörde, Zeitpunkt stationäre Aufnahme (innerhalb/außerhalb Regelarbeitszeit)
Prozessinitiierung	Art des Zustandekommens des Verdachts (innerhalb/außerhalb der MeKidS.unit/nicht dokumentiert), je nach Auswahl Nennung der prozessinitiierenden Person/Institution, Art des Hinweises (Hinweis leitet sich ab durch das Kind/die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten/eine dritte Person), je nach Wahl Nennung der Art des Hinweises
Angaben zu Inobhutnahme durch Jugendamt	Ja/nein
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus 7 Kategorien: (Misshandlungsverdächtigte Hämatome/Misshandlungsverdächtigte Frakturen/Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung/Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma/Sexueller Missbrauch/Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen/Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung)
Gefährdungseinschätzung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses	Angaben zu Gefährdungseinschätzung (Kindeswohlgefährdung besteht/könnte bestehen/besteht nicht)

Angabe zu weiteren Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung	Angaben zu Vorhandensein von weiteren Verdachtsmomenten neben der gewählten Art der Kindeswohlgefährdung
Angabe zu Kontaktkindern	Angabe zu Vorhandensein von Kindern im gleichen Umfeld, Angabe zu Indikation von Kindeswohlgefährdung dieser Kinder und Einleitung eines Prüfverfahrens
T 74-Kodierung	Angabe ob T74-Kodierung erfolgt ist, wenn nein: Nennung der Gründe
Angaben zu Anamnese	Angabe zu Durchführung Anamnese/Untersuchung (ja/nein), wenn ja: Nennung der durchgeführten Untersuchungen (Wahl aus vorgegebenen Möglichkeiten, je nach Wahl noch weitere Angaben), Nennung der beteiligten Personalgruppen und jeweils Angabe, ob mehr als 1 Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war, Nennung der Zeitdauer, Angabe zu Vorliegen Vorsorgeheft (ja/nein), Angaben zu Risikofaktoren auf Kindeswohlgefährdung, Angaben zu Unterversorgung Hilfsmittel (ja/nein/nicht dokumentiert), Angaben zu Notwendigkeit Einbeziehung andere Fachdisziplinen (ja/nein/nicht dokumentiert)
Angaben zu erweiterter Anamnese	Angabe, ob erweitere Anamnese aufgrund des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt wurde (ja/nein), wenn ja: Angabe, mit wem Kontakt hergestellt wurde (andere Kollegen/Jugendamt/Andere), Angaben zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angabe der benötigten Zeit
Angaben zu Aufnahmegespräch/weiterem Gespräch mit Eltern/Personensorgeberechtigten	Angabe ob Aufnahmegespräch und gegebenenfalls weiteres Gespräch mit Eltern/Personensorgeberechtigten durchgeführt wurde, wenn ja: Angaben zu Gesprächsinhalten und zu Dokumentation des Gesprächs, Nennung der beteiligten Berufsgruppen mit jeweils Angabe der benötigten Zeit, Angabe ob mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt war und wenn ja weitere Spezifizierung (1/mehr als 1 Person, teilweise/während des gesamten Vorgangs dabei)
Angaben zu Schweigepflichtentbindung	Angabe, ob Schweigepflichentbindung eingeholt wurde, wenn ja: Art der Einholung (schriftlich/mündlich/keine Angabe), wenn nein: Nennung des Grundes
Angaben zu Aufnahmnegespräch /weiterem Gespräch mit Kind/Jugendlichem	Angabe ob Aufnahmegespräch und gegebenenfalls weiteres Gespräch mit Kind/Jugendlichem durchgeführt wurde, wenn nein: Nennung des Grunds wenn ja: Angabe zu Inhalten des Gesprächs und Dokumentation des Gesprächs, Prüfung/Dokumentation der Partizipationsfähigkeit (ja/nein), Nennung der beteilgten Berufsgruppen mit jeweils Angabe der benötigten Zeit, Angabe ob mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt war und wenn ja weitere Spezifizierung (1/mehr als 1 Person, teilweise/während des gesamten Vorgangs dabei)
Angaben zu Zeitaufwand Diagnostik MRT/CT/Röntgenskelettscreening (RSS)	Angabe ob jeweiliges Verfahren durchgeführt wurde (ja/nein), bei ja: jeweils Angabe, ob Befundsauswertungen von vorherigen Untersuchungen vorgenommen wurden (ja/nein), Angabe zur Anzahl der durchgeführten Untersuchungen, zu jeder Untersuchung Angabe, ob Narkose/Sedierung /weder Narkose noch Sedierung erfolgt ist, Angabe zu Gesamtdauer der Untersuchung, Angabe

	zu beteiligten Personen jeweils bei Vorbereitung/Durchführung/Auswertung der Untersuchung
Angaben zu Zeitaufwand Sonographiie	Angabe, ob Sonographie vorgenommen wurde, wenn ja: Angabe zu Anzahl, für jede durchgeführte Sonographie: Angabe der Gesamtdauer (Durchführung und Befundauswertung), Angabe zu beteiligten Personen jeweils bei Durchführung/Auswertung der Sonographie
Angaben zu Spurensicherung	Angabe, ob Spurensicherung durchgeführt wurde (ja/nein), wenn ja: Angabe der Anzahl an durchgeführten Spurensicherungen, zu jeder durchgeführten Spurensicherung: Zeitangaben und Angaben zu beteiligtem Personal und gegebenenfalls Angabe, wie viele Personen einer Berufsgruppe beteiligt waren.
Angaben zu Laborabnahme	Angabe, ob Laborabnahmen durchgeführt wurden (ja/nein), wenn ja Zeitangabe sowie Nennung der beteiligten Berufsgruppen, Angabe ob Befundauswertung bereits vorliegender Laborergebnisse erfolgt ist (ja/nein)
Angaben zu weiteren Untersuchungen	Angabe, ob weitere Untersuchungen durchgeführt wurden (ja/nein), Angabe zu beteiligten Fachrichtungen, nähere Angabe zu Ort der weiteren Unteruchung (innerhalb/außerhalb des Standortes) und zu fachlicher Begleitung der Untersuchung
Angaben zu Koordinations- und Organisationsaufgaben	Angabe, ob Koordinations- und Organisationsaufgaben durch die diagnostischen Verfahren angefallen sind, wenn ja: Angabe zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils angefallenen Zeiten
Angaben zu beteiligten Fachärzten	Angaben zu Besprechung Indikation für weitere Diagnostik, Fachrichtung beteiligter Ärzte
Angaben zu interner Kommunikation	Angabe, ob internerner fachlicher Austausch stattgefunden hat, wenn ja Angaben zur Dauer des Austauschs und zu den beteiligten Berufsgruppen
Angaben zu interprofessioneller fallspezifischer Besprechung	Angabe ob interprofessonelle Fallbesprechung stattgefunden hat, wenn Ja: Nennung der Anzahl, Dauer pro Fallbesprechung, Angaben zu jeweils beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angabe, ob Kontakt zu Eltern/Personensorgeberechtigten/Kind stattgefunden hat, Angabe, ob Eltern/Personensorgeberechtigte bzw. Jugendamt bei Fallbesprechung anwesend waren,zu besprochenen Inhalten und zu Dokumentation, Angaben zu weiterem Vorgehen, Angaben zur Gefährdungseinschätzung
Angaben zu pseudonymisierter/anonymisierter Fallberatung	Angabe, ob pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung durchgeführt wurde, wenn ja Angabe zu beteiligten Einrichtungen undbeteiligten Berufsgruppen und jeweils Angabe der angefallenen Zeiten
Angaben zu fallspezifischem Austausch mit Jugendamt	Angabe, ob fallspezifischer Austausch mit Jugendamt stattgefunden hat, wenn ja Angabe zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils Nennung der angefallenen Zeiten, Angaben zu Inhalt des fallspezifischen Austauschs und zur Dokumentation
Angaben zu Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen	Angabe, ob Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen stattgefunden hat, wenn ja, Angabe der beteiligten berufsgruppen und jeweils Nennung der angefallenen Zeiten

Angaben zu Kontakt mit externen nichtmedizinischen Einrichtungen	Angabe, ob Fallaustausch mit externen nicht.-medizinischen Einrichtungen stattgefunden hat, wenn ja, Angabe der beteiligten berufsgruppen und jeweils Nennung der angefallenen Zeiten, Angabe zu fallspezifischen Austausch mit Behörden
Angaben zu Arztbrief und zusätzlicher Dokumentation	Angabe, ob Arztbrief erstellt wurde, wenn ja Angaben zu Inhalt, Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben zu zusätzlicher Dokumentation	Angabe, ob zusätzlich eine fallspezifische kinderschutzbezogene Dokumentation durchgeführt wurde, wenn ja Nennung des benutzten Hilfsmittels, Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben zu zusätzlichen Organisations- und Koordinationsaufgaben	Angabe, ob zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben aufgrund des Abklärungsprozesses angefallen sind, wenn ja: Angabe zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils angefallenen Zeiten
Angaben zu weiterem internen fachlichen Austausch	Angaben, ob es weiteren internen fachlichen Austausch gab, wenn ja Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben Entlassung (bei stationärer Aufnahme)	Angaben, ob am Tag der Entlassung zusätzliche Gespräche/Aufgaben angefallen sind, wenn ja Nennung der zusätzlichen Gespräche/Aufgaben, Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben zu fallspezifischer erweiterten Diagnose und deren Dokumentation	Angaben zu jeweils vorgegebenen diagnostischen Verfahren mit maximal 5 Antwortmöglichkeiten (in eigener Einrichtung durchgeführt/sicher erfolgt/veranlasst/nicht erfolgt/aus guten Gründen nicht erfolgt)
Angaben zu fallspezifischer Zusatzdiagnostik/bildgebender Diagnostik und deren Dokumentation	Angaben zu jeweils vorgegebenen diagnostischen Verfahren mit maximal 5 Antwortmöglichkeiten (in eigener Einrichtung durchgeführt/sicher erfolgt/veranlasst/nicht erfolgt/aus guten Gründen nicht erfolgt)
Angaben zu MekidS.best Fall	Angabe ob es sich um stationären MeKidS.best Fall handelt (ja/nein), wenn ja: Beantwortung jeweils der betreffenen Abrechnungsfragen S (stationär) bzw. A (ambulant)
S-Angaben zu Diagnosen (ICD)	Nennung der Aufnahmediagnose, der Hauptdiagnose und von Nebendiagnosen (Freitext)
S-Nennung der Prozeduren (OPS)	Nennung der Prozeduren (OPS), Freitext
S-Angaben Verweildauer	Nennung der Belegungstage (Freitext)
S-Angaben DRG	Nennung DRG, DRG-Entgelt, Pflegeentgelt (Freitext)
S-Angaben Psychatrie (PEPP)	Nennung PEPP und PEPP-Entgelt (Freitext)
S-Angaben Entlassungsgrund	Nennung Entlassungsgrund (6 Wahlmöglichkeiten)
S-Angaben zu vorstationärer Behandlung	Angabe ob vorstationäre Behandlung erfolgt ist, wenn ja Anzahl der vorstationären Kontakte (1/2/>2), Angaben zu Abrechnung vorstationärer Pauschalen in Pädiatrie/anderer Fachabteilung (Wahl aus 1/2/>2), Angabe zu Großgerätezuschlag mit Nennung der DKG-NT-Leistungsziffern
S-Angaben zu nachstationärer Behandlung	Angabe ob nachstationäre Behandlung gesondert abgerechnet wurde (nein/ja), wenn ja: Auswahl aus: Pädiatrie/andere Fachabteilung/ Großgerätezuschlag (Textfeld OPS)

S-Angabe zu Abrechnung Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt	Angabe ob Zusatzentgelt/NUB-Entgelt abgerechnet wurde (ja/nein), wenn ja Angabe zu OPS und Entgelt (Freitext)
S-Angabe zu Abrechnung Entgelte	Angabe zu Abrechnung von Entgelten für Teilstationäre Behandlung/Begleitperson/andere Entgelte (dann Freitextangabe), jeweils Nennung des Entgelts (Freitext)
A-Angaben zu Behandlungsdiagnosen	Nennung aller dokumentierten Behandlungsdiagnosen (ICD) (Freitext)
A-Angaben zu erfolgten Abrechnungen	Angaben ob in den genannten Bereichen (Notfallpauschale/Vorstationärer Pauschale (hier weitere Wahlmöglichkeiten)/Abklärungsuntersuchungen nach §112/Sozialpädiatrisches Zentrum/Institutsambulanz/Persönliche Ermächtigung/Pädiatrische Spezialambulanz/Hochschulambulanz/Ambulante Operationen/Frühförderung) Abrechnungen erfolgt sind, je nach Wahl Nennung Anzahl abgerechneter Pauschalen (Wahl mehrere Möglichkeiten)/ bzw. Angabe Entgelthöhe (Freitext)/EBM-Nummern (Freitext)

4.3.5 Daten Vergütung Fragebögen

Die in diesem Abschnitt dargestellten „Daten Vergütung Fragebögen“ werden im Rahmen der Geschäftsprozesse „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2), „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) von der UW/H erhoben und für die Vergütung der MeKidS.best Praxen sowie im Fall der Struktur- und Inzidenzbögen für die Erinnerung bei fehlenden Bögen an den Konsortialführer MedEcon Ruhr übermittelt.

Tab. 10 Daten Vergütung Fragebögen

Dateninhalte	Erläuterung
Benutzerkennung	Die Kennung der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung in der webbasierten Erfassungssoftware
Anzahl abgeschlossener Bögen	Die Anzahl der von der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung in einem Zeitraum (Quartal) abgeschlossenen Fragebögen der Struktur- und Inzidenerhebung sowie der MeKidS.best Fallerhebung

4.3.6 Datenexport fallbezogene Evaluation

Bei dem in diesem Abschnitt dargestellten „Datenexport fallbezogene Evaluation“ handelt es sich um die Datenkategorie „fallbezogene Evaluationsdokumentation“, nachdem im Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5) die Anonymisierung (vgl. 9.1.1.4) geprüft wurde. Die weitere Verarbeitung findet im Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5), durch die dort benannten evaluierenden Stellen, statt. Mit dem Vorgehen wird eine Anonymität über die Zeitdauer des Projektes und notwendiger Speicherfristen gewährleistet.

Tab. 11 Datenexport fallbezogene Evaluation Prozessqualität UW/H

Dateninhalte	Erläuterung

Beschreibung der Stichprobe	Univariate deskriptive Berschreibung (Häufigkeiten/prozentuelle Anteile) über den Projektverlauf hinweg/über alle Units und unitspezifisch dieser Zielparameter: - Alter - Geschlecht - Art der Kindeswohlgefährdung - Prozessscore
ID	Fall-ID welche randomisiert erzeugt wird
Benutzerkennung	Die Benutzerkennung der jeweiligen MeKidS.unit in der webbasierten Erfassungssoftware Gruppenkennung für die MeKidS.Praxen in der webbasierten Erfassungssoftware (keine Zuordnung zu einer einzelnen Praxis)
Jahr/Quartal Fallabschluss	Jahr und Quartal, in welchem Fallabschluss erfolgt ist
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus (Misshandlungsverdächtigte Hämatome/Misshandlungsverdächtigte Frakturen/Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung/Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma/Sexueller Missbrauch/Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen/Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung) Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Berechneter Prozessscore	Aus den Items der Fragebögen werden spezifische Prozessscores ermittelt, in die Berechnung der Prozessscores fließen unterschiedliche Items ein (siehe Auswertungskonzept UW/H). Die Berechnung der Prozessscores erfolgt ohne Beteiligung der personenidentifizierenden Daten

Tab. 12 Datenexport fallbezogene Evaluation Selektivvertrag UW/H

Dateninhalte	Erläuterung
ID	Fall-ID welche randomisiert erzeugt wird
Jahr/Quartal Fallabschluss	Jahr und Quartal, in welchem Fallabschluss erfolgt ist
Alter	Angabe des Alters zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung, Wahl aus fünf Altersstufen (>18Monate, 18 Monate - >36 Monate, 36 Monate - <6Jahre, 6Jahre bis >12 Jahre, 12 Jahre - < 18 Jahre)
Geschlecht	Wahl männlich/weiblich Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus (Misshandlungsverdächtigte Hämatome/Misshandlungsverdächtigte Frakturen/Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung/Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma/Sexueller Missbrauch/Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen/Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung) Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Angaben zu allgemeinen Parametern	Angaben zu ambulanter/stationarer Abklärung/Dauer/Häufigkeit, Kooperation mit Behörden, Verdacht innerhalb/außerhalb der MeKidS.unit, Gefährdungseinschätzung, Kodierung
Angaben zu Anamnese und Gesprächen	Angaben zu Anamnese, erweiterter Anamnese, Gespräch/weitere Gespräche mit Eltern, Gespräch/weitere gespräche mit Kind

Angaben zu Diagnostik	Angaben zu MRT, CT, Röntgenskelettscreening, weitere Röntgenuntersuchungen, Sonographie, Spurensicherung, weitere Untersuchungen
Angaben zu Facharzt	Angaben zu Besprechung Indikation für weitere Diagnostik, Fachrichtung beteiligter Ärzte
Angaben zu interner Kommunikation	Angabe, ob interner fachlicher Austausch stattgefunden hat, wenn ja Angaben zu den beteiligten Berufsgruppen
Angaben zu interprofessioneller fallspezifischer Besprechung	Angabe ob interprofessonelle Fallbesprechung stattgefunden hat, wenn Ja: Nennung der Anzahl, Angabe, ob Kontakt zu Eltern/Personensorgeberechtigten stattgefunden hat, Angaben ob Jugendamt bei Fallbesprechung anwesend war, Angaben zu Hilfsmaßnahmen
Angaben zu pseudonymisierter/anonymisierter Fallberatung	Angabe, ob pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung durchgeführt wurde, wenn ja Angabe zu beteiligten Einrichtungen
Angaben zu fallspezifischem Austausch mit Jugendamt	Angabe, ob fallspezifischer Austausch mit Jugendamt stattgefunden hat
Angaben zu externen medizinischen Einrichtungen und Behörden	Angabe, ob Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen und Behörden stattgefunden hat
Angaben zu Dokumentation und Entlassung	Angabe zu Arztbrief und Inhalt, Angaben zu Hilfstoolverwendung, Angaben zu Gesprächen an Tag der Entlassung

Tab. 13 Datenexport fallbezogene Evaluation EsFoMed_Praxen

Dateninhalte	Erläuterung
ID	Fall-ID welche randomisiert erzeugt wird
Angaben Zeitpunkt Fallabschluss	Jahr/Quartal des Fallabschlusses
Alter des Patienten	Angabe des Alters zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung, Wahl aus fünf Altersstufen, Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Geschlecht	Wahl männlich/weiblich Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Prozessinitiierung	Art des Zustandekommens des Verdachts (innerhalb/außerhalb der Praxis/nicht dokumentiert), je nach Auswahl Nennung der prozessinitiiernden Person/Institution, Nennung der Art des Hinweises (Hinweis leitet sich ab durch das Kind/die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten/eine dritte Person), je nach Wahl Nennung der Art des Hinweises
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus 7 Kategorien Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Gefährdungseinschätzung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses	Wahl aus (Kindeswohlgefährdung besteht/könnte bestehen/besteht nicht)
Angabe zu weiteren Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung	Angaben zu Vorhandensein von weiteren Verdachtsmomenten neben der gewählten Art der Kindeswohlgefährdung

Angabe zu Kontaktkindern	Angabe zu Vorhandensein von Kindern im gleichen Umfeld, Angabe zu Indikation von Kindeswohlgefährdung dieser Kinder und Einleitung eines Prüfverfahrens
T 74-Kodierung	Angabe ob T74-Kodierung erfolgt ist, wenn diese nicht erfolgt ist Nennung der Gründe
Abklärungsprozess	Angaben zu Anzahl der Praxisvorstellungen/Anzahl der Quartale von Initiierung bis Fallabschluss, Angabe ob in dieser Zeit Inobhutnahme durch Jugendamt erfolgt ist
Durchführung erweitere Anamnese	Angabe ob, und wenn ja wie oft erweiterete Anamnese durchgeführt wurde, Angabe (Wahlmöglichkeit) in welchen Bereichen Anamnese durchgeführt wurde, Angaben zur benötigten Zeit
Angaben zu Einbindung anderer Akteure	Angaben ob Schweigepflichtentbindung zum Informationsaustausch mit anderen Institutionen/Behörden erfolgte, Art der Schweigepflichtentbindung (mündlich/schriftlich/nicht dokumentiert), Grund für Nichtentbindung, Angaben zu Einbindung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder des betroffenen Kindes in Abklärungsprozess, bei Nichteinbindung des Kindes: Nennung der Gründe
Angaben Diagnostik	Angabe zu Art der körperlichen Untersuchung (bekleidet/vollständig unbekleidet/anogenitale Untersuchung erfolgt/nicht erfolgt), Häufigkeit der körperlichen Untersuchung, Veranlassung weiterer Diagnostik
Angaben Dokumentation	Angabe zu Fotodokumentation (wenn erfolgt: Angaben zu Benutzung Maßstab, von wem durchgeführt, wenn nicht erfolgt: Nennung von Gründen), Angaben zu Häufigkeit einer Fotodokumentation, Angabe zu Verwendung erweitertes Dokumentationstool, wenn ja Angaben zu Beteiligung anderer Berufsgruppen an Dokumentation, zeitlicher Aufwand für erweiterte Dokumentation
Angaben Fallbesprechung	Angabe ob Fallbesprechung erfolgt ist, wenn ja: Angabe zu Eltern/Kind-Interaktionsbeobachtung und deren Dokumentation, Angabe zu Häufigkeit von Fallbesprechung, Beteiligte Berufsgruppen (jeweils Nennung Häufigkeit der Teilnahme), Dokumentation erfolgt (ja/nein, durch wen), Nennung der insgesamt benötigten Zeit
Angaben pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung	Nennung ob Fallberatung erfolgt ist, wenn ja: Nennung der beteiligten Einrichtung, der beteiligten Personen und der benötigten Zeit
Angaben zu Überweisungen	Angabe, ob Überweisung/weiterleitung erfolgt ist, wenn ja: Nennung der Einrichtung zu der überwiesen/weitergeleitet wurde, Angabe ob Überprüfung der Überweisung/Weiterleitung erfolgt ist, Angabe zu beteiligtem Praxispersonal und zu zeitlichem Aufwand, Angabe, ob wiederholte ambulante Vorstellung vereinbart wurde (ja/nein)
Angaben Einbindung Jugendamt	Angabe ob Einbindung Jugendamt erfolgt ist, wenn ja: Angabe zu beteiligtem Praxispersonal und zu zeitlichem Aufwand, Angabe ob Rückmeldung erfolgt ist
Angaben Fallverantwortung	Nennung ob und wenn ja an wen/mit wem und wann im Rahmen des Abklärungsprozesses die Fallverantwortung übergeben/geteilt wurde

Angaben zu Hilfe- und Schutzkonzept	Angaben ob und wenn ja welches Schutzkonzept zur Zeit des Fallabschlusses entwickelt wurde, Angaben zu Beteiligten bei Entwicklung des Konzeptes, Angabe ob Schutzkonzept dokumentiert wurde (ja/nein), wenn ja: Nennung des beteiligten Praxispersonals und der benötigten Zeit
Nennung weitere Maßnahmen	Nennung ob weitere Maßnahmen erfolgt sind (ja/nein), wenn ja: Angabe zu zeitlichem Aufwand

Tab. 14 Datenexport fallbezogene Evaluation EsFoMed_units

Dateninhalte	Erläuterung
ID	Fall-ID welche randomisiert erzeugt wird
Benutzerkennung	Die Benutzerkennung der jeweiligen MeKidS.unit in der webbasierten Erfassungssoftware
Angaben Zeitpunkt Fallabschluss	Jahr/Quartal des Fallabschlusses (Auswahl 2021/2022, zu dem gewählten Jahr jeweils (Q1-4)
Alter des Patienten	Angabe des Alters zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung, Wahl aus fünf Altersstufen Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Geschlecht	Wahl männlich/weiblich Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Angaben zum Abklärungsprozzess	Angabe ob Abklärung ambulant oder stationär erfolgt ist, wenn ambulant: Anzahl der Quartale/der erfolgten Vorstellungen während des Abklärungsprozesses, Angabe zu Zeitpunkt der ersten Vorstellung (innerhalb/außerhalb Regelarbeitszeit), Angabe ob Leistungen über SPZ erbracht wurden (ja/nein), wenn stationäre Aufnahme weitere Angaben zu: Aufenthaltsdauer, Einschätzung der Lebensgefährdung bei Aufnahme (mit/ohne akute Lebensgefahr), Gründe für stationäre Aufnahme (organische Indikation und/oder Kinderschutzfragestellung), Beteiligung Behörden bei Aufnahme (ja/nein), wenn ja: Nennung Behörde, Zeitpunkt stationäre Aufnahme (innerhalb/außerhalb Regelarbeitszeit)
Prozessinitiierung	Art des Zustandekommens des Verdachts (innerhalb/außerhalb der MeKidS.unit/nicht dokumentiert), je nach Auswahl Nennung der prozessinitiierenden Person/Institution, Art des Hinweises (Hinweis leitet sich ab durch das Kind/die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten/eine dritte Person), je nach Wahl Nennung der Art des Hinweises
Angaben zu Inobhutnahme durch Jugendamt	Ja/nein
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus 7 Kategorien Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Gefährdungseinschätzung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses	Angaben zu Gefährdungseinschätzung (Kindeswohlgefährdung besteht/könnte bestehen/besteht nicht)
Angabe zu weiteren Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung	Angaben zu Vorhandensein von weiteren Verdachtsmomenten neben der gewählten Art der Kindeswohlgefährdung

Angabe zu Kontaktkindern	Angabe zu Vorhandensein von Kindern im gleichen Umfeld, Angabe zu Indikation von Kindeswohlgefährdung dieser Kinder und Einleitung eines Prüfverfahrens
T 74-Kodierung	Angabe ob T74-Kodierung erfolgt ist, wenn nein: Nennung der Gründe
Angaben zu Anamnese	Angabe zu Durchführung Anamnese/Untersuchung (ja/nein), wenn ja: Nennung der durchgeführten Untersuchungen (Wahl aus vorgegebenen Möglichkeiten, je nach Wahl noch weitere Angaben), Nennung der beteiligten Personalgruppen und jeweils Angabe, ob mehr als 1 Person der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt war, Nennung der Zeitdauer, Angaben zu Risikofaktoren auf Kindeswohlgefährdung, Angaben zu Unterversorgung Hilfsmittel (ja/nein/nicht dokumentiert), Angaben zu Notwendigkeit Einbeziehung andere Fachdisziplinen (ja/nein/nicht dokumentiert)
Angaben zu erweiterter Anamnese	Angabe, ob erweitere Anamnese aufgrund des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt wurde (ja/nein), wenn ja: Angabe, mit wem Kontakt hergestellt wurde (andere Kollegen/Jugendamt/Andere), Angaben zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angabe der benötigten Zeit
Angaben zu Aufnahmegespräch/weiterm Gespräch mit Eltern/Personensorgeberechtigten	Angabe ob Aufnahmegespräch und gegebenenfalls weiteres Gespräch mit Eltern/Personensorgeberechtigten durchgeführt wurde, wenn ja: Angaben zu Gesprächsinhalten und zu Dokumentation des Gesprächs, Nennung der beteiligten Berufsgruppen mit jeweils Angabe der benötigten Zeit, Angabe ob mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt war und wenn ja weitere Spezifizierung (1/mehr als 1 Person, teilweise/während des gesamten Vorgangs dabei)
Angaben zu Schweigepflichtentbindung	Angabe, ob Schweigepflichentbindung eingeholt wurde, wenn ja: Art der Einholung (schriftlich/mündlich/keine Angabe)
Angaben zu Aufnahmnegespräch /weiterem Gespräch mit Kind/Jugendlichem	Angabe ob Aufnahmegespräch und gegebenenfalls weiteres Gespräch mit Kind/Jugendlichem durchgeführt wurde, wenn nein: Nennung des Grunds wenn ja: Angabe zu Inhalten des Gesprächs und Dokumentation des Gesprächs, Prüfung/Dokumentation der Partizipationsfähigkeit (ja/nein), Nennung der beteilgten Berufsgruppen mit jeweils Angabe der benötigten Zeit, Angabe ob mehr als eine Person dieser Berufsgruppe beteiligt war und wenn ja weitere Spezifizierung (1/mehr als 1 Person, teilweise/während des gesamten Vorgangs dabei)
Angaben zu Zeitaufwand Diagnostik MRT/CT/Röntgenskelettscreening (RSS)	Angabe ob jeweiliges Verfahren durchgeführt wurde (ja/nein), bei ja: jeweils Angabe, ob Befundsauswertungen von vorherigen Untersuchungen vorgenommen wurden (ja/nein), Angabe zur Anzahl der durchgeführten Untersuchungen, zu jeder Untersuchung Angabe, ob Narkose/Sedierung /weder Narkose noch Sedierung erfolgt ist, Angabe zu Gesamtdauer der Untersuchung, Angabe zu beteiligten Personen jeweils bei Vorbereitung/Durchführung/Auswertung der Untersuchung
Angaben zu Zeitaufwand Sonographie	Angabe, ob Sonographie vorgenommen wurde, wenn ja: Angabe zu Anzahl, für jede durchgeführte Sonographie: Angabe der Gesamtdauer (Durchführung und Befundauswertung), Angabe zu

	beteiligten Personen jeweils bei Durchführung/Auswertung der Sonographie
Angaben zu Spurensicherung	Angabe, ob Spurensicherung durchgeführt wurde (ja/nein), wenn ja: Angabe der Anzahl an durchgeführten Spurensicherungen, zu jeder durchgeführten Spurensicherung: Zeitangaben und Angaben zu beteiligtem Personal und gegebenenfalls Angabe, wie viele Personen einer Berufsgruppe beteiligt waren.
Angaben zu Laborabnahme	Angabe, ob Laborabnahmen durchgeführt wurden (ja/nein), wenn ja Zeitangabe sowie Nennung der beteiligten Berufsgruppen, Angabe ob Befundauswertung bereits vorliegender Laborergebnisse erfolgt ist (ja/nein)
Angaben zu weiteren Untersuchungen	Angabe, ob weitere Untersuchungen durchgeführt wurden (ja/nein), Angabe zu beteiligten Fachrichtungen, nähere Angabe zu Ort der weiteren Unteruchung (innerhalb/außerhalb des Standortes) und zu fachlicher Begleitung der Untersuchung
Angaben zu Koordinations- und Organisationsaufgaben	Angabe, ob Koordinations- und Organisationsaufgaben durch die diagnostischen Verfahren angefallen sind, wenn ja: Angabe zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils angefallenen Zeiten
Angaben zu interner Kommunikation	Angabe, ob internerner fachlicher Austausch stattgefunden hat, wenn ja Angaben zur Dauer des Austauschs und zu den beteiligten Berufsgruppen
Angaben zu interprofessioneller fallspezifischer Besprechung	Angabe ob interprofessonelle Fallbesprechung stattgefunden hat, wenn Ja: Nennung der Anzahl, Dauer pro Fallbesprechung, Angaben zu jeweils beteiligten Berufsgruppen
Angaben zu pseudonymisierter/anonymisierter Fallberatung	Angabe, ob pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung durchgeführt wurde, wenn ja Angabe zu beteiligten Einrichtungen undbeteiligten Berufsgruppen und jeweils Angabe der angefallenen Zeiten
Angaben zu fallspezifischem Austausch mit Jugendamt	Angabe, ob fallspezifischer Austausch mit Jugendamt stattgefunden hat, wenn ja Angabe zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils Nennung der angefallenen Zeiten
Angaben zu Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen	Angabe, ob Fallaustausch mit externen medizinischen Einrichtungen stattgefunden hat, wenn ja, Angabe der beteiligten berufsgruppen und jeweils Nennung der angefallenen Zeiten
Angaben zu Kontakt mit externen nichtmedizinischen Einrichtungen	Angabe, ob Fallaustausch mit externen nicht.-medizinischen Einrichtungen stattgefunden hat, wenn ja, Angabe der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Nennung der angefallenen Zeiten, Angabe zu fallspezifischen Austausch mit Behörden
Angaben zu Arztbrief und zusätzlicher Dokumentation	Angabe, ob Arztbrief erstellt wurde, wenn ja Angaben zu Inhalt, Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben zu zusätzlicher Dokumentation	Angabe, ob zusätzlich eine fallspezifische kinderschutzbezogene Dokumentation durchgeführt wurde, wenn ja Nennung des benutzten Hilfsmittels, Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben zu zusätzlichen Organisations- und Koordinationsaufgaben	Angabe, ob zusätzliche Koordinations- und Organisationsaufgaben aufgrund des Abklärungsprozesses angefallen sind, wenn ja: Angabe zu beteiligten Berufsgruppen und jeweils angefallenen Zeiten

Angaben zu weiterem internen fachlichen Austausch	Angaben, ob es weiteren internen fachlichen Austausch gab, wenn ja Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben Entlassung (bei stationärer Aufnahme)	Angaben, ob am Tag der Entlassung zusätzliche Gespräche/Aufgaben angefallen sind, wenn ja Nennung der zusätzlichen Gespräche/Aufgaben, Nennung der beteiligten Berufsgruppen und jeweils Angaben zu den angefallenen Zeiten
Angaben zu MekidS.best Fall	Angabe ob es sich um stationären MeKidS.best Fall handelt (ja/nein), wenn ja: Beantwortung jeweils der betreffenen Abrechnungsfragen S (stationär) bzw. A (ambulant)
S-Angaben zu Diagnosen (ICD)	Nennung der Aufnahmediagnose, der Hauptdiagnose und von Nebendiagnosen (Freitext)
S-Nennung der Prozeduren (OPS)	Nennung der Prozeduren (OPS), Freitext
S-Angaben Verweildauer	Nennung der Belegungstage (Freitext)
S-Angaben DRG	Nennung DRG, DRG-Entgelt, Pflegeentgelt (Freitext)
S-Angaben Psychatrie (PEPP)	Nennung PEPP und PEPP-Entgelt (Freitext)
S-Angaben Entlassungsgrund	Nennung Entlassungsgrund (6 Wahlmöglichkeiten)
S-Angaben zu vorstationärer Behandlung	Angabe ob vorstationäre Behandlung erfolgt ist, wenn ja Anzahl der vorstationären Kontakte (1/2/>2), Angaben zu Abrechnung vorstationärer Pauschalen in Pädiatrie/anderer Fachabteilung (Wahl aus 1/2/>2), Angabe zu Großgerätezuschlag mit Nennung der DKG-NT-Leistungsziffern
S-Angaben zu nachstationärer Behandlung	Angabe ob nachstationäre Behandlung gesondert abgerechnet wurde (nein/ja), wenn ja: Auswahl aus: Pädiatrie/andere Fachabteilung/ Großgerätezuschlag (Textfeld OPS)
S-Angabe zu Abrechnung Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt	Angabe ob Zusatzentgelt/NUB-Entgelt abgerechnet wurde (ja/nein), wenn ja Angabe zu OPS und Entgelt (Freitext)
S-Angabe zu Abrechnung Entgelte	Angabe zu Abrechnung von Entgelten für Teilstationäre Behandlung/Begleitperson/andere Entgelte (dann Freitextangabe), jeweils Nennung des Entgelts (Freitext)
A-Angaben zu Behandlungsdiagnosen	Nennung aller dokumentierten Behandlungsdiagnosen (ICD) (Freitext)
A-Angaben zu erfolgten Abrechnungen	Angaben ob in den genannten Bereichen (Notfallpauschale/Vorstationärer Pauschale (hier weitere Wahlmöglichkeiten)/Abklärungsuntersuchungen nach §112/Sozialpädiatrisches Zentrum/Institutsambulanz/Persönliche Ermächtigung/Pädiatrische Spezialambulanz/Hochschulambulanz/Ambulante Operationen/Frühförderung) Abrechnungen erfolgt sind, je nach Wahl Nennung Anzahl abgerechneter Pauschalen (Wahl mehrere Möglichkeiten)/ bzw. Angabe Entgelthöhe (Freitext)/EBM-Nummern (Freitext)

Tab. 15 Datenexport fallbezogene Evaluation MedMan

Dateninhalte	Erläuterung
ID	Fall-ID welche randomisiert erzeugt wird
Benutzerkennung	Die Benutzerkennung der jeweiligen MeKidS.unit in der webbasierten Erfassungssoftware
Angaben Zeitpunkt Fallabschluss	Jahr/Quartal des Fallabschlusses (Auswahl 2021/2022, zu dem gewählten Jahr jeweils (Q1-4)

Alter des Patienten	Angabe des Alters zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung, Wahl aus fünf Altersstufen Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Geschlecht	Wahl männlich/weiblich Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Angaben zum Abklärungsprozzess	Angabe ob Abklärung ambulant oder stationär erfolgt ist, wenn ambulant: Anzahl der Quartale/der erfolgten Vorstellungen während des Abklärungsprozesses, Angabe zu Zeitpunkt der ersten Vorstellung (innerhalb/außerhalb Regelarbeitszeit), Angabe ob Leistungen über SPZ erbracht wurden (ja/nein), wenn stationäre Aufnahme weitere Angaben zu: Einschätzung der Lebensgefährdung bei Aufnahme (mit/ohne akute Lebensgefahr), Gründe für stationäre Aufnahme (organische Indikation und/oder Kinderschutzfragestellung), Beteiligung Behörden bei Aufnahme (ja/nein), wenn ja: Nennung Behörde
Art der Kindeswohlgefährdung	Wahl aus 7 Kategorien Fälle werden nur in den Export eingeschlossen, wenn mindestens 8 Fälle pro Kategorie vorliegen
Gefährdungseinschätzung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses	Angaben zu Gefährdungseinschätzung (Kindeswohlgefährdung besteht/könnte bestehen/besteht nicht)
T 74-Kodierung	Angabe ob T74-Kodierung erfolgt ist, wenn nein: Nennung der Gründe
Angaben zu MekidS.best Fall	Angabe ob es sich um stationären MeKidS.best Fall handelt (ja/nein), wenn ja: Beantwortung jeweils der betreffenen Abrechnungsfragen S (stationär) bzw. A (ambulant)
S-Angaben zu Diagnosen (ICD)	Nennung der Aufnahmediagnose, der Hauptdiagnose und von Nebendiagnosen (Freitext)
S-Nennung der Prozeduren (OPS)	Nennung der Prozeduren (OPS), Freitext
S-Angaben Verweildauer	Nennung der Belegungstage (Freitext)
S-Angaben DRG	Nennung DRG, DRG-Entgelt, Pflegeentgelt (Freitext)
S-Angaben Psychatrie (PEPP)	Nennung PEPP und PEPP-Entgelt (Freitext)
S-Angaben Entlassungsgrund	Nennung Entlassungsgrund (6 Wahlmöglichkeiten)
S-Angaben zu vorstationärer Behandlung	Angabe ob vorstationäre Behandlung erfolgt ist, wenn ja Anzahl der vorstationären Kontakte (1/2/>2), Angaben zu Abrechnung vorstationärer Pauschalen in Pädiatrie/anderer Fachabteilung (Wahl aus 1/2/>2), Angabe zu Großgerätezuschlag mit Nennung der DKG-NT-Leistungsziffern
S-Angaben zu nachstationärer Behandlung	Angabe ob nachstationäre Behandlung gesondert abgerechnet wurde (nein/ja), wenn ja: Auswahl aus: Pädiatrie/andere Fachabteilung/ Großgerätezuschlag (Textfeld OPS)
S-Angabe zu Abrechnung Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt	Angabe ob Zusatzentgelt/NUB-Entgelt abgerechnet wurde (ja/nein), wenn ja Angabe zu OPS und Entgelt (Freitext)
S-Angabe zu Abrechnung Entgelte	Angabe zu Abrechnung von Entgelten für Teilstationäre Behandlung/Begleitperson/andere Entgelte (dann Freitextangabe), jeweils Nennung des Entgelts (Freitext)

A-Angaben zu Behandlungsdiagnosen	Nennung aller dokumentierten Behandlungsdiagnosen (ICD) (Freitext)
A-Angaben zu erfolgten Abrechnungen	Angaben ob in den genannten Bereichen (Notfallpauschale/Vorstationärer Pauschale (hier weitere Wahlmöglichkeiten)/Abklärungsuntersuchungen nach §112/Sozialpädiatrisches Zentrum/Institutsambulanz/Persönliche Ermächtigung/Pädiatrische Spezialambulanz/Hochschulambulanz/Ambulante Operationen/Frühförderung) Abrechnungen erfolgt sind, je nach Wahl Nennung Anzahl abgerechneter Pauschalen (Wahl mehrere Möglichkeiten)/ bzw. Angabe Entgelthöhe (Freitext)/EBM-Nummern (Freitext)

4.3.7 MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag

Bei dem in diesem Abschnitt dargestellten „MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag“ handelt es sich um aggregierte Angaben aus der Datenkategorie „Bogen fallbezogene Evaluationsdokumentation“ für die Berichterstattung an die Krankenkassen. Da es sich um eine Aggregation von bereits anonymisierten Daten handelt, findet diese Datenkategorie in diesem Konzept keine weitere Berücksichtigung.

Tab. 16 MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag

Dateninhalte	Erläuterung
Dreidimensionale Kreuztabelle mit absoluten und relativen Häufigkeiten differenziert nach Alter; Geschlecht	Häufigkeiten nach Alter (5 Alterskategorien) und Geschlecht (männlich/weiblich) für die Zielparameter: Jahr/Quartal, Gespräch mit Kind/weitere Gespräche mit Kind
Dreidimensionale Kreuztabelle mit absoluten und relativen Häufigkeiten Art der Kindeswohlgefährdung	Häufigkeit der sieben Kategorien((Misshandlungsverdächtigte Hämatome/Misshandlungsverdächtigte Frakturen/Misshandlungsverdächtigte thermische Verletzung/Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma/Sexueller Missbrauch/Drogenentzugssyndrom des Neugeborenen/Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung/emotionale Misshandlung) wenn möglich zuätzlich analysiert in Hinblick auf die Parameter Alter (5 Kategorien) und Geschlecht (2 Kategorien)
Absolute und relative Häufigkeiten spezifischer Parameter analysiert in Bezug auf Art der Kindeswohlgefährdung und Geschlecht	Analyse in Bezug auf Art der Kindeswohltgefährdung und Geschlecht für die in Auswertungskonzept UW/H aufgeführten Parameter (Gespräch mit Eltern/weitere Gespräche mit Eltern, Angaben zu beteiligten Fachärzten, Angaben zu internem fachlichen Austausch, Angaben Einbeziehung externe medizinische Einrichtungen, Behörden, Angaben zu Dokumentation und Entlassung)
Absolute und relative Häufigkeiten spezifischer Parameter analysiert in Bezug auf Art der Kindeswohlgefährdung	Analyse in Bezug auf Art der Kindeswohltgefährdung für die in Auswertungskonzept UW/H aufgeführten Parameter (Angaben zu durchgeführten MRT, CT, Röntgenskelettscreening, Sonographie, Spurensicherung, weitere Untersuchungen)
Absolute und relative Häufigkeiten spezifischer Parameter	Univariate Analyse für die in Auswertungskonzept UW/H aufgeführten Parameter (Angaben zu Abklärungsprozess, Gefährdungseinschätzung)

4.3.8 MeKidS.best Projektbericht

Bei dem in diesem Abschnitt dargestellten „MeKidS.best Projektbericht“ handelt es sich um aggregierte Angaben aus den Datenkategorien „Bogen fallbezogene Evaluationsdokumentation“. Da es sich um eine Aggregation von bereits anonymisierten Daten handelt, findet diese Datenkategorie in diesem Konzept keine weitere Berücksichtigung.

Tab. 17 MeKidS.best Bericht an Projektpartner

Dateninhalte	Erläuterung
Häufigkeiten der jeweils gegebenen Antworten	aggregierte Auswertung (Min/max/Median prozentuelle Angaben, gegebenfalls Durchschnittwerte) aller abgefragten Parameter

4.4 Ableitung datenschutzrechtlicher Aspekte

Aus der Darstellung der obigen Geschäftsprozesse leiten sich für die weitere Betrachtung in diesem Datenschutzkonzept nachfolgende Aspekte ab.

Betroffene Personengruppen

- Alle Patienten:innen deren Daten retrospektiv durch die Mitarbeitenden der MeKidS.units und MeKidS.Praxen ausgewertet werden (vgl. Definition MeKidS.best Fall, 3.2.7).
- Die Mitarbeitenden der MeKidS.units und MeKidS.Praxen, die in die Gesundheitsversorgungsleistung von MeKidS.best Fälle involviert sind.

Datenschutzrechtliche Fragestellungen

- Welche Verantwortlichkeiten im datenschutzrechtlichen Sinne bestehen für die verschiendenen Akteuere?
- Welche datenschutzrechtiche Grundlage kann für die retrospektive Auswertung der medizinischen Behandlungsdokumentation durch die Behandelnden, sowie eine Übermittlung dieser Daten an die evaluierenden Stellen für die Evaluation des MeKids.best Projektes zur Anwendung kommen?

5 Schutzbedarfsbewertung

Die Grundlage für die Bewertung des Schutzbedarfs stellen die personenbezogenen Daten bzw. die Kategorien von Daten, die in dem vorhergehenden Kapitel der Geschäftsprozessbeschreibung (vgl. Kap. 4.3) erläutert wurden, dar. Der Schutzbedarf für die Datenverarbeitung wird hinsichtlich der drei elementaren Gewährleistungsziele (Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit) definiert.

Auf eine individuelle Bewertung des Schutzbedarfs für die Gewährleistungsziele (Transparenz, Datenminimierung, Intervenierbarkeit, Nichtverkettbarkeit und Belastbarkeit) wird an dieser Stelle verzichtet. Die Berücksichtigung der Anforderungen dieser Gewährleistungsziele erfolgt in den Kapiteln „Datenschutzrechtliche Bewertung“ (vgl. Kap. 6) und „Risikobewertung“ (vgl. Kap. 8).

Datenkategorie: „Zugangsdaten“

Tab. 18 Datenkategorie: „Zugangsdaten“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung
Vertraulichkeit	* (normal)	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit formal kein Schutzbedarf, da es sich bei den Zugangsdaten um eine Kennung der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung handelt und mittels der Zugangsdaten keine personenbezogenen Daten einsehbar sind. Jedoch kann ein Verlust der Vertraulichkeit der Zugangsdaten negative Auswirkungen auf die Integrität haben und daher erfolgt eine entsprechende Einstufung aus Sicht der Informationssicherheit.
Integrität	* (normal)	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Integrität, formal kein Schutzbedarf. Um jedoch die Integrität der Eingaben in der webbasierten Software sicherstellen zu können, erfolgt eine entsprechende Einstufung aus Sicht der Informationssicherheit.
Verfügbarkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Verfügbarkeit kein Schutzbedarf, da keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Datenkategorie: „Strukturdaten“ (vgl. 4.3.1)

Tab. 19 Datenkategorie: „Strukturdaten“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung

Vertraulichkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden bzw. diese Daten generell öffentlich zugänglich sind (z.B. durch Qualitätsberichte der Krankenhäuser).
Integrität	*	In Bezug auf die Integrität ergibt sich kein Schutzbedarf, da keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden.
Verfügbarkeit	*	In Bezug auf die Verfügbarkeit ergibt sich kein Schutzbedarf, da keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Datenkategorie: „Inzidenzbogen“ (vgl. 4.3.2)

Tab. 20 Datenkategorie: „Inzidenzbogen“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung
Vertraulichkeit	Normal	Die Daten sind aus der Behandlungsdokumentation, welche im Sinne des Datenschutzes Gesundheitsdaten (auch als personenbezogene Daten besonderer Kategorie bezeichnet) sind, erhoben. Da kein direkter Fallbezug vorhanden ist (z.B. Fallnummer) ist ein normaler Schutzbedarf zu fordern.
Integrität	Normal	Aus Sicht des Betroffenen sind die Schadensauswirkungen bei einem Verlust der Integrität begrenzt und überschaubar bzw. praktisch nicht relevant.
Verfügbarkeit	Normal	Für den Betroffenen ist es nicht relevant, dass die Daten uneingeschränkt zur Verfügung stehen (Schadenauswirkungen sind begrenzt und überschaubar).

Datenkategorie: „Inzidenzdaten“ (vgl. 4.3.3)

Tab. 21 Datenkategorie: „Inzidenzdaten“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung
Vertraulichkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von anonymen Daten handelt.
Integrität	* (normal)	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Integrität kein Schutzbedarf, da es sich

		um eine Verarbeitung von anonymen Daten handelt. Um jedoch, aus Sicht der Informationssicherheit, die Integrität für die Evaluation zu gewährleisten, wird im Weiteren ein normaler Schutzbedarf angenommen.
Verfügbarkeit	* (normal)	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Verfügbarkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von anonymen Daten handelt. Um jedoch, aus Sicht der Informationssicherheit, die Verfügbarkeit für die Evaluation zu gewährleisten, wird im Weiteren ein normaler Schutzbedarf angenommen.

Datenkategorie: „Bogen fallbezogene Evaluationsdokumentation“ (vgl. 4.3.4)

Tab. 22 Datenkategorien: „Bogen fallbezogenen Evaluationsdokumentation“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung
Vertraulichkeit	Normal	Die Daten sind aus der Behandlungsdokumentation, welche im Sinne des Datenschutzes Gesundheitsdaten (auch als personenbezogene Daten besonderer Kategorie bezeichnet) sind, erhoben. Da kein direkter Fallbezug vorhanden ist (z.B. Fallnummer) ist ein normaler Schutzbedarf zu fordern.
Integrität	Normal	Aus Sicht des Betroffenen sind die Schadensauswirkungen bei einem Verlust der Integrität begrenzt und überschaubar bzw. praktisch nicht relevant.
Verfügbarkeit	Normal	Für den Betroffenen ist es nicht relevant, dass die Daten uneingeschränkt zur Verfügung stehen (Schadenauswirkungen sind begrenzt und überschaubar).

Datenkategorie: „Daten Vergütung Fragebögen“ (vgl. 4.3.5)

Tab. 23 Datenkategorien: „Daten Vergütung Fragebögen“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung
Vertraulichkeit	Normal	Bei der Anzahl der von einer MeKidS.best Praxis ausgefüllten Bögen ist ein normaler Schutzbedarf anzunehmen. Die Zuordnung von Kennung zu MeKidS.best Praxis ist nur der Konsortialführung bekannt.

Integrität	Normal	Die Schadenauswirkungen bei einem Verlust der Integrität ist begrenzt und überschaubar. Daher ergibt sich ein normaler Schutzbedarf.
Verfügbarkeit	Normal	Die Schadenauswirkungen bei einem Verlust der Verfügbarkeit sind begrenzt und überschaubar. Daher ist ergibt sich ein normaler Schutzbedarf.

Datenkategorie: „Datenexport fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.3.6)

Tab. 24 Datenkategorien: „Datenexport fallbezogene Evaluation“

Gewährleistungs-ziel	Schutzbedarfs-klasse	Begründung
Vertraulichkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von anonymen Daten handelt.
Integrität	* (normal)	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von anonymen Daten handelt. Um jedoch, aus Sicht der Informationssicherheit, die Integrität für die Evaluation zu gewährleisten, wird im Weiteren ein normaler Schutzbedarf angenommen.
Verfügbarkeit	* (normal)	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von anonymen Daten handelt. Um jedoch, aus Sicht der Informationssicherheit, die Verfügbarkeit für die Evaluation zu gewährleisten, wird im Weiteren ein normaler Schutzbedarf angenommen.

Datenkategorie: „MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag“ (vgl. 4.3.7)

Tab. 25 Datenkategorien: „MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag“

Gewährleistungs-ziel	Schutzbedarfs-klasse	Begründung
Vertraulichkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von aggregierten Angaben auf Basis der anonymen Daten handelt.
Integrität	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es

		sich um eine Verarbeitung von aggregierten Angaben auf Basis der anonymen Daten handelt.
Verfügbarkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von aggregierten Angaben auf Basis der anonymen Daten handelt.

Diese Datenkategorie wird im weiteren Verlauf des Datenschutzkonzeptes nicht berücksichtigt, da aus Sicht des Datenschutzes für kein Gewährleistungsziel ein Schutzbedarf gegeben ist.

Datenkategorie: „MeKidS.best Projektbericht“ (vgl. 4.3.8)

Tab. 26 Datenkategorien: „MeKidS.best Projektbericht“

Gewährleistungsziel	Schutzbedarfsklasse	Begründung
Vertraulichkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von aggregierten Angaben auf Basis der anonymen Daten handelt.
Integrität	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von aggregierten Angaben auf Basis der anonymen Daten handelt.
Verfügbarkeit	*	Aus Sicht des Datenschutzes ergibt sich hinsichtlich der Vertraulichkeit kein Schutzbedarf, da es sich um eine Verarbeitung von aggregierten Angaben auf Basis der anonymen Daten handelt.

Diese Datenkategorie wird im weiteren Verlauf des Datenschutzkonzeptes nicht berücksichtigt, da aus Sicht des Datenschutzes für kein Gewährleistungsziel ein Schutzbedarf gegeben ist.

6 Datenschutzrechtliche Bewertung

Im ersten Teil dieser datenschutzrechtlichen Bewertung werden alle Rechtsgrundlagen, die Gegenstand der Betrachtung bzw. im Kontext der Geschäftsprozesse relevant sind, vorgestellt. In den Erläuterungen sind teilweise einzelne Paragraphen, die für die oben beschriebenen Anwendungsfälle eine besondere Bedeutung haben, herausgestellt. Davon unberührt gilt, insbesondere bei den Datenschutzgesetzen, natürlich grundsätzlich uneingeschränkt der der jeweilige Anwendungsbereich. Im zweiten Teil dieses Kapitels schließt sich die Konklusion an und es werden die datenschutzrechtlichen Anforderungen, die sich für die einzelnen Geschäftsprozesse ergeben, abgeleitet.

6.1 Datenschutzgesetze

Hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Anforderungen können verschiedene gesetzliche Regelungen der Europäischen Union (EU), des Bundes sowie der Bundesländer, die nun nachfolgend in dieser Reihenfolge beschrieben werden, einschlägig sein.

6.1.1 Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) trat am 25.05.2016 in Kraft und soll ein einheitliches Datenschutzniveau in allen Ländern der EU und dem EWR gewährleisten. Für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. dem EWR ist die DSGVO unmittelbares Recht mit Anwendungsvorrang. Dies bedeutet, dass die innerstaatlichen Organe der einzelnen Mitgliedsländer diese Vorschriften ohne Rücksicht auf nationales Recht anwenden müssen und entgegenstehendes innerstaatliches Recht nicht berücksichtigen dürfen.

6.1.2 Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG)

Die Katholische Kirche sowie die kirchlichen Stellen der katholischen Kirche in Deutschland unterliegen eigenen Datenschutzvorschriften. Das Recht eigene Vorschriften für den Datenschutz zu erlassen ergibt sich aus kirchliche Selbstbestimmungsrecht nach Art. 140 GG iVm. Artikel 137 Absatz III Weimarer Reichsverfassung (WRV). Dieses Selbstbestimmungsrecht räumt der Art. 91 Abs. 1 DSGVO Kirchen, religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften ein, sofern im Zeitpunkt des Inkrafttretens der DSGVO umfassende Regeln zum Schutz natürlicher Personen bestanden, welche inhaltlich den Regelungen der DSGVO gleichstehend sind.
Dieses Datenschutzniveau wird durch das KDG (Gesetz über den kirchlichen Datenschutz) gewährleistet, welches für katholische Stellen, anstatt der DSGVO, anwendbar ist.

6.1.3 Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD)

Die evangelische Kirche sowie die kirchlichen Stellen der evangelischen Kirche in Deutschland unterliegen eigenen Datenschutzvorschriften. Das Recht eigene Vorschriften für den Datenschutz zu erlassen ergibt sich aus kirchliche Selbstbestimmungsrecht nach Art. 140 GG iVm. Artikel 137 Absatz III Weimarer Reichsverfassung (WRV). Dieses Selbstbestimmungsrecht räumt der Art. 91 Abs. 1 DSGVO Kirchen, religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften ein, sofern im Zeitpunkt des Inkrafttretens der DSGVO umfassende Regeln

zum Schutz natürlicher Personen bestanden, welche inhaltlich den Regelungen der DSGVO gleichstehend sind.
Dieses Datenschutzniveau wird durch das DSG-EKD (Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland) gewährleistet, welches für evangelische Stellen, anstatt der DSGVO anwendbar ist.

6.1.4 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Die Neufassung des Bundesdatenschutzgesetzes (vom 25.05.2018) besteht auch nach der Einführung der DSGVO fort. Grundsätzlich sind die Regelungen der DSGVO anwendbares Recht. Bei einer Konkretisierung der DSGVO (z.B. durch Öffnungs- und Spezifizierungsklauseln), sind jedoch die Normen des BDSG anwendbar. Dies ist insbesondere bei öffentlichen Stellen des Bundes und der Länder der Fall und trifft teilweise auch auf nicht öffentliche Stellen zu. Die Anwendbarkeit bei öffentlichen Stellen der Länder ist jedoch nur dann gegeben, wenn keine Regelungen zum Datenschutz innerhalb der Landesgesetzgebung vorhanden sind.

6.2 Fach- und länderspezifische Gesetze

Abhängig vom Anwendungsfall können neben den oben genannten Vorschriften auch Fach- und länderspezifische Vorschriften als „lex specialis" anwendbar sein. Dies ist immer der Fall, wenn diese Fachgesetze als Spezialgesetze die tatsächlichen fallspezifischen Konstellationen detaillierter regeln als die allgemeinen Gesetze (wie DSGVO; KDG; DSG-EKD). Durch diese Vorschriften darf das Datenschutzniveau nicht abgesenkt werden.

6.2.1 Strafgesetzbuch (StGB)

Das Strafgesetzbuch regelt in Deutschland die Kernmaterie des materiellen Strafrechts und bestimmt die Voraussetzungen und Rechtsfolgen strafbaren Handelns. Diese strafrechtlichen Normen sind grundsätzlich vom Datenschutzrecht unabhängig. Die Schnittstelle zum Datenschutzrecht ergibt sich jedoch aus den inhaltlichen Anforderungen einzelner Normen des Strafgesetzbuches. Dies ist z.B. im Rahmen des § 203 StGB der Fall, welche die Verletzung von Privatgeheimnissen unter Strafe stellt und ein Teil der Verschwiegenheitspflicht darstellt. Es muss sichergestellt sein, dass eine Offenbarung von Daten die den Anforderungen des § 203 StGB unterliegen nur insoweit an Dritte offenbart werden, wie dies gesetzlich oder durch standes-rechtliche Regelungen zulässig ist.

6.2.2 Sozialgesetzbuch (SGB)

Die Sozialgesetzgebung ist die rechtliche Grundlage für das Sozialsystem in Deutschland. Das Gesetz ist in mehrere Bücher unterteilt. Diese Bücher regeln unter anderem die Sozialversicherung, die gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen. Weiterhin sind Angebote für hilfsbedürftige Kinder und Jugendliche sowie die Rehabilitation und Teilhabe von beeinträchtigten Menschen kodifiziert. Die vorhandenen Regelungen sind grundsätzlich unabhängig vom Datenschutz, regeln jedoch für einzelne Teilaspekte den Umgang mit personenbezogenen Daten, sodass die Normen in diesen Fällen zu berücksichtigen sind.

In dem vorliegenden Projekt sind die teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 65 SGB V dazu verpflichtet, eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick

auf die Erreichung der Ziele des Modellvorhabens nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Dieser Bericht über die Ergebnisse ist von einem unabhängigen Sachverständigen zu erstellen.

6.2.3 Landesdatenschutzgesetz (LDSG)

Die Landesdatenschutzgesetze regeln den Datenschutz für die Behörden und Einrichtungen der Bundesländer. Sie ergänzen für spezifische Verarbeitungstätigkeiten (z.B. in den Bereichen der Strafverfolgung und Justiz) die Anforderungen zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten.

Tab. 27 Landesdatenschutzgesetze

Bundesland	Datenschutzgesetz
Nordrhein-Westfalen	Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (DSG NRW) Vom 17. Mai 2018

6.2.4 Landeskrankenhausgesetze

Die Landeskrankenhausgesetze/Patient:innendatenschutzgesetze sind vom Datenschutz grundsätzlich unabhängige Gesetze, durch die jedes Bundesland eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in Kliniken und Krankenhäusern gewährleisten möchte. Teilweise regeln diese Gesetze jedoch den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Patienten, sodass die Landeskrankenhausgesetze als speziellere Gesetze für den Anwendungsbereich der Norm auch in der Umsetzung des Datenschutzes berücksichtigt werden müssen.

Tab. 28 Landeskrankenhausgesetze

Bundesland	Landeskrankenhausgesetz
Nordrhein-Westfalen	§§ 1-26 Gesundheitsdatenschutzgesetz (GDSG NW)

6.3 Nachrangige Rechtsnormen und Standesrecht

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen existieren auch berufsständische Regelungen und andere nachrangige Rechtsnormen oder Empfehlungen von Verbänden, aus denen sich datenschutzrechtliche Anforderungen ergeben.

6.3.1 MBO für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte hat unter anderem zum Ziel das Vertrauen zwischen Ärzten und Patient:innen sowie die Qualität der ärztlichen Versorgung sicherstellen. Hinsichtlich des Datenschutzes sind der „§ 9 Schweigepflicht“ und der „§ 10 Dokumentationspflicht“ die relevanten Abschnitte (MBO-Ä 2018).

Alle Informationen, die dem Arzt in seiner Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden sind unterliegen, auch über den Tod des / der Patient:in hinaus, der Schweigepflicht. Eine Offenbarung ist nur im Rahmen des Behandlungskontextes an direkte Mit- und Nachbehandler, auf Grundlage einer Schweigepflichtsentbindung oder zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes möglich.

6.4 Konklusion der datenschutzrechtlichen Bewertung

Ausgehend von der Darstellung der grundsätzlichen Geschäftsprozesse und den dafür geltenden Rechtsgrundlagen werden nun, die sich daraus ergebende Konklusion hinsichtlich der Rechtmäßigkeit für die Verarbeitung oder Übermittlung der personenbezogenen Daten, die Speicherbegrenzung („Aufbewahrungs- und Löschfristen“) und die sich daraus ableitenden Anforderungen an die Betroffenenrechte, dargestellt.

6.4.1 Verantwortlichkeiten

Die verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzes entscheidet über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung der personenbezogenen Daten und muss die, sich aus den Datenschutzgesetzen ergebenden Verpflichtungen, insbesondere im Hinblick auf die Informationspflichten, die Wahrung der Betroffenenrechte sowie die Einhaltung der Grundsätze zum Datenschutz gewährleisten.

6.4.1.1 Katholisches Klinikum Bochum gGmbH

Für die Katholische Klinikum Bochum gGmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen des KDG einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Katholische Klinikum Bochum gGmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in seinem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.2 Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke

Für die Vestische Caritas-Kliniken GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen des KDG einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Vestische Caritas-Kliniken GmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in ihrem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.3 Klinikum Dortmund

Für die Klinikum Dortmund gGmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen der DSGVO einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der

Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Klinikum Dortmund gGmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in seinem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.4 Helios St. Johannes Klinik Duisburg

Für die Helios Klinikum Duisburg GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen der DSGVO einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Helios Klinikum Duisburg GmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in ihrem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.5 Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH

Für die Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen des KDG einschlägig.
Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden und Verschlüsseln) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in seinem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.6 Bergmannsheil und Kinderklinik Buer

Für die Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen der DSGVO einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.

Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in ihrem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.7 Evangelisches Krankenhaus Oberhausen

Für die Evangelische Krankenhaus Oberhausen GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen des DSG-EKD einschlägig.
Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die Evangelische Krankenhaus Oberhausen GmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in seinem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.8 Marienhospital Witten

Für die St. Elisabeth Gruppe GmbH (Katholische Kliniken Rhein-Ruhr) sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen des KDG einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die St. Elisabeth Gruppe GmbH (Katholische Kliniken Rhein-Ruhr) für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in ihrem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.9 Helios Klinikum Wuppertal

Für die HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen der DSGVO einschlägig.
Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.

Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit muss die MeKidS.unit die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso ist die HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal GmbH für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in ihrem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.10 MeKidS.Praxen

Für die MeKidS.Praxen sind die Normregelungen der DSGVO einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht im Rahmen der „Markierung“ und der retrospektiven Erhebung von Daten aus der Behandlungsdokumentation sowie deren Übermittlung in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) mittels der webbasierten Software. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit endet mit dem Abschluss der Eingabe (Absenden) in der „webbasierten Software“.
Im Rahmen seiner Verantwortlichkeit muss die MeKidS.Praxis die Umsetzung der in diesem Kapitel dargestellten datenschutz-rechtlichen Anforderungen sicherstellen. Ebenso sind die Inhaber der MeKidS.Praxen für die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in ihrem Verantwortungsbereich zuständig.

6.4.1.11 Private Universität Witten/Herdecke gGmbH (UW/H)

Die UW/H verarbeitet im Rahmen der in Kapitel 4 dargestellten Geschäftsprozesse ausschließlich anonymisierte Daten und hat somit keinen Zugang zu den personenbezogenen Daten der MeKidS.units und MeKidS.Praxen. Dies bedeutet, dass die UW/H, im Sinne des Datenschutzes keine verantwortliche Stelle ist. Eine Verantwortlichkeit, auch für die anonymen Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in dem eigenen Verantwortungsbereich sicherzustellen, ergibt sich aus den vertraglichen Regelungen (vgl. sogenannter „Datennutzungsvertrag“(vgl. 9.1.1.5)).

Das Department für Psychologie (UW/H-DfP) verantwortet die Programmierung der Fragebögen und die technische Bereitstellung (inkl. Rechenzentrumsbetrieb) der Software (Eingabe, Prüfung des Vorliegens der Anonymität und Export) für die webbasierte Erfassung.

Der Lehrstuhl für Forschungsmethodik und Statistik in der Psychologie unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ostermann (UW/H-LfFSP) ist für die Evaluation der Ergebnisqualität und Prozessqualität im Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ verantwortlich.

6.4.1.12 Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH (EsFoMed)

Die EsFoMed erhält im Rahmen des Geschäftsprozesses „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5) ausschließlich anonymisierte Daten und hat somit keinen Zugang zu den personenbezogenen Daten der MeKidS.units und MeKidS.Praxen. Dies bedeutet, dass es für den Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5), im Sinne des Datenschutzes, keine verantwortliche Stelle gibt. Eine Verantwortlichkeit, auch für die anonymen Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in dem eigenen Verantwortungsbereich sicherzustellen, ergibt sich aus den vertraglichen Regelungen (vgl. sogenannter „Datennutzungsvertrag“ (vgl. 9.1.1.5)).

6.4.1.13 Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen (MEDMAN)

Der MEDMAN erhält im Rahmen des Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5) ausschließlich anonymisierte Daten und hat somit keinen Zugang zu den personenbezogenen Daten der MeKidS.units und MeKidS.Praxen. Dies bedeutet, dass es für den Geschäftsprozess „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5), im Sinne des Datenschutzes, keine verantwortliche Stelle gibt. Eine Verantwortlichkeit, auch für die anonymen Daten die technischen und organisatorischen Maßnahmen (vgl. Kap. 9) in dem eigenen Verantwortungsbereich sicherzustellen, ergibt sich aus den vertraglichen Regelungen (vgl. sogenannter „Datennutzungsvertrag“ (vgl. 9.1.1.5)).

6.4.1.14 Teilnehmende Krankenkassen

Die am MeKidS.best Projekt teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf; DAK Gesundheit, Hamburg; Techniker Krankenkasse, Düsseldorf) erhalten, gemäß des § 65 SGB V, eine unabhängige, wissenschaftliche Auswertung des Modellvorhabens.
Die teilnehmenden Krankenkassen sind im Kontetxt dieses Datenschutzkonzeptes keine verantwortlichen Stellen im Sinne des Datenschutzes, da sie nur einen Bericht auf Basis bereits zuvor anonymisiertenr Daten (vgl. 4.3.6) erhalten.

6.4.1.15 MedEcon Ruhr

Für die MedEcon Ruhr GmbH sind hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Vorgaben die Normregelungen der DSGVO einschlägig. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit besteht in den Geschäftsprozessen „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2), „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3), „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) jeweils für den Teilaspekt der Vergütung der MeKidS.Praxen.

Die Rechtmäßigkeit dieser Datenverarbeitungen ergibt sich aus dem Konsortialvertrag bzw. den vertraglichen Regelungen zur Vergütung mit den MeKidS.Praxen (gem. Art. 6 Abs. 1 b DSGVO). Im Sinne der besseren Lesbarkeit findet im weiteren Verlauf dieses Dokumentes diese Verarbeitungstätigkeit keine weitere Berücksichtigung.

6.4.2 Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung und -übermittlung

Die Datenschutzgesetze formulieren für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten einige Bedingungen, die in den Grundsätzen verankert sind. Nach dem ersten Grundsatz dürfen personenbezogene Daten grundsätzlich nicht verarbeitet werden, es sei denn mindestens eine Bedingung für die „Rechtmäßigkeit der Verarbeitung“ ist erfüllt. Für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten muss weiterhin eine zusätzliche Legitimation für die Verarbeitung von personenbezogen Daten besonderer Kategorien gegeben sein.

Grundsätzlich müssen alle Verarbeitungsvorgänge umfassend von einer Rechtsgrundlage gedeckt sein. Das Vorhandensein einer Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten stellt aus diesem Grunde nicht zwingend auch eine Legitimation für die Übermittlung oder anderweitige Nutzung von personenbezogenen Daten dar.

6.4.2.1 Übermittlung von Zugangsdaten

Bei den Zugangsdaten für die webbasierte Erfassung handelt es sich um eine Zugangskennung für die jeweilige MeKidS.best Einrichtung. Eine Notwendigkeit einer Rechtmäßigkeit für die Datenverarbeitung oder -übermittlung im Sinne des Datenschutzes, ergibt sich daher nicht.

6.4.2.2 Durchführung der Strukturerhebung

Für den Geschäftsprozess „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) ergibt sich keine Notwendigkeit einer Rechtmäßigkeit für die Datenverarbeitung oder -übermittlung im Sinne des Datenschutzes, da in dem Rahmen keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden bzw. es sich nur um solche Angaben handelt, die durch die gesetzliche Qualitätsberichterstattung öffentlich zugänglich sind.

6.4.2.3 Durchführung der Inzidenzerhebung

Die Darstellung der Rechtmäßigkeit für das Heraussuchen der personenbezogenen Daten aus der vorhandenen medizinischen Behandlungsdokumentation sowie die Anonymisierung und anschließende Übermittlung wird im nachfolgenden Abschnitt erläutert. Die diesbezügliche Rechtsgrundlage ist für den Geschäftsprozess „Durchführung der Inzidenzerhebung" (vgl. 4.2.3) und „Durchführung der fallbezogenen Evaluation“ (vgl. 4.2.4) identisch.

Im weiteren Verlauf des Dokumentes werden die Bewertungen und Maßnahmen für diese beiden Geschäftsprozesse, da die Schutzbedarfsbewertung und die Rechtmäßigkeit identisch sind, jeweils in einem Abschnitt zusammengefasst und nicht weiter getrennt betrachtet.

6.4.2.4 Durchführung der Evaluation

Das Projekt MeKidS.best ist als retrospektive Evaluation konzipiert, bei der die medizinische Versorgungsleistung grundsätzlich im Kontext eines normalen Behandlungsvertrages (§ 630 a BGB) erfolgt. Der Behandlungsvertrag umfasst ebenfalls die Pflicht zur Dokumentation der vorgenommenen Maßnahmen (§ 630 f BGB). Dies bedeutet, dass die MedKidS.units und die MeKidS.Praxen aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben bereits, durch den Behandlungsvertrag zur Dokumentation verpflichtet sind und im Rahmen dieser Behandlung durch das MeKidS.best Projekt keine zusätzlichen Daten verarbeitet werden.

Eine neue Verarbeitung von personenbezogenen Daten stellt lediglich die retrospektive Erhebung und das Herausfiltern der relevanten Informationen aus der bestehenden medizinischen Behandlungsdokumentation dar. Das Ziel dieser Verarbeitung ist die Unkenntlichmachung der bereits vorhandenen personenbezogenen Daten für die Übermittlung und anschließende Nutzung im Rahmen der „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5), also die Anonymisierung von bereits vorhandenen Daten.

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) hat in seinem Positionspapier [3] vom 29.06.2020 folgendes ausgeführt: „Im Regelfall werden die personenbezogenen Daten, die anonymisiert werden sollen, zu einem bestimmten anderen Zweck erhoben. Eine anschließende Anonymisierung stellt deshalb in diesen Fällen eine Weiterverarbeitung dar, deren Zweck mit dem ursprünglichen Erhebungszweck vereinbar sein muss, vgl.

Art. 5 Abs. 1 Buchst. b) DSGVO.“ Weiterhin trifft das Positionspapier folgende Aussage „Die Anonymisierung stellt eine Verarbeitung dar und bedarf als solche einer Rechtsgrundlage.“

Dieser Argumentation folgen wir auch im Rahmen des DSG-EKD und des KDG, weil für diese gesetzlichen Normen derzeit keine gegenteiligen Stellungnahmen der Aufsichtsbehörden bestehen.

6.4.2.4.1 Rechtsgrundlage Anonymisierung DSGVO

Der Art. 6 Abs. 4 DSGVO besagt, dass der Verantwortliche, sofern er eine Zweckänderung der personenbezogenen Daten vornehmen möchte, abwägen muss, ob die personenbezogenen Daten die ursprünglich erhoben wurden, mit der Zweckänderung vereinbar sind. Hierzu sind folgende Punkte zu erwägen:

- jede Verbindung zwischen den Zwecken, für die die personenbezogenen Daten erhoben wurden, und den Zwecken der beabsichtigten Weiterverarbeitung,
- den Zusammenhang, in dem die personenbezogenen Daten erhoben wurden, insbesondere hinsichtlich des Verhältnisses zwischen den betroffenen Personen und dem Verantwortlichen,
- die Art der personenbezogenen Daten, insbesondere ob besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO verarbeitet werden oder ob personenbezogene Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten gemäß Art. 10 DSGVO verarbeitet werden,
- die möglichen Folgen der beabsichtigten Weiterverarbeitung für die betroffenen Personen,
- das Vorhandensein geeigneter Garantien, wozu Verschlüsselung oder Pseudonymisierung gehören.

Abwägung über die Zweckänderung der personenbezogenen Daten

Zwischen der ursprünglich erfolgten Behandlungsdokumentation und der Übermittlung von anonymen Daten für die Evaluation besteht eine hinreichende inhaltliche Verbindung, so dass diese von der ursprünglichen Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung legitimiert ist.

Die Patienten:innen begeben sich in die medizinische Behandlung, um eine Gesundheitsversorgungsleistung zu erhalten. Dabei bildet die, gemäß den o.g. gesetzlichen Vorgaben, erfolgte medizinische Dokumentation regelhaft die Grundlage für nachgeordnete Verwendungszwecke. Wesentliche sekundäre Verwendungszwecke sind die Abrechnung der Gesundheitsversorgungsleistung mit den gesetzlichen Krankenkassen, die interne Qualitätssicherung und die Gesundheitsberichterstattung. Die Medizin- und Versorgungsforschung bilden wesentliche Elemente der tertiären Verwendungszwecke. Die Patienten:innen müssen also grundsätzlich annehmen, dass die erhoben Daten für nachgelagerte Verwendungszwecke verarbeitet werden. Diese nachgeordneten Verwendungszwecke sind im Regelfall durch Gesetze oder Verordnungen legitimiert bzw. bedürfen der Einwilligung der betroffenen Person.

Davon unberührt liegt durch das Aufsuchen eines Arztes bzw. die aktive Teilnahme an diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen (nach erfolgter ärztlicher Aufklärung) ein Einverständnis für diese Maßnahme und auch eine datenschutzrechtliche Grundlage für die Datenverarbeitung vor (Art. 6 Abs. 1 lit. 1c iVm. Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO).
In der vorliegenden Konstellation von potentiellen Kindeswohlgefährdungen ist jedoch davon auszugehen, dass die Patienten:innen auf Grund ihres Alters oder externer Einflüsse (wie psychischer Druck) nicht in der Lage oder aber die Personensorgeberechtigten nicht gewillt sind, eine solche Einwilligung (zu tertiären Verwendungszwecken) abzugeben. Vielmehr muss sogar angenommen werden, dass Personensorgeberechtigte, die teilweise selbst aktiver Bestandteil einer potentiellen Kindeswohlgefährdung sein können, aus Eigennutz bzw. zum Selbstschutz kein Interesse an einer wissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema haben.

Eine objektive wissenschaftliche Durchdringung der Thematik ist auf dieser Basis zweifelhaft, da entweder nur solche Einwilligungen eingeholt werden würden, bei denen die Vorgaben zur verständlichen Sachverhaltsdarstellung (Art 7 Abs. 2 DSGVO) und der Freiwilligkeit (Art 7 Abs. 4 DSGVO) nicht erfüllt wären oder eine signifikante Anzahl von Fällen potentieller Kindeswohlgefährdungen keine Berücksichtigung fänden. Auf Grund dieser Diskrepanz würde eine medizinische Forschung zu einer verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung auf Basis einer wissenschaftlichen (prospektiven) Studie mit einer Verzerrung der Ergebnisse („Bias“) einhergehen.

Für das MeKidS.best Projekt wurde daher eine retrospektive Evaluation auf Basis von anonymisierten Daten konzeptioniert. Die Verbindung zwischen dem ursprünglichen Zweck der medizinischen Dokumentation im Rahmen der Behandlung und dem angestrebten tertiären Verarbeitungszweck im Rahmen des MeKidS.best Projektes ist eindeutig gegeben. Vielmehr muss der Patient sogar regelhaft annehmen, dass die medizinische Dokumentation für nachgelagerte Zwecke verarbeitet wird. Das Verhältnis bzw. der Grundsatz der Vertraulichkeit zwischen den betroffenen Personen (den Patienten:innen) und dem Verantwortlichen (den MeKidS.best Einrichtungen) bleibt, da ausschließlich anonyme Daten verarbeitet werden, unberührt. Auch die Tatsache, dass eine Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten stattfinden, muss nicht in die Risikobewertung einfließen, da die Falldaten einer spezifischen betroffenen Person nicht mehr zuordenbar sind. Vor diesem Hintergrund sind die Risiken für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen auch als vernachlässigbar einzustufen bzw. sind Auswirkungen für die betroffene Person auszuschließen. Mit der technischen Maßnahme der Anonymisierung (durch die Entfernung des Personenbezugs) wird gewährleistet, dass die Daten keiner identifizierten oder identifizierbaren Person mehr zugewiesen werden können. Das Vorgehen bietet dabei die größtmögliche Garantie für die Daten und ist sogar noch weitergehend, als die -vom Gesetzgeber als ausreichend definierten- Maßnahmen der Verschlüsselung oder Pseudonymisierung.

Eine Rechtsgrundlage für die anonyme Datenerhebung aus der Behandlungsdokumentation ist durch eine Zweckänderung gegeben (Artt. 9 Abs. 2 f; 6 Abs. 1 c i.V.m. Art. 6 Abs. 4 DSGVO).

6.4.2.4.2 Rechtsgrundlage Anonymisierung KDG

Der § 6 Abs. 2 i KDG besagt, dass eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu einem anderen als den ursprünglich erhobenen Zweck lediglich dann rechtmäßig ist, wenn die Zweckänderung zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist, das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens gegenüber dem Interesse der betroffenen Person an dem Ausschluss der Zweckänderung erheblich überwiegt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann.

Weiterhin stellt der § 6 Abs. 6 KDG klar, dass die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten für andere Zwecke nur dann zulässig ist, wenn dies zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist, das kirchliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens gegenüber dem Interesse der betroffenen Person an dem Ausschluss der Zweckänderung erheblich überwiegt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann. Bei dieser Abwägung ist im Rahmen des kirchlichen Interesses das wissenschaftliche Interesse an dem Forschungsvorhaben besonders zu berücksichtigen.

Abwägung über die Zweckänderung der personenbezogenen Daten

Aus Sicht des Datenschutzes existiert für den Begriff der wissenschaftlichen Forschung folgende Definition: „Forschung ist auf wissenschaftliche Eigengesetzlichkeit in Bezug auf Methodik, Systematik, Beweisbedürftigkeit, Nachprüfbarkeit, Kritikoffenheit und Revisionsbereitschaft beruhender Prozess zum Auffinden von Erkenntnissen, ihrer Deutung und ihrer Weitergabe. „Alles, was nach Inhalt und Form als ernsthafter, planmäßiger Versuch zur Ermittlung der Wahrheit anzusehen ist“, kann als wissenschaftliche Forschung angesehen werden.“ [4] Auf Basis dieser Definition handelt es bei dem Projekt MeKidS.best um die Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsvorhabens, das von den Rechtsgrundlagen des § 6 Abs. 2 i und § Abs. 6 KDG legitimiert ist.

Eine Notwendigkeit der wissenschaftlichen Forschung im Projekt MeKidS.best ist erforderlich, weil in Deutschland zu den Fragestellungen der verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) bisher wenig belastbare Studien existieren und gleichzeitig eine hohe Zahl von Kindesgefährdungen vorliegt. „Die Jugendämter in Deutschland haben im Jahr 2019 mit rund 55 500 Kindeswohlgefährdungen das zweite Mal in Folge 10 % mehr Fälle festgestellt als im jeweiligen Vorjahr.“ [5] Die Ursachen für diesen Zuwachs von gemeldeten Kindeswohlgefährdungen sind nicht bekannt. Dies kann einerseits an einer tatsächlichen Zunahme von Kindeswohlgefährdungen oder andererseits an einer besseren Detektion liegen.

Nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes ist der Staat verpflichtet, dem besonderen Schutzbedürfnis der Kinder und Jugendlichen durch die Wahrnehmung eines Wächteramtes Rechnung zu tragen, dass die Menschenwürde sowie das Recht auf Entfaltung und ungestörte Entwicklung der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen garantiert. [6] Die zu-

ständigen Behörden sind verpflichtet einzuschreiten und Gefährdungen zu unterbinden, insbesondere wenn sich – wie es bei Minderjährigen typischerweise der Fall ist – die betroffenen Grundrechtsträger nicht selbst helfen können. [7] Ein solches Einschreiten der Behörden ist überhaupt erst dann möglich, wenn eine Kindeswohlgefährdung erkannt wurde. Dabei ist besonders erschwerend, dass eine Kindeswohlgefährdung nicht immer an eindeutigen Kriterien erkennbar ist, sondern die Detektion spezifisches Wissen und Handeln erfordert. Genau diese Aspekte einer einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“ sind dabei Gegenstand des MeKidS.best Projektes.

Das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens überwiegt in der vorliegenden Fallkonstellation gegenüber dem Interesse der betroffenen Person. Vielmehr ist sogar von einem mutmaßlichen Interesse der Kinder und Jugendlichen auszugehen, da potentielle Opfer von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch sich selbst häufig gar nicht entsprechend artikulieren können, aber ein Interesse an der unmittelbaren Beendigung an einer vorliegenden Kindeswohlgefährdung haben.

Eine Forschung zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) kann auch nicht mit anderen Mitteln erreicht werden, weil in der vorliegenden Konstellation davon auszugehen ist, dass die Patienten:innen auf Grund ihres Alters oder externer Einflüsse (wie psychischer Druck) nicht in der Lage oder aber die Personensorgeberechtigten nicht gewillt sind, eine solche Einwilligung (zu tertiären Verwendungszwecken) abzugeben. Vielmehr muss sogar angenommen werden, dass Personensorgeberechtigte, die teilweise selbst aktiver Bestandteil einer potentiellen Kindeswohlgefährdung sein können, aus Eigennutz bzw. zum Selbstschutz kein Interesse an einer wissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema haben.

Aus diesem Grund ist es erforderlich, wissenschaftliche Daten anonym zu erheben. Die Interessen der Kinder und Jugendlichen sind insbesondere auch durch die Anonymisierung der Daten gewährleisten, da im Rahmen der Studie kein Rückschluss auf die Person gezogen werden kann. Eine Rechtsgrundlage für die anonyme Eingabe der Daten aus der Behandlungsdokumentation ist durch eine Zweckänderung gegeben (§§ 6 Abs. 2 i i.V.m. § 6 Abs. 6 KDG).

6.4.2.4.3 Rechtsgrundlage Anonymisierung DSG-EKD

Gemäß § 7 Abs. 2 DSG-EKD dürfen personenbezogenen Daten zu einem anderen als den ursprünglich erhobenen Zweck verarbeitet werden, wenn die Zweckänderung mit dem ursprünglichen Zweck vereinbar ist. Dabei sind insbesondere folgende Punkte in Rahmen der Zweckabwägung zu berücksichtigen:

- jede Verbindung zwischen den Zwecken, für die die personenbezogenen Daten erhoben wurden, und den Zwecken der beabsichtigten Weiterverarbeitung;

- den Zusammenhang, in dem die personenbezogenen Daten erhoben wurden, insbesondere hinsichtlich des Verhältnisses zwischen den betroffenen Personen und der kirchlichen Stelle;
- die Art der personenbezogenen Daten, insbesondere ob besondere Kategorien personenbezogener Daten verarbeitet werden oder ob personenbezogene Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten gemäß § 14 DSG-EKD verarbeitet werden;
- die möglichen Folgen der beabsichtigten Weiterverarbeitung für die betroffenen Personen;
- das Vorhandensein geeigneter Garantien, zu denen die Verschlüsselung, die Pseudonymisierung oder die Anonymisierung gehören kann.

Weiterhin darf eine Zweckänderung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten gemäß § 7 Abs. 5 DSG-EKD lediglich dann erfolgen, wenn für die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten für andere Zwecke, die Voraussetzungen vorliegen, die eine Verarbeitung nach § 13 Abs. 2 DSG-EKD zulassen.

Der § 13 Abs. 2 Nr. 10 DSG-EKD legitimiert die Verarbeitung für im kirchlichen Interesse liegende Zwecke der wissenschaftlichen Forschung, wenn die Interessen der betroffenen Person durch angemessene Maßnahmen gewahrt sind.

Abwägung über die Zweckänderung der personenbezogenen Daten
Zwischen der ursprünglich erfolgten Behandlungsdokumentation und der Übermittlung von anonymen Daten für die Evaluation besteht eine hinreichende inhaltliche Verbindung, so dass diese von der ursprünglichen Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung legitimiert ist.

Die Patienten:innen begeben sich in die medizinische Behandlung, um eine Gesundheitsversorgungsleistung zu erhalten. Dabei bildet die, gemäß den o.g. gesetzlichen Vorgaben, erfolgte medizinische Dokumentation regelhaft die Grundlage für nachgeordnete Verwendungszwecke. Wesentliche sekundäre Verwendungszwecke sind die Abrechnung der Gesundheitsversorgungsleistung mit den gesetzlichen Krankenkassen, die interne Qualitätssicherung und die Gesundheitsberichterstattung. Die Medizin- und Versorgungsforschung bilden wesentliche Elemente der tertiären Verwendungszwecke. Die Patienten:innen müssen also grundsätzlich annehmen, dass die erhoben Daten für nachgelagerte Verwendungszwecke verarbeitet werden. Diese nachgeordneten Verwendungszwecke sind im Regelfall durch Gesetze oder Verordnungen legitimiert bzw. bedürfen der Einwilligung der betroffenen Person.

Davon unberührt liegt, durch das Aufsuchen eines Arztes bzw. die aktive Teilnahme an diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen (nach erfolgter ärztlicher Aufklärung) ein Einverständnis für diese Maßnahme und eine datenschutzrechtliche Grundlage für die Datenverarbeitung in diesem Rahmen vor (§ 6 Nr. 6 iVm. § 13 Nr. 8 DSG-EKD).
In der vorliegenden Konstellation von potentiellen Kindeswohlgefährdungen ist jedoch davon auszugehen, dass die Patienten:innen auf Grund ihres Alters oder externer Einflüsse (wie psychischer Druck) nicht in der Lage oder aber die Personensorgeberechtigten nicht gewillt

sind, eine solche Einwilligung (zu tertiären Verwendungszwecken) abzugeben. Vielmehr muss sogar angenommen werden, dass Personensorgeberechtigte, die teilweise selbst aktiver Bestandteil einer potentiellen Kindeswohlgefährdung sein können, aus Eigennutz bzw. zum Selbstschutz kein Interesse an einer wissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema haben.

Eine objektive wissenschaftliche Durchdringung der Thematik ist auf dieser Basis zweifelhaft, da entweder nur solche Einwilligungen eingeholt werden würden, bei denen die Vorgaben zur verständlichen Sachverhaltsdarstellung (§ 11 Nr. 2 DSG-EKD) und der Freiwilligkeit (§ 11 Nr. 4 DSG-EKD) nicht erfüllt wären oder eine signifikante Anzahl von Fällen potentieller Kindeswohlgefährdungen keine Berücksichtigung fänden. Auf Grund dieser Diskrepanz würde eine medizinische Forschung zu einer verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung auf Basis einer wissenschaftlichen (prospektiven) Studie mit einer Verzerrung der Ergebnisse („Bias“) einhergehen.

Für das MeKidS.best Projekt wurde daher eine retrospektive Evaluation auf Basis von anonymisierten Daten konzeptioniert. Die Verbindung zwischen dem ursprünglichen Zweck der medizinischen Dokumentation im Rahmen der Behandlung und dem angestrebten tertiären Verarbeitungszweck im Rahmen des MeKidS.best Projektes ist eindeutig gegeben. Vielmehr muss der Patient sogar regelhaft annehmen, dass die medizinische Dokumentation für nachgelagerte Zwecke verarbeitet wird. Das Verhältnis bzw. der Grundsatz der Vertraulichkeit zwischen den betroffenen Personen (den Patienten:innen) und dem Verantwortlichen (den MeKidS.best Einrichtungen) bleibt, da ausschließlich anonyme Daten verarbeitet werden unberührt. Auch die Tatsache, dass eine Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten stattfinden, muss nicht in die Risikobewertung einfließen, da die Falldaten einer spezifischen betroffenen Person nicht mehr zuordnenbar sind. Vor diesem Hintergrund sind die Risiken für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen auch als vernachlässigbar einzustufen bzw. sind Auswirkungen für die betroffene Person auszuschließen. Mit der technischen Maßnahme der Anonymisierung (durch die Entfernung des Personenbezugs) wird gewährleistet, dass die Daten keiner identifizierten oder identifizierbaren Person mehr zugewiesen werden können. Das Vorgehen bietet dabei die größtmögliche Garantie für die Daten und ist sogar noch weitergehend, als die -vom Gesetzgeber als ausreichend definierten- Maßnahmen der Verschlüsselung oder Pseudonymisierung.

Weiterhin sind auch die Anforderungen des § 13 Abs. 2 Nr. 10 DSG-EKD zur Zweckänderung bei personenbezogenen Daten besonderer Kategorien erfüllt, da es sich bei dem MeKidS.best Projekt um wissenschaftliche Forschung handelt. Durch den vorherigen Abschnitt wurde bereits dargestellt, dass die Interessen der betroffenen Person (den Patienten:innen) durch angemessen Maßnahmen gewahrt sind. Als Forschung wird im Kontext dieses Dokumentes verstanden: „Forschung ist auf wissenschaftliche Eigengesetzlichkeit in Bezug auf Methodik, Systematik, Beweisbedürftigkeit, Nachprüfbarkeit, Kritikoffenheit und Revisionsbereitschaft beruhender Prozess zum Auffinden von Erkenntnissen, ihrer Deutung und ihrer Weitergabe. „Alles, was nach Inhalt und Form als ernsthafter, planmäßiger Versuch zur Ermittlung der Wahrheit anzusehen ist“, kann als wissenschaftliche Forschung angesehen wer-

den.“ [4] Auf Basis dieser Definition handelt es bei dem Projekt MeKidS.best um die Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsvorhabens, das von den Rechtsgrundlagen des § 13 Abs. 2 Nr. 10 DSG-EKD legitimiert ist.

Eine Notwendigkeit der wissenschaftlichen Forschung im Projekt MeKidS.best ist erforderlich, weil in Deutschland zu den Fragestellungen der verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) bisher wenig belastbare Studien existieren und gleichzeitig eine hohe Zahl von Kindesgefährdungen vorliegt. „Die Jugendämter in Deutschland haben im Jahr 2019 mit rund 55 500 Kindeswohlgefährdungen das zweite Mal in Folge 10 % mehr Fälle festgestellt als im jeweiligen Vorjahr.“ [5] Die Ursachen für diesen Zuwachs von gemeldeten Kindeswohlgefährdungen sind nicht bekannt. Dies kann einerseits an einer tatsächlichen Zunahme von Kindeswohlgefährdungen oder andererseits an einer besseren Detektion liegen.

Nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes ist der Staat verpflichtet, dem besonderen Schutzbedürfnis der Kinder und Jugendlichen durch die Wahrnehmung eines Wächteramtes Rechnung zu tragen, dass die Menschenwürde sowie das Recht auf Entfaltung und ungestörte Entwicklung der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen garantiert. [6] Die zuständigen Behörden sind verpflichtet einzuschreiten und Gefährdungen zu unterbinden, insbesondere wenn sich – wie es bei Minderjährigen typischerweise der Fall ist – die betroffenen Grundrechtsträger nicht selbst helfen können. [7] Ein solches Einschreiten der Behörden ist überhaupt erst dann möglich, wenn eine Kindeswohlgefährdung erkannt wurde. Dabei ist besonders erschwerend, dass eine Kindeswohlgefährdung nicht immer an eindeutigen Kriterien erkennbar ist, sondern die Detektion spezifisches Wissen und Handeln erfordert. Genau diese Aspekte einer einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“ sind dabei Gegenstand des MeKidS.best Projektes.

Das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens überwiegt in der vorliegenden Fallkonstellation gegenüber dem Interesse der betroffenen Person. Vielmehr ist sogar von einem mutmaßlichen Interesse der Kinder und Jugendlichen auszugehen, da potentielle Opfer von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch sich selbst häufig gar nicht entsprechend artikulieren können, aber ein Interesse an der unmittelbaren Beendigung an einer vorliegenden Kindeswohlgefährdung haben.

Eine Forschung zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) kann auch nicht mit anderen Mitteln erreicht werden, weil in der vorliegenden Konstellation davon auszugehen, dass die Patienten:innen auf Grund ihres Alters oder externer Einflüsse (wie psychischer Druck) nicht in der Lage oder aber die Personensorgeberechtigten nicht gewillt sind, eine solche Einwilligung (zu tertiären Verwendungszwecken) abzugeben. Vielmehr muss sogar

angenommen werden, dass Personensorgeberechtigte, die teilweise selbst aktiver Bestandteil einer potentiellen Kindeswohlgefährdung sein können, aus Eigennutz bzw. zum Selbstschutz kein Interesse an einer wissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema haben.

Aus diesem Grund ist es erforderlich, wissenschaftliche Daten anonym zu erheben. Die Interessen der Kinder und Jugendlichen sind insbesondere auch durch die Anonymisierung der Daten gewährleisten, da im Rahmen der Studie kein Rückschluss auf die Person gezogen werden kann. Die rechtliche Legitimation für die Anonymisierung der Daten stützt sich auf §§ 7 Abs. 2 und 5 DSG-EKD sowie § 13 Abs. 2 Nr. 10 DSG-EKD.

6.4.2.4.4 Verschwiegenheit nach § 203 StGB

Auch die (ärztliche) Verschwiegenheit im Sinne des § 203 StGB ist für die Verarbeitung von anonymen Daten nicht anwendbar. Die Daten werden von den MedKidS.units und MeKidS.Praxen bereits so in der webbasierten Softwarelösung eingegeben, dass eine Re-Identifikation der Person im Regelfall nicht mehr möglich ist. Durch die fehlende Identifikationsmöglichkeit der behandelten Person ist der objektive Tatbestand der Norm nicht erfüllt. Der § 203 StGB stellt das Offenbaren eines fremden Geheimnisses, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis“ unter Strafe. Die Formulierung „persönlicher Lebensbereich“ indiziert, dass Rückschlüsse auf die Person (die Persönlichkeit) aus dem Geheimnis zu ziehen sind.

Durch die vorgenommene Anonymisierung der Daten ist genau diese Identifikation nicht mehr möglich, sodass auf die Daten des Fragebogens der § 203 StGB auch keine Anwendung finden kann.

6.4.2.5 Durchführung der Evaluation

Für die „Durchführung der Evaluation“ ergibt sich keine Notwendigkeit einer Rechtmäßigkeit für die Datenverarbeitung oder -übermittlung im Sinne des Datenschutzes, da in diesem Geschäftsprozess ausschließlich anonyme Daten, für die die Regelungen des Datenschutzes keine Anwendung finden, verarbeitet werden.

6.5 Transparente Information

Die für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle muss die betroffenen Personen (vgl. 3.1.4) zum Zeitpunkt der Datenerhebung in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form sowie einer klaren und einfachen Sprache hinsichtlich des Datenschutzes informieren.

6.5.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund sind keine neuen Anforderungen an die Erfüllung der Informationspflichten zu stellen.

6.5.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus diesem Geschäftsprozess keine neuen Anforderungen in Bezug auf die der Informationspflichten.

6.5.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerherbung fallbezogene Evaluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogenen Daten einzustufen sind.

Aus diesen Geschäftsprozessen ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich der Informationspflichten bzw. sind diese durch den normalen Behandlungsprozess erfüllt. Die jeweilige MeKidS.best Einrichtung muss sicherstellen, dass die von Ihnen genutzten Informationspflichten (z.B. im Rahmen des Behandlungsvertrages) eine anonyme Datenverarbeitung abdecken. Bei Verwendung der Muster der „Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)“ oder der „Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)“ sind diese Anforderungen in der Regel erfüllt.

6.5.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Pflichten an eine transparente Information zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

6.6 Speicherbegrenzung

Der Grundsatz der Speicherbegrenzung sieht vor, dass personenbezogene Daten nur so lange aufbewahrt werden dürfen, wie dies zur Erreichung des Zwecks tatsächlich notwendig ist.

Mit dieser Anforderung ist gemeint, dass grundsätzlich sämtliche personenbezogene Daten immer zu löschen sind, sofern eine Aufbewahrung für die Erfüllung des jeweiligen Zwecks nicht mehr erforderlich ist. Neben der tatsächlichen Löschung/Vernichtung von Daten kann diese Anforderung auch durch eine Anonymisierung der Daten erfüllt werden.

6.6.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund sind keine neuen Anforderungen an die Speicherbegrenzung zu erfüllen.

6.6.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine neuen Anforderungen für die Gewährleistung der Speicherbegrenzung.

6.6.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Außerhalb der Regelungen dieses Datenschutzkonzeptes gelten für die Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation die Regelungen der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung.

Die von den MeKidS.best Einrichtungen erhobenen „Inzidenzbögen“ (vgl. 4.3.2) und die „Bögen MeKidS.best Fallerhebung“ (vgl. 4.3.4) werden nach erfolgter Überprüfung einer hinreichenden Anonymisierung in die Datenkategorien „Inzidenzdaten“ (vgl. 4.3.3) und „MeKidS.best Datenexport“ (vgl. 4.3.6) überführt und sind somit formal gelöscht.

Für diese anonymen Daten sind die Regelungen des Datenschutzes nicht mehr anzuwenden. Eine Löschung dieser Daten im Verantwortungsbereich der UW/H-DfP erfolgt nach dem Datenexport durch die jeweiligen Evaluatoren und spätestens zum Projektende.

Die Datenkategorie „Daten Vergütung Fragebögen“ (vgl. 4.3.5) bildet beim Konsortialträger MedEcon Ruhr die Grundlage für die Vergütung der abgeschlossenen „Bögen fallbezogene Evaluation“ gegenüber den MeKidS.Praxen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich für die Datenkategorie ein Aufbewahrungserfordernis von 10 Jahren nach §§ 257 Abs. 4 iVm. 257 Abs. 1 Nr. 4 HGB.

6.6.4 Durchführung der Evaluation

Mit der sogenannten „Guten klinischen Praxis“(abgekürzt GCP, good clinical practice) existieren international anerkannte, nach ethischen und wissenschaftlichen Gesichtspunkten aufgestellte Regeln für die Durchführung von klinischen Studien. Diese Regelungen sind Europa bzw. der Bundesrepublik Deutschland nur für Arzneimittelstudien in nationales Recht umgesetzt worden. Das Projekt MeKidS.best orientiert sich jedoch an den GCP Empfehlungen und definiert für die Aufbewahrung der Daten der Evaluation, für eine spätere Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse, eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.

Diese Aufbewahrungsfrist gilt ausschließlich für die Datenkategorien („4.3.1 Strukturdaten“, „4.3.3
Inzidenzdaten“ und „4.3.6 Datenexport“) und die daraus resultierenden Forschungsergebnisse innerhalb der evaluierenden Stellen (vgl. „4.2.5 Durchführung der Evaluation“), bei denen die Anforderungen an eine hinreichende Anonymität geprüft wurden.

Die von den MeKidS.best Einrichtungen im Rahmen der „Datenerhebung fallbezogenen Evaluation“ (vgl. 4.2.4) übermittelten „Bogen fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.3.4) werden von der UW/H-DfP mit Abschluss der Evaluation gelöscht.

6.7 Anforderungen zu den Betroffenenrechten

Auf Grundlage der Datenschutzgesetze hat die von der Verarbeitung betroffene Person jederzeit die Möglichkeit ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten in Anspruch zu nehmen. Die Wahrnehmung dieser Rechte kann nicht durch Verträge ausgeschlossen werden.

6.7.1 Recht auf Auskunft

Die betroffene Person hat jederzeit das Recht, von der verantwortlichen Stelle Auskunft darüber zu verlangen, welche personenbezogenen Daten für welche Zwecke verarbeitet und gegebenenfalls an andere Empfänger übermittelt werden. Die Person ist weiterhin über die Speicherfristen und ihre Rechte zum Datenschutz zu informieren. Ebenso müssen der Person eine Kopie ihrer personenbezogenen Daten zur Verfügung gestellt werden.

6.7.1.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine neuen Anforderungen für die Gewährleistung des Rechts auf Auskunft.

6.7.1.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für die Gewährleistung des Rechts auf Auskunft.

6.7.1.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogenen Daten einzustufen sind.

Aus diesen Geschäftsprozessen ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich des Auskunftsrechtes und diesbezüglicher Prozesse. Das Recht der betroffenen Person auf Auskunft kann grundsätzlich aus der vorhandenen Behandlungsdokumentation und nach den etablierten Prozessen der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung erfüllt werden. Die Anwendung des Rechtes auf Auskunft ist für anonymisierte Daten nicht möglich.

6.7.1.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Rechte der Betroffenen zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

6.7.2 Recht auf Berichtigung

Jede verantwortliche Stelle muss auf Anforderung der betroffenen Person unverzüglich alle unrichtigen personenbezogenen Daten korrigieren. Weiterhin kann die betroffene Person auch die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten verlangen. Die verantwortliche Stelle muss zudem alle Empfänger der Daten, solange dies in keinem unverhältnismäßig hohen Aufwand steht, über die Berichtigung personenbezogener Daten informieren.

6.7.2.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Berichtigung.

6.7.2.2 Durchführun der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Berichtigung.

6.7.2.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogenen Evaluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogenen Daten einzustufen sind.

Aus diesen Geschäftsprozessen ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich des Rechts auf Berichtigung und diesbezüglicher Prozesse. Das Recht der betroffenen Person auf Berichtigung kann grundsätzlich aus der vorhandenen Behandlungsdokumentation und den etablierten Prozessen der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung erfüllt werden. Die Anwendung des Rechtes auf Berichtung ist für anonymisierte Daten nicht möglich.

6.7.2.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Rechte der Betroffenen zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

6.7.3 Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“)

Die verantwortliche Stelle hat die personenbezogenen Daten auf Antrag der betroffenen Person unverzüglich zu löschen. Eine Löschung hat immer dann zu erfolgen, wenn keine Zweckbindung mehr gegeben ist, die betroffene Person ihre Einwilligung widerruft und keine anderweitige Rechtsgrundlage für die Verarbeitung gegeben ist oder die Datenverarbeitung unrechtmäßig erfolgt.

Eine Löschung der Daten kann aus unterschiedlichen Gründen (z. B. wenn dieser gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen/-pflichten entgegenstehen, ein unverhältnismäßig hoher Aufwand aufgrund der Art der Datenspeicherung besteht) verweigert werden.

6.7.3.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Löschung.

6.7.3.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Löschung.

6.7.3.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogenen Daten einzustufen sind.

Aus diesen Geschäftsprozessen ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich des Löschrechtes und diesbezüglicher Prozesse. Für die Ausübung des Rechts auf Löschung gelten uneingeschränkt die Aufbewahrungsfristen für die vorhandene Behandlungsdokumentation und die diesbezüglich etablierten Prozesse der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung. Die Anwendung des Recht auf Löschung ist für anonymisierte Daten nicht möglich.

6.7.3.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Rechte der Betroffenen zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

6.7.4 Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Eine Einschränkung der Verarbeitung kann von der betroffenen Person für die Dauer der Prüfung der Richtigkeit seiner Daten oder für die Dauer eines Einspruches verlangt werden. Weiterhin kann die Einschränkung der Verarbeitung an die Stelle einer Löschung treten, wenn die Verarbeitung unrechtmäßig erfolgt ist oder dieser gesetzliche bzw. vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Die weitere Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

6.7.4.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung.

6.7.4.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine neuen Anforderungen für das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung.

6.7.4.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogenen Evluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogenen Daten einzustufen sind.

Aus diesen Geschäftsprozessen ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich des Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und diesbezüglicher Prozesse. Das Recht der betroffenen Person auf Einschränkung der Verarbeitung muss seitens der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung für die vorhandene Behandlungsdokumentation realisiert sein. Ist eine solche „Einschränkung der Verarbeitung“ für die vorhandene Behandlungsdokumentation vorhanden, so muss diese beachtet werden. In diesen Fällen darf aus der vorhandenen medinischen Falldokumentation keine Erhebung für das MeKidS.best Projekt erfolgen. Die Anwendung des Recht auf Einschränkung der Verarbeitung für anonymisierte Daten ist nicht möglich.

6.7.4.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Rechte der Betroffenen zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

6.7.5 Recht auf Datenübertragbarkeit

Die verantwortliche Stelle muss dem Betroffenen auf Anforderung alle Daten, die die Person für die Datenverarbeitung bereitgestellt hat, „in einem strukturierten, gängigen und maschinen-lesbaren Format“ zur Verfügung stellen oder - soweit technisch möglich - an einer anderen verantwortlichen Stelle übertragen. Dieses Recht gilt u.a. für alle Geschäftsprozesse, bei denen eine Verarbeitung der Daten automatisiert oder auf Grundlage einer Einwilligung oder eines Vertrages erfolgt.

6.7.5.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Datenübertragbarkeit.

6.7.5.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Datenübertragbarkeit.

6.7.5.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogene Daten einzustufen sind.

Aus diesen Geschäftsprozessen ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich des Rechtes auf Datenübertragbarkeit und diesbezüglicher Prozesse. Das Recht der betroffenen Person auf Datenübertragbarkeit muss seitens der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung für die vorhandene Behandlungsdokumentation realisiert sein. Die Anwendung des Recht auf Einschränkung der Verarbeitung ist für anonymisierte Daten nicht möglich.

6.7.5.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Rechte der Betroffenen zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

6.7.6 Recht auf Widerspruch

Die betroffene Person hat das Recht, sofern sich aus ihrer besonderen Situation Gründe dafür ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen. Dieses Recht besteht u.a. bei der Datenverarbeitung auf Grundlage des „berechtigten Interesse“ und einem darauf gestützten Direktmarketing und für Datenverarbeitungen zu wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken sowie statistischen Zwecken.

Im Fall eines Widerspruches darf die verantwortliche Stelle die personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, sie kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die den Interessen, Rechten und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

6.7.6.1 Übermittlung von Zugangsdaten

In dem Geschäftsprozess „Übermittlung von Zugangsdaten“ (vgl. 4.2.1) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Es handelt sich lediglich um Daten, welche sich auf die Zuordnungen der Einrichtung beziehen. Aus diesem Grund sind keine Anforderungen an die Erfüllung des Rechts auf Widerspruch zu stellen.

6.7.6.2 Durchführung der Strukturerhebung

Im Rahmen der „Durchführung der Strukturerhebung“ (vgl. 4.2.2) werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Aus diesem Grund ergeben sich aus dem Geschäftsprozess keine Anforderungen für das Recht auf Widerspruch.

6.7.6.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Die Evaluation im MeKidS.best Projekt nutzt ausschließlich die im Rahmen der medizinischen Behandlung dokumentierten Daten bzw. Angaben zu den Ressourcenverbräuchen, die nicht als personenbezogenen Daten einzustufen sind.

Aus diesem Geschäftsprozess ergeben sich keine neuen Anforderungen hinsichtlich des Rechtes auf Widerspruch und diesbezüglicher Prozesse. Das Recht der betroffenen Person auf Widerspruch muss -soweit überhaupt zutreffend- seitens der jeweiligen MeKidS.best Einrichtung für die vorhandene Behandlungsdokumentation realisiert sein. Die Anwendung des Recht auf Einschränkung der Verarbeitung ist für anonymisierte Daten nicht möglich.

6.7.6.4 Durchführung der Evaluation

In dem Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (4.2.5) werden ausschließlich anonymisierte Daten verarbeitet. Die Rechte der Betroffenen zum Datenschutz sind auf diese Daten, weil kein Personenbezug vorhanden ist, nicht anwendbar.

7 Komponenten- und Schnittstellenübersicht

Die in diesem Kapitel dargestellten Übersichten von Komponenten und Schnittstellen beschreiben die Datenflüsse innerhalb der verschiedenen Geschäftsprozesse (Verarbeitungstätigkeiten). Im Gesamtkontext des Dokumentes handelt es sich um eine Betrachtung der Schichten „Fachapplikation / Software“ und „Infrastruktur“.

7.1 Gesamtübersicht

Diese Gesamtübersicht ist eine „high-level“ Übersicht zu den, in den einzelnen Geschäftsprozessen beteiligten Akteuren, Fachapplikationen/Software und Infrastrukturkomponenten. Die an den einzelnen Use-Cases beteiligten Komponenten sind in den nächsten Abschnitten jeweils noch detaillierter dargestellt.

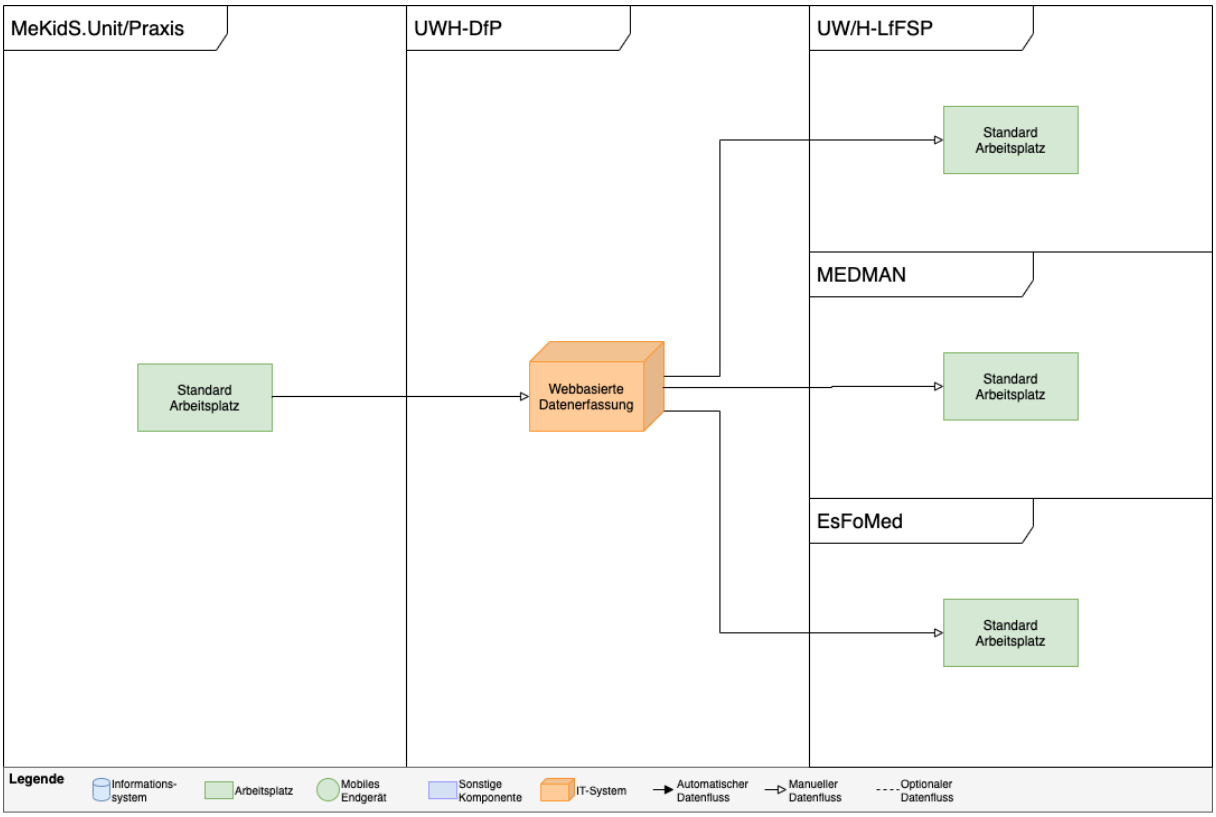


Abb. 1 Komponentenübersicht „Gesamtübersicht“

7.2 Detailübersicht

In den weiteren schematischen Übersichten werden, die an den einzelnen Geschäftsprozessen beteiligten Fachapplikationen/Software sowie die Infrastrukturkomponenten, in denen diese bei den verschiedenen Akteuren ausgeführt werden, dargestellt und erläutert.

7.2.1 Übermittlung der Zugangsdaten

Auf eine graphische Darstellung und technische Beschreibung zu den eingesetzten Komponenten und Schnittstellen wird, da im Use-Case der „Übermittlung der Zugangsdaten“ keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden, verzichtet.

Arbeitsplatz (UW/H-DfP)

- Bei der UW/H-DfP werden Standard-Arbeitsplätze für die Übermittlung der Zugangsdaten genutzt.

Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)

- Bei MedEcon Ruhr werden Standard-Arbeitsplätze für die Übermittlung der Zugangsdaten genutzt.

Arbeitsplatz (MeKidS.units & MeKidS.Praxen)

- In den MeKidS.best Einrichtungen werden Standard-Arbeitsplätze für den Empfang der Zugangsdaten eingesetzt.

7.2.2 Durchführung der Strukturerhebung

Auf eine graphische Darstellung und technische Beschreibung zu den eingesetzten Komponenten und Schnittstellen wird, da im Use-Case der „Durchführung der Strukturerhebung“ keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden, verzichtet.

Arbeitsplatz (MeKidS.units & MeKidS.Praxen)

- In den MeKidS.best Einrichtungen werden Standard-Arbeitsplätze mit einen Standard-Webbrowser zur Dateneingabe benutzt.
- Der Zugriff auf die „Webbasierte Datenerfassung“ erfolgt über eine verschlüsselte Verbindung (Transportverschlüsselung, TLS).
- Der Link zu den Fragebögen wird den MeKidS.best Einrichtung per E-Mail übermittelt und ist so gestaltet, dass ein Erraten nicht mögloch ist.
- Die Datenerfassung erfolgt durch eine manuelle Eingabe seitens der Nutzer.

Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)

- Für den Betrieb des genutzten Servers im Rechenzentrum der Uni Witten/Herdecke, werden ein Web-, Applikations- und ein Datenbankserver verwendet

7.2.3 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Auf eine graphische Darstellung und technische Beschreibung zu den eingesetzten Komponenten und Schnittstellen wird, da im Use-Case der „Durchführung der Inzidenzerhebung“ und „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden, verzichtet.

Arbeitsplatz (MeKidS.units & MeKidS.Praxen)

- Für die Vorbereitung wird die Behandlungsdokumentation benötigt. Je nach individueller Regelung in einzelnen MeKidS.best Einrichtungen existieren optional noch Laufzettel o.ä. zu den Abrechnungsdaten.

- In den MeKidS.best Einrichtungen werden Standard-Arbeitsplätze mit einen Standard-Webbrowser zur Dateneingabe benutzt.
- Der Zugriff auf die „Webbasierte Datenerfassung“ erfolgt über eine verschlüsselte Verbindung (Transportverschlüsselung, TLS).
- Für die Anmeldung zu den Fragebogen werden die übermittelten Zugangsdaten der MeKidS.best Einrichtung genutzt.
- Die Datenerfassung erfolgt durch eine manuelle Eingabe seitens der Nutzer.

Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)

- Siehe vorherige Beschreibung

Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)

- Siehe vorherige Beschreibung

7.2.4 Durchführung der Evaluation

Auf eine graphische Darstellung und technische Beschreibung zu den eingesetzten Komponenten und Schnittstellen wird, da im Use-Case der „Durchführung der Evaluation“ nur anonyme Daten verarbeitet werden, verzichtet.

PC-Arbeitsplatz (UW/H-LfFSP, EsFoMed, MEDMAN; zusammen Evaluator)

- Es werden Standard-Arbeitsplätze in der jeweiligen evaluierenden Stelle genutzt.
- Den evaluaierenden Stellen werden die Datenexporte per verschlüsselter ZIP-Datei übermittelt.
- In der jeweiligen evaluierenden Stelle wird ein Standard-Arbeitsplatz mit den für die Evaluation erforderlichen Softwareprogrammen (z.B. Microsoft Excel, SPSS) eingesetzt.

7.3 Zuordnung der Datenkategorien

Gemäß dem Grundprinzip des Datenschutzes sind für die Festlegung des Schutzbedarfes für die „Fachapplikationen/Software“ sowie die Infrastruktur, in denen diese betrieben werden, ausschließlich die Schutzbedarfsbewertungen für die verarbeiteten personenbezogenen Daten (bzw. Kategorien von Daten) relevant. Um den sich für die Datenverarbeitung ergebenden Schutzbedarf auf alle involvierten Prozesse und IT-Systeme übertragen zu können, erfolgt im ersten Schritt eine Zuordnung der Datenkategorien zu den beteiligten Komponenten und Schnittstellen.

7.3.1 Durchführung der Inzidenzerhebung

Tab. 29 Durchführung der Inzidenzerhebung - Zuordnung Komponenten / Datenkategorien

Komponente	Datenkategorie	Betroffenengruppe
Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis)	• Behandlungsdokumentation • Inzidenzbogen	Patienten

Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)	• Inzidenzbogen	*
PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)	• Daten Vergütung Fragebögen	*

Tab. 30 Durchführung der Inzidenzerhebung - Zuordnung Schnittstellen / Datenkategorien

Schnittstelle	Datenkategorie	Betroffenengruppe
PC-Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis) <> Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)	• Inzidenzbogen	*
PC-Arbeitsplatz (UW/H-DfP) <> PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)	• Daten Vergütung Fragebögen	*

7.3.2 Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Tab. 31 Datenerhebung fallbezogene Evalaution- Zuordnung Komponenten / Datenkategorien

Komponente	Datenkategorie	Betroffenengruppe
Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis)	• Behandlungsdokumentation • Bogen fallbezogene Evaluation	Patienten
Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)	• Bogen fallbezogene Evaluation	*
PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)	• Daten Vergütung Fragebögen	*

Tab. 32 Datenerhebung fallbzogene Evaluation - Zuordnung Schnittstellen / Datenkategorien

Schnittstelle	Datenkategorie	Betroffenengruppe
PC-Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis) <> Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)	• Bogen fallbezogene Evaluation	*
PC-Arbeitsplatz (UW/H-DfP) <> PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)	• Daten Vergütung Fragebögen	*

7.3.3 Durchführung der Evaluation

Tab. 33 Durchführung der Evaluation - Zuordnung Komponenten / Datenkategorien

Komponente	Datenkategorie	Betroffenengruppe
Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)	• Inzidenzbogen • Inzidenzdaten	*

	• Bogen fallbezogene Evaluation • MeKidS.best Datenexport	
PC-Arbeitsplatz (Evaluator)	• Inzidenzdaten • Datenexport fallbezogene Evaluation	*
IT-System (Evaluator)	• Inzidenzdaten • Datenexport fallbezogene Evaluation	*
PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)	• Inzidenzdaten	*

Tab. 34 Durchführung der Evaluation - Zuordnung Schnittstellen / Datenkategorien

Schnittstelle	Datenkategorie	Betroffenengruppe
PC-Arbeitsplatz (UW/H-DfP) <> PC-Arbeitsplatz (Evaluator)	• Inzidenzdaten • Datenexport fallbezogene Evaluation	*
PC-Arbeitsplatz (UW/H-DfP) <> PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)	• Inzidenzdaten	*

7.4 Vererbung des Schutzbedarfes

Die personenbezogenen Daten stellen für den Datenschutz das wesentliche Kriterium für die weitere Bewertung dar und aus diesem Grunde wird der festgestellte Schutzbedarf (vgl. Kap. 5) nun auf die an der Datenverarbeitung beteiligten „Fachapplikation / Software“ (Schicht 2) und die Infrastruktur (Schicht 3) vererbt.
Für die Ermittlung des Schutzbedarfs in den weiteren Schichten kommt immer das Maximalprinzip zur Anwendung. Sofern in einer Komponente/System mehrere Datenkategorien mit unterschiedlichem Schutzbedarf verarbeitet werden, wird hinsichtlich des Gesamtschutzbedarfs für das jeweilige Gewährleistungsziel immer die höchste Einstufung angewandt.

7.4.1 Komponenten und Schnittstellen der „Fachapplikation/Software-Schicht“

Auf Grundlage des festgestellten Schutzbedarf (vgl. Kap. 5) ergibt sich für die Komponenten und Schnittstellen nachfolgender, vererbter Schutzbedarf.

Tab. 35 Durchführung der Inzidenzerhebung - Vererbter Schutzbedarf / Fachapplikationen

Komponente / Schnittstelle	Gewährleistungsziel		
	Vertraulichkeit	Integrität	Verfügbarkeit
Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis)	Normal	Normal	Normal

Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis) <> Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)			
Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)			

Tab. 36 Datenerhebung fallbezogene Evaluation - Vererbter Schutzbedarf / Fachapplikationen

Komponente / Schnittstelle	Gewährleistungsziel		
	Vertraulichkeit	Integrität	Verfügbarkeit
Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis)	Normal	Normal	Normal
Arbeitsplatz (MeKidS.unit/Praxis) <> Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)			
Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)			

Tab. 37 Durchführung der Evaluation - Vererbter Schutzbedarf / Fachapplikationen

Komponente / Schnittstelle	Gewährleistungsziel		
	Vertraulichkeit	Integrität	Verfügbarkeit
Webbasierte Datenerfassung (UW/H-DfP)	Normal*	Normal*	Normal*
PC-Arbeitsplatz (Evaluator)			
PC-Arbeitsplatz (UW/H-DfP) <> PC-Arbeitsplatz (Evaluator/MedEcon Ruhr)			
PC-Arbeitsplatz (Evaluator)			
IT-System (Evaluator)			
PC-Arbeitsplatz (MedEcon Ruhr)			

Bei der Verarbeitung und Übermittlung der Datenexporte handelt es sich um anonymisierte Daten, so dass die Anforderungen des Datenschutzes nicht mehr anzuwenden sind. Für diese Daten wird aber trotzdem ein normaler Schutzbedarf, um auch über die Dauer der Speicherbegrenzung den Schutz der Daten sicherzustellen, definiert.

7.4.2 Informationsverbünde der „Infrastruktur-Schicht“

In der weiteren technischen Betrachtung wird die Infrastruktur auch als Informationsverbund (oder IT-Verbund), was die Gesamtheit von infrastrukturellen, organisatorischen, personellen und technischen Objekten meint, bezeichnet. Aus der Schutzbedarfsklasse „normal“ leiten sich für die beteiligten Komponenten und den Informationsverbund (oder auch IT-Verbund), in dem diese Komponenten und Schnittstellen ausgeführt werden, keine besonderen Anforderungen ab. Es wird grundsätzlich angenommen, dass die Anforderungen der Schutzbedarfsklasse „normal“ mit jedem IT-Verbund erfüllt werden.

Tab. 38 Durchführung der Baselineerhebung/Erprobungsphase - Zuordnung Komponenten / Datenkategorien

Informationsverbund / IT-System	Gewährleistungsziel		
	Vertraulichkeit	Integrität	Verfügbarkeit
IT-System (UW/H)	Normal	Normal	Normal

Auf Grund der Anwendung des Maximalprinzips ergibt sich für die Infrastruktur im Bereich des Systembetriebs des Geschäftsprozesses „Datenerhebung fallbezogene Evaluation“ (vgl. 4.2.4) ein normaler Schutzbedarf.

Tab. 39 Durchführung der Evaluation - Vererbter Schutzbedarf / Infrastruktur-Schicht

Informationsverbund / IT-System	**Gewährleistungsziel**		
	Vertraulichkeit	Integrität	Verfügbarkeit
IT-System (Evaluator)	Normal*	Normal*	Normal*

Bei der Verarbeitung und Übermittlung der Datenexporte handelt es sich um anonymisierte Daten, so dass die Anforderungen des Datenschutzes nicht mehr anzuwenden sind. Für diese Daten wird aber trotzdem für den Geschäftsprozess der „Durchführung der Evaluation“ (vgl. 4.2.5) ein normaler Schutzbedarf, um auch über die Dauer der Speicherbegrenzung den Schutz der Daten sicherzustellen, definiert.

8 Risikobewertung

Mit diesem Datenschutzkonzept werden nicht generell sämtliche Risiken, die bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten innerhalb der beteiligten Organisationen auftreten können, betrachtet. Die Bewertung fokussiert auf die Gefährdungen, die sich direkt aus den Geschäftsprozessen sowie den verarbeiteten Daten (vgl. Kap. 4.3) und in den Schichten der „Fachapplikation / Software“ und „Infrastruktur“ (vgl. Kap. 7) ergeben können.

Auf Grundlage der Bewertung bzw. zur Minimierung von Risiken werden anschließend angemessene technische und organisatorische Maßnahmen (vgl. Kap. 9) beschrieben. Durch diese Maßnahmen können sich wiederum neue Risiken ergeben, die im Rahmen des PDCA-Zyklus ebenso Bestandteil dieser Risikobewertung sind.

8.1 Risikomodell

Im Allgemeinen wird ein Risiko als eine Funktion verstanden, mit der eine Vorhersage über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens zukünftiger Ereignisse und deren mögliche Auswirkungen getroffen wird. Mit diesem Modell erfolgt dabei nur eine Betrachtung von negativen Schadensauswirkungen und mögliche positive Nutzen oder Chancen sind nicht relevant.

Das Modell setzt dazu die „Bedrohungen“ und die „Negativen Ereignisse“ miteinander in Beziehungen und bewertet diesbezüglich die Faktoren der „Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Bedrohung“ und die „Schadensauswirkung für die betroffene Person“ beim Eintritt eines solchen negativen Ereignisses.

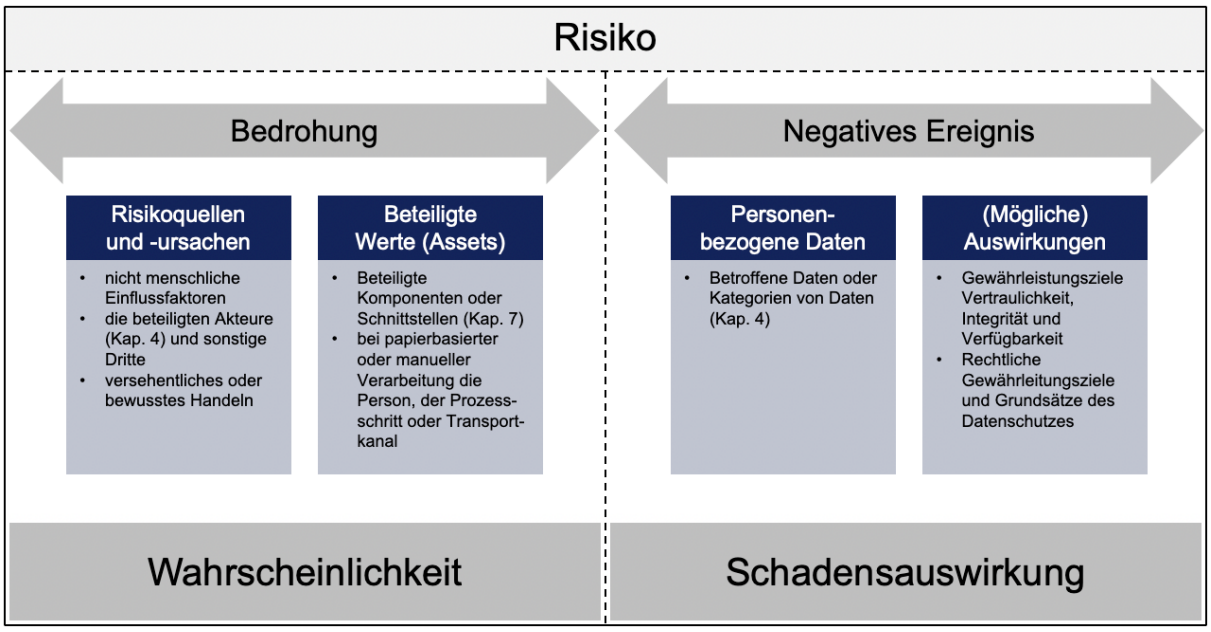


Abb. 2 Risikomodell

Das Vorgehen bei diesem Risikomodell ist dreistufig. Zuerst werden die potenziellen Risiken identifiziert, danach wird deren „Eintrittswahrscheinlichkeit“ sowie die „Schadensauswirkung“

bewertet und auf der Basis erfolgt eine Zuordnung zu einer „Risikoklasse“. Im letzten Schritt findet dann eine Risikobehandlung (vgl. Kap. 9) statt.

Ergibt sich aufgrund der Risikobewertung, dass ein Risiko nicht akzeptiert oder transferiert werden kann, so müssen in der Risikobehandlung (vgl. Kap. 9) angemessene technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz definiert werden.

8.1.1 Bedrohung

Eine Bedrohung ist jeder Umstand, bei dem eine Risikoquelle oder -ursache, bewusst oder versehentlich, eine nicht konforme Aktion in einem der beteiligten Werte (Assets), mit dem personenbezogenen Daten verarbeitet werden, ausführt.

Zu den möglichen Quellen einer Bedrohung zählen im Allgemeinen menschliche Provisions- oder Unterlassungsfehler oder eine bewusste Schädigungsabsicht der beteiligten Akteure und Organisationen sowie Dritter (externe Personen oder Organisationen). Die weiteren Ursachen können auch physische Angriffe oder verschiedenste Cyberangriffe (wie Hacking, denial of service) sowie menschliche oder strukturelle Ausfälle in den von den beteiligten Organisationen kontrollierten Ressourcen (z. B. Hardware, Software) oder auch Unfälle, Ausfälle und Elementarschäden (wie Feuer, Wasser), die außerhalb der Kontrolle der Organisationen liegen, sein.

Die beteiligten Werte (Assets) sind sämtliche Komponenten, Schnittstellen, Transportkanäle oder Personen bzw. Verarbeitungsschritte innerhalb eines Geschäftsprozesses, die die Grundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bilden.

Bei dem Bottom-up-Ansatz wird die Kombination der bekannten Risikoquellen und Assets bewertet. Alternativ können auch zuerst Bedrohungsszenarien modelliert und entwickelt werden, um aus deren Analyse weitere Erkenntnisse über bestimmte oder potenziell unbekannte Ursachen für eine Bedrohung zu gewinnen (Top-Down-Ansatz).

8.1.2 Negatives Ereignis

Ein negatives Ereignis ist jeder Umstand, der Einfluss auf die Verarbeitung der personenbezogenen Daten haben kann und somit deren Verfügbarkeit beeinträchtigt, zu einer Veränderung der personenbezogenen Daten führt oder eine unbefugte Offenbarung oder unrechtmäßige Verarbeitung zur Folge hat. Dazu ist also im Allgemeinen jeder Aspekt zu zählen, der zu einer Einschränkung der Gewährleistungsziele (vgl. Kap. 3.3) führt.

Die beiden wesentlichen Aspekte bilden einmal die personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind und auf der anderen Seite die Gewährleistungsziele. Beispielsweise kann dies die Erzeugung einer Kopie von personenbezogenen Daten sein, bei der dann die definierten Löschfristen nicht mehr eingehalten werden. Dazu zählt ebenso eine fehlerhafte Eingabe oder Löschung von Daten, in deren Folge eine richtige oder eben gar keine Verarbeitung der personenbezogenen Daten mehr möglich ist.

8.1.3 Eintrittswahrscheinlichkeit

Die Eintrittswahrscheinlichkeit ist die Maßzahl, wie wahrscheinlich es ist, dass eine bestimmte Bedrohung in einem Geschäftsprozess oder auf der Schicht der „Fachapplikation/Software“ oder der „Infrastruktur“ auftritt.

Für die Ermittlung der Eintrittswahrscheinlichkeit können historische und empirische Daten oder anderer Faktoren, wie Erfahrungswerte, genutzt werden. Sind solche Daten nicht verfügbar, dann stellt die Einschätzung die Expertenmeinung der Autoren dar. Die Schätzung der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Bedrohung muss dabei immer unabhängig vom Ausmaß des zu erwartenden Schadens erfolgen und ist immer in Bezug auf einen definierten Zeitraum zu bewerten.

Die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt einer Bedrohung sind nachfolgend kategorisiert:

Tab. 40: Eintrittswahrscheinlichkeiten

Eintrittswahrscheinlichkeit	Erläuterung
Sehr selten (1)	Das Eintreten einer Bedrohung durch die Risikoquelle bzw. -ursache ist sehr selten und ist mit einer Häufigkeit von einmal in 10 Jahren anzunehmen.
Selten (2)	Das Eintreten einer Bedrohung durch die Risikoquelle bzw. -ursache ist selten und mit einer Häufigkeit von etwa allen 5 Jahren anzunehmen.
Mittel (3)	Das Eintreten einer Bedrohung durch die Risikoquelle bzw. -ursache ist mit einer Häufigkeit von etwa alle 5 Jahren oder bis einmal pro Jahr anzunehmen.
Häufig (4)	Das Eintreten einer Bedrohung durch die Risikoquelle bzw. -ursache ist häufig und die Häufigkeit ist einmal oder mehrmals pro Jahr anzunehmen.
Sehr häufig (5)	Das Eintreten einer Bedrohung durch die Risikoquelle bzw. -ursache ist sehr häufig und ist mit einer Häufigkeit von einmal oder mehrmals pro Monat anzunehmen.

8.1.4 Schadensauswirkung

Bei der Schadensauswirkung handelt es sich um die Maßzahl, die den Grad der negativen Folgen für die betroffene Person durch die Offenbarung, Veränderung, die eingeschränkte Verfügbarkeit oder den Verlust ihrer personenbezogenen Daten bzw. eine unrechtmäßige Datenverarbeitung beschreibt.

Für die Einordnung der Schadenauswirkung hinsichtlich physischer, materieller und immaterieller Schäden sind die Definitionen des Schutzbedarfes (vgl. Kap. 3.4) anzuwenden. Auch in Bezug auf die Einschätzung der Auswirkungen gilt, dass diese immer unabhängig von der Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Bedrohung erfolgen muss.

Die Schadensauswirkungen für ein negatives Ereignis sind nachfolgend kategorisiert:

Tab. 41: Schadensauswirkungen

Schadensauswirkung	Erläuterung
Vernachlässigbar (1)	Die Schadensauswirkungen sind für die betroffene Person sehr gering und können vernachlässigt werden. Den Auswirkungen kann ohne weitere Probleme begegnet werden, diese führen nur zu Unannehmlichkeiten oder werden vom Betroffenen gar nicht bemerkt.
Begrenzt (2)	Die Schadensauswirkungen sind für die betroffene Person gering sowie zeitlich und räumlich begrenzt. Die Auswirkungen führen zu merklichen Unannehmlichkeiten und Problemen, die jedoch dem normalen Lebensrisiko zuzuordnen sind.
Substanziell (3)	Die Schadensauswirkungen sind für die betroffene Person substanziell sowie zeitlich und räumlich begrenzt. Die Auswirkungen führen zu erheblichen Unannehmlichkeiten und Problemen, denen der Betroffene jedoch vollumfänglich eigenständig und mit begrenzten Mitteln begegnen kann.
Beträchtlich (4)	Die Schadensauswirkungen sind für die betroffene Person beträchtlich. Für die betroffene Person ergeben sich signifikante Auswirkungen und diese führen zu schweren (persönlichen) Einschränkungen und können nur durch erhebliche eigene Mittel begrenzt werden.
Existenzbedrohend (5)	Die Schadensauswirkungen sind für die betroffene Person existenzbedrohend oder nicht mehr reversibel. Die Auswirkungen liegen außerhalb des persönlichen Einflussbereiches der betroffenen Person oder diese kann sie nicht mehr mit eigenen Mitteln begrenzen.

8.1.5 Risikoklassen

Die Risikoklassen sind ein Instrument zur Klassifizierung, um solche Risiken zu identifizieren, für die im weiteren Verlauf eine Risikobehandlung („Ergreifen von technischen und organisatorischen Maßnahmen“) erforderlich ist.

Die im Rahmen der Risikoidentifikation ermittelten Eintrittswahrscheinlichkeiten und die Schadensauswirkung werden, um die Zuordnung zu einer Risikoklasse zu ermitteln, miteinander multipliziert.

Die Risikoklassen sind nachfolgend kategorisiert:

Tab. 42: Risikoklassen

Risikoklassen	Erläuterung

Niedrig (1-4) - grün	Die bereits umgesetzten oder bisher im Datenschutzkonzept vorgesehenen Maßnahmen bieten einen angemessenen Schutz der personenbezogenen Daten. Das umfasst auch solche Maßnahmen, die von den jeweiligen Organisationen auf Grund gesetzlicher Vorgaben erfüllt sein müssen. Diese Risiken werden in der Regel ohne weitere Behandlung akzeptiert.
Mittel (5-12) - gelb	Die bereits umgesetzten oder bisher im Datenschutzkonzept vorgesehenen Maßnahmen sind möglicherweise nicht angemessen oder ausreichend. Diese Risiken können nur unter sehr engen Rahmenbedingungen akzeptiert oder in die Datenschutz-Organisation der jeweiligen Organisationen transferiert werden. In aller Regel muss eine weitere Behandlung erfolgen.
Hoch (15-25) - rot	Die bereits umgesetzten oder bisher im Datenschutzkonzept vorgesehenen Maßnahmen sind nicht angemessen oder stellen kein ausreichendes Niveau zum Schutz der personenbezogenen Daten dar. Eine Akzeptanz oder der Transfer dieser Risiken muss in der Regel als nicht adäquat bewertet werden und es sind technische und organisatorische Maßnahmen zur Risikobehandlung zu definieren.

Für die optische Darstellung der Klasse eines Risikos erfolgt vielmals eine Abbildung in einer Risikomatrix. Die Risikoklassen sind farblich (grün = niedrig, gelb = mittel, hoch = rot) dargestellt.

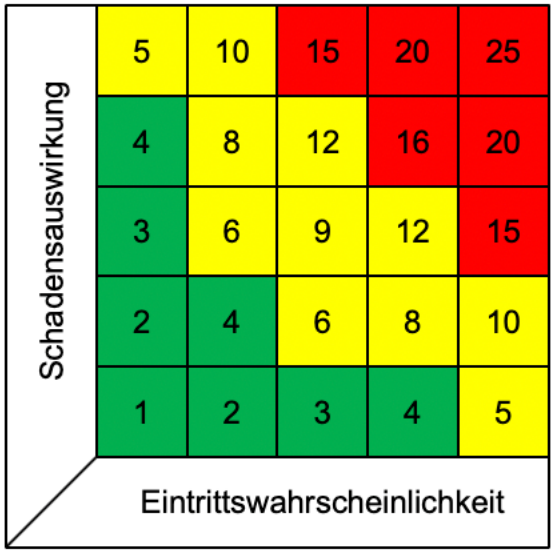


Abb. 3 Risikomatrix

8.1.6 Erläuterung zur Risikobewertung

Entsprechend dem Grundkonzept zum Standarddatenschutzmodell findet die Risikobewertung getrennt nach den Schichten „Geschäftsprozess/Daten“, „Fachapplikation/Software“ und „Infrastruktur“ statt.

Bei den dargestellten Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schadensauswirkungen handelt es sich immer um Maßzahlen auf Grundlage einer Einschätzung, ohne dass irgendwelche technischen oder organisatorischen Maßnahmen getroffen worden sind.

Für eine bessere Übersichtlichkeit wird auf die sprachliche Darstellung der „Eintrittswahrscheinlichkeit (EW)“, „Schadensauswirkung (SW)“ und „Risikoklasse (RK)“ verzichtet und diese werden immer nummerisch (1-5 bzw. 1-25) angegeben. Für die Begriffe werden im Weiteren die in den Klammern angegebenen Abkürzungen genutzt.

8.2 Risikobewertung „Geschäftsprozess-/Daten-Schicht“

Unter den geschäftsprozess-spezifischen Risiken werden alle Gefährdungen verstanden, die sich grundsätzlich aus der Verarbeitung von personenbezogenen Daten, wie den Rechtsgrundlagen zur Datenverarbeitung, den Betroffenenrechten und die Anforderungen an die Transparenz und Intervenierbarkeit, ergeben. Diese Risiken sind der obersten Schicht des Vorgehensmodell (vgl. Kap. 2) zuzuordnen.

8.2.1 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Auf der Betrachtungsebene des Geschäftsprozesses und der Datenschicht ergeben sich für den Use-Case die nachfolgenden Risiken.

Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtmäßigkeit	**8.2.1-1**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (Auswertung der Behandlungsdokumentation) für die MeKidS.best Evaluation ist nicht rechtmäßig.	1	5	5
Bewertung			
Die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtmäßigkeit wird, da die Anonymisierung durch den ursächlichen Zweck der Datenverarbeitung abgedeckt ist, als sehr selten angesehen.			

Verstoß gegen den Grundsatz der Zweckbindung	**8.2.1-2**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (Auswertung der Behandlungsdokumentation) für die MeKidS.best Evaluation stellt eine unrechtmäßige Zweckänderung dar.	1	5	5
Bewertung			

Die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Verstoß gegen den Grundsatz der Zweckbindung wird, da die Anonymisierung durch den ursächlichen Zweck der Datenverarbeitung abgedeckt ist, als sehr selten angesehen.

Verstoß gegen den Grundsatz der Datensparsamkeit	8.2.1-3		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Der Umfang der für die Evaluation erhobenen Daten enthält mehr Attribute, als es für die im Evaluationskonzept definierten Fragestellungen erforderlich ist.	2	4	8
Bewertung			
Die Fragebögen werden im interdisziplinären Team aus Evaluatoren (UW/H, EsFoMed, MEDMAN), Mitarbeitenden der MeKidS.units, Vertretern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM) und der Konsortialführung gemeinsam erarbeitet. Es ist nicht auszuschließen, dass versehentlich mehr Attribute erhoben werden als erforderlich, aber durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird ein vorsätzlicher Verstoß gegen den Grundsatz als unwahrscheinlich angesehen.			

Verstoß gegen den Grundsatz der Richtigkeit	8.2.1-4		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die Mitarbeitenden der MedKids.best Einrichtungen erheben die Daten retrospektiv aus der Behandlungsdokumentation. Diese Dokumentation ist idR. unstrukturiert und Übertragungsfehler oder wissentlich falsche/“interpolierte“ Angaben sind nicht auszuschließen.	5	1	5
Bewertung			
Unrichtige oder falsche Daten im Rahmen der Evaluation haben, da diese nicht für den Zweck der Behandlung genutzt werden, keine Auswirkung für die betroffene Personen und sind daher vernachlässigbar. Eine Einschätzung aus Sicht zur Informationssicherheit („Richtigkeit der Angaben für die Evaluation“) kann diesbezüglich zu einer anderen Einschätzung kommen.			

Verstoß gegen den Grundsatz der Speicherbegrenzung	8.2.1-5		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die definierte Speicherbegrenzung für die Datenkategorien „Inzidenzbogen“ und „Bogen MeKidS.best Fallerhebung“ in der webbasierten Datenerfassung findet keine Beachtung.	2	2	4
Bewertung			
In der webbasierten Datenerfassung sind keine automatiserten Löschvorgänge vorgesehen. Die Einhaltung der definierten Aufbewahrungsfristen wird organisatorisch durch die UW/H gewährleistet.			

Unzureichende Intervenierbarkeit der Betroffenen	8.2.1-6		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**

Die von einer Datenverarbeitung betroffenen Personen müssen über die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten informiert werden und müssen die Möglichkeit zur Ausübung ihrer Betroffenenrechte haben.	2	1	2
Bewertung			
Mit den generellen Informationspflichten zum Datenschutz der beteiligten MeKidS.best Einrichtung (z.B. auf Grundlage der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bzw. Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)) ist eine generelle Information zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten gewährleistet. Die Erfüllung der Betroffenenrechte kann vollumfänglich aus der vorhanden Behandlungsdokumentation erfolgen. Die spezifische Datenerhebung für MedKidS.best erfolgt in anonymisierter Form und unterliegt somit nicht den weiteren Regelungen des Datenschutzes.			

Konzeptioneller Fehler in der Anonymisierung	**8.2.1-7**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Das Vorgehen zur Anonymisierung ist unzureichend und die verarbeiteten personenbezogen Daten sind tatsächlich nicht anonym.	2	5	10
Bewertung			
Die Wahrung der Anonymität der Daten ist maßgeblich von der Umsetzung des definierten organisatorischen Vorgehens seitens der UW/H-DfP und der Evaluatoren abhängig und setzt die Einhaltung der zuvor definierten Auswertungen im Datennutzungsvertrag voraus. Das Risiko ist, da lediglich organisatorische Maßnahmen zur Verfügung stehen, ist als mittel-hoch einzustufen.			

8.2.2 Durchführung der Evaluation

Auf der Betrachtungsebene des Geschäftsprozesses und der Datenschicht ergeben sich für den Use-Case die nachfolgenden Risiken.

Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtmäßigkeit	**8.2.2-1**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (Auswertung der Behandlungsdokumentation) für die MeKidS.best Evaluation ist nicht rechtmäßig.	1	5	5
Bewertung			
Für die Verarbeitung von anonymisierten Daten sind die Vorgaben des Datenschutzes nicht anzuwenden. Die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtmäßigkeit wird daher als sehr selten angesehen.			

Verstoß gegen den Grundsatz der Zweckbindung	**8.2.2-2**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die im Rahmen der Evaluation verarbeiteten Daten werden für weitere Zwecke (z.B. für nicht mit MeKidS.best Projekt assoziierte Studien/wissenschaftliche Arbeiten) genutzt oder mit anderen Datenquellen zusammengeführt	2	5	10

Bewertung
Die Nutzung der anonymisierten Daten seitens der evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) für andere Zwecke stellt einen Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten (Konsortialvertrag des MeKidS.best Projektes) und somit eine bewusst unzulässige Handlung dar. Weiterhin ist in den Datennutzungsverträgen der Evaluatoren klar festgelegt, welche Daten zu welchem Zweck ausgewertet werden dürfen. Hiermit soll einem Verstoß gegen die Zweckbindung vertraglich entgegengetreten werden. Aus diesem Grunde wird eine seltene Wahrscheinlichkeit angenommen.

Verstoß gegen den Grundsatz der Datensparsamkeit	8.2.2-3		
	EW	SW	RK
Sämtliche Daten, die im Rahmen der Evaluation verarbeitet werden, wurden in einem vorgelagerten Geschäftsprozess erhoben und somit ist der Grundsatz nicht anwendbar. Ein Verstoß kann sich nur aus einer fehlenden Zweckbindung ergeben.	1	1	1

Verstoß gegen den Grundsatz der Richtigkeit	8.2.2-4		
	EW	SW	RK
Für die Verarbeitung von anonymisierten Daten sind die Vorgaben des Datenschutzes nicht anzuwenden.	1	1	1

Verstoß gegen den Grundsatz der Speicherbegrenzung	8.2.2-5		
Beschreibung	EW	SW	RK
Im Verantwortungsbereich der evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) werden die Daten nicht ordnungsgemäß zum Ende der definierten Speicherbegrenzung gelöscht.	4	1	4
Bewertung			
Im Verantwortungsbereich evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) ist es häufig anzunehmen, dass auf Grund der Dauer des Zeitraums für die Aufbewahrung der Daten und gegebenenfalls wechselnde Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten nicht zu einer fristgerechten Löschung der Daten kommt.			

Unzureichende Intervenierbarkeit der Betroffenen	8.2.2-6		
	EW	SW	RK
Für die Verarbeitung von anonymisierten Daten sind die Vorgaben des Datenschutzes nicht anzuwenden.	1	1	1

Risiko der Re-Identifikation von Betroffenen (Evaluator)	8.2.2-7		
Beschreibung	EW	SW	RK
Eine evaluierende Stelle (vgl. 4.2.5) kann betroffene Person re-identifizieren, in dem er die Daten der Evaluation mit anderen Datenquellen zusammenführt oder mit Dritten gemeinsam die Anonymisierung gezielt aufhebt.	1	5	5
Bewertung			
Die Nutzung der anonymisierten Daten seitens der evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) für andere Zwecke stellt einen Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten (Konsortialvertrag des MeKidS.best Projektes) und somit eine bewusst unzulässige Handlung dar. Weiterhin			

ist in den Datennutzungsverträgen der Evaluatoren klar festgelegt, welche Daten zu welchem Zweck ausgewertet werden dürfen. Hiermit soll einem Verstoß gegen die Zweckbindung vertraglich entgegengetreten werden. Aus diesem Grunde wir eine sehr seltene Wahrscheinlichkeit angenommen.

8.3 Risikobewertung „Fachapplikation/Software-Schicht“

In diesem Abschnitt werden die Bedrohungen für Sicherheit der Datenverarbeitung in den Fachapplikationen und Softwareprodukten, in denen die personenbezogenen Daten verarbeitet werden, bewertet. Diese Risiken sind der mittleren Schicht des Vorgehensmodell (vgl. Kap. 2) zuzuordnen.

8.3.1 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Auf der Betrachtungsebene der eingesetzten Fachapplikationen und Softwareprodukte ergeben sich für den Use-Case die nachfolgenden Risiken. Diese Risikobetrachtung bezieht sich im Wesentlichen auf die „webbasierte Datenerfassung“

Überlastung des Systems	**8.3.1-1**		
Die gleichzeitige Nutzung der Anwendung durch mehrere Anwender führt zu einer temporären Überlastung der „webbasierten Datenerfassung“. Die Überlastung hat keine Auswirkung für die betroffenen Personen.	**EW**	**SW**	**RK**
	2	1	2

Ausfall des Systems	**8.3.1-2**		
Auf Grund eines Soft- oder Hardwarefehlers oder einer fehlerhaften Administration fällt die „webbasierten Datenerfassung“ temporär aus. Der Ausfall hat keine Auswirkung für die betroffenen Personen.	**EW**	**SW**	**RK**
	4	1	4

Einschränkung der Verfügbarkeit (Denial-of-Service)	**8.3.1-3**		
Ein externer Angreifer schränkt durch eine Überlastung der Anwendung die Verfügbarkeit ein. Die Einschränkung hat keine Auswirkung für die betroffenen Personen.	**EW**	**SW**	**RK**
	4	1	4

Verlust der Vertraulichkeit durch Mitschneiden von Daten	**8.3.1-4**		
Ein externer Angreifer kann die Eingaben der Datenkategorien „Inzidenzbogen“ und „MeKidS.best Fallerhebung“ mitschneiden. Da es sich um anonyme Daten handelt ist die Auswirkung für den einzelnen Betroffenen begrenzt.	**EW**	**SW**	**RK**
	4	1	4

Verlust der Vertraulichkeit durch Zugriff auf Daten (Angreifer)	**8.3.1-5**		
Ein externer Angreifer erlangt Zugang zu den Daten der „webbasierten Datenerfassung“. Da es sich um anonyme Daten handelt ist die	**EW**	**SW**	**RK**
	3	3	9

Wahrscheinlichkeit begrenzt und die Auswirkung für den einzelnen Betroffenen substanziell.			

Verlust der Vertraulichkeit durch Zugriff auf Daten (Administrator)	**8.3.1-6**		
	EW	**SW**	**RK**
Ein Administrator der UW/H erlangt im Rahmen seiner Tätigkeit Zugang zu den Daten „webbasierten Datenerfassung“ oder kopiert diese. Da es sich um anonyme Daten handelt ist die Auswirkung für den einzelnen Betroffenen substanziell.	2	3	6

Verlust der Integrität (Softwarefehler)	**8.3.1-7**		
	EW	**SW**	**RK**
Auf Grund eines Fehlers in der Implementierung der Anwendung kommt es zu einer Veränderung der Daten. Dieser Verlust der Integrität hat aus Sicht des Datenschutzes für die betroffenen Personen keine Auswirkungen.	1	1	1

Verlust der Verfügbarkeit (Softwarefehler)	**8.3.1-8**		
	EW	**SW**	**RK**
Auf Grund eines Fehlers in der Implementierung der Anwendung kommt es zu einem Verlust der Daten. Dieser Verlust der Verfügbarkeit hat aus Sicht des Datenschutzes für die betroffenen Personen keine Auswirkungen.	1	1	1

Risiko der Re-Identifikation von Betroffenen (Angreifer)	**8.3.1-9**		
	EW	**SW**	**RK**
Ein externer Angreifer erhält Zugang zu den Daten der Evaluation und kann eine betroffene Person re-identifizieren. Auf Grund der anonymen Datenverarbeitung und der verschlüsselten Speicherung sowie dem fehlenden Zugang zu weiteren Daten wird die Wahrscheinlichkeit für eine solche Re-Identifikation als sehr selten eingestuft.	1	5	5

Missbrauch von Berechtigungen	**8.3.1-10**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Ein Nutzer der Anwendung missbraucht die Berechtigungen, um einen höher privilegierten Zugang zu den Daten zu erhalten. Die verschiedenen Zugänge bieten keinen unterschiedlichen Zugang zu den Daten.	3	5	15
Bewertung			
Die Umsetzung des definierten organisatorischen Vorgehens ist maßgeblich von der UW/H abhängig und setzt die Einhaltung der zuvor definierten Auswertungen im Datennutzungsvertrag voraus. Das Risiko ist, da lediglich organisatorische Maßnahmen zur Verfügung stehen, als hoch einzustufen.			

8.3.2 Durchführung der Evaluation

Eine Betrachtung von spezifischen Bedrohungen in der Schicht der „Fachapplikation/Software“ für den Use-Case der „Durchführung der Evaluation“ sind kein Gegenstand des Datenschutzkonzeptes. In diesem Use-Case werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet, so dass sich keine Risiken für die Rechte und Freiheiten der Betroffenen ergeben können..

8.4 Risikobewertung „Infrastruktur-Schicht“

Auf der Schicht der IT-Systemarchitektur bzw. Infrastruktur werden solche Risiken betrachtet, die auf die unterste Schicht des Vorgehensmodell (vgl. Kap. 2) einwirken. Die Fachapplikationen/Software wird auf dieser Schicht ausgeführt. Dies umfasst Risiken für die Softwareprodukte, die für den technischen Betrieb erforderlichen sind (wie Virtualisierung, Betriebssysteme, Datenbanken, Authentifizierungs- und Autorisierungssysteme), die Netzwerkinfrastruktur (z.B. Switche, Kommunikationsinfrastruktur, Router und Firewalls), notwendige Hardware (z.B. Server, Speichersysteme wie SAN oder NAS, CPU- Cluster) und die bauliche Infrastruktur (Serverräume, Rechenzentrum, etc.).

8.4.1 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

In der Betrachtungsebene der Infrastruktur ergeben sich für die Use-Cases „Durchführung der Inzidenzerhebung“ (vgl. 4.2.3) und „Durchführung der MeKidS.best Fallerhebung“ (vgl. 4.2.4) die nachfolgenden Risiken. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf den Informationsverbund der Uni Witten/Herdecke, in dem die die Anwendung der „webbasierten Datenerfassung“ betrieben wird.

Ausfall oder Störung der Infrastruktur (temporär)	**8.4.1-1**		
Im Verantwortungsbereich der UW/H kann es zu einem Ausfall oder Störung von Kommunikations- oder Versorgungsnetzen und/oder Störung bei Dienstleistern kommen. Dies hat keine Auswirkungen für die betroffenen Personen.	**EW**	**SW**	**RK**
	4	1	4

Schadprogramme	**8.4.1-2**		
Im Verantwortungsbereich der UW/H kommt es durch ein Schadprogramm (Virus, Mal- oder Ransomware) zu einem temporären Ausfall oder dauerhaften Verlust von Daten. Dies hat keine Auswirkungen für die betroffenen Personen.	**EW**	**SW**	**RK**
	2	1	2

Unbefugtes Eindringen in IT-Systeme	**8.4.1-3**		
Ein externer Angreifer erlangt Zugang zu den Daten im Bereich der UW/H. Da es sich um anonyme Daten handelt ist die Auswirkung für den einzelnen Betroffenen begrenzt.	**EW**	**SW**	**RK**
	2	3	6

Verlust der Verfügbarkeit (Hardwarefehler)	**8.4.1-4**		
Im Verantwortungsbereich der UW/H-IT kommt es durch einen Hardwarefehler zu einem temporären Ausfall oder dauerhaften Verlust	**EW**	**SW**	**RK**
	1	1	1

von Daten. Dies hat keine Auswirkungen für die betroffenen Personen.			

8.4.2 Durchführung der Evaluation

Für die wissenschaftliche Evaluation durch die evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) ergeben sich - aus Sicht des Datenschutzes- keine besonderen Anforderungen an den jeweiligen Informationsverbund, da immer anonymisierte Daten verarbeitet werden. Die Institutionen müssen für die eigene Infrastruktur sicherstellen, dass diese die grundsätzlichen Anforderungen der Informationssicherheit in Bezug auf die Gewährleistungsziele (Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit) für einen normalen Schutzbedarf erfüllt.

Fehlende Trennung von Daten	**8.4.2-1**		
Beschreibung	**EW**	**SW**	**RK**
Die Daten, die die evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) für die Evaluation im MeKidS.best Projekt erhalten, werden nicht getrennt von anderen Daten gespeichert. Eine Löschung dieser Daten ist dann zum Zeitpunkt der definierten Speicherbegrenzung nicht möglich oder es erfolgt eine Vermischung mit anderen Datenbeständen.	3	3	9
Bewertung			
Auf Grund des zeitlichen Horizonts (Zeitraum von 10 Jahren) und dem damit einhergehenden technischen Fortschritts sowie der wechselnden personellen Zuständigkeiten sind die Schadensauswirkungen und Eintrittswahrscheinlichkeiten grundsätzlich höher einzustufen, als dies normalerweise für anonyme Daten der Fall sein müsste. Daher wird insgesamt eine mittlere Risikoeinstufung definiert.			

9 Abgeleitete Maßnahmen zum Datenschutz

Auf Grundlage der Risikobewertung in dem vorhergehenden Kapitel werden nun die daraus abgeleiteten technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOMs) zum Datenschutz, bezogen auf die unterschiedlichen Betrachtungsebenen, dargestellt. Eine Behandlung von Risiken ist grundsätzlich immer dann erforderlich, wenn eine Einordnung in die Risikoklasse „hoch“ oder „mittel“ erfolgt ist. Bei einer Einstufung als niedriges Risiko kann angenommen werden, dass die adäquate Behandlung durch Maßnahmen gewährleistet wird, die sich aus der allgemeinen Datenschutz-Organisation bei einem Verantwortlichen ergeben. In diesem Sinne werden solche Risiken, soweit im Weiteren keine expliziten technischen und organisatorischen Maßnahmen definiert sind, auf allgemeine Maßnahmen zum Datenschutz in der jeweils verantwortlichen Stelle transferiert.

9.1 Maßnahmen „Geschäftsprozess-/Daten-Schicht“

In diesem Abschnitt werden die getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen gruppiert nach den einzelnen Use-Cases beschrieben. Bei den Maßnahmen auf der obersten Schicht des Vorgehensmodell (vgl. Kap. 2) handelt es sich im Wesentlichen um organisatorische und vertragliche Aspekte, sowie generellere datenschutzrechtliche Regelungen.

9.1.1 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

9.1.1.1 Dokumentation/Bewertung der Rechtsgrundlagen

Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung für die Evaluation des Projektes MeKidS.best werden mit dem vorliegenden Datenschutzkonzept dokumentiert.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.1.2.-1, 8.2.1-2, 8.2.2-1, 8.2.2-2	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.1.1.2 Datenumfang der Evaluation

Der Umfang der Datenerhebung wird in einem interdisziplinären Konsens aus Evaluatoren, Medizinern und Datenschützern festgelegt. Einzelne Parteien können keinen mehrheitlichen Einfluss auf den Umfang der Datenerhebung nehmen und durch die „webbasierte Datenerfassung“ sind auch keine nicht dokumentierten Datenverarbeitungen möglich.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.1.2.-3, 8.2.2-3	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.1.1.3 Empfehlungen für MeKidS.best Einrichtungen

Für die Wahrung der Speicherbegrenzung sowie die Sicherstellung der Intervenierbarkeit der Betroffenen im jeweiligen Verantwortungsbereich müssen die MeKidS.best Einrichtungen interne Regelungen treffen. Den einzelnen Institutionen werden über Informationsblätter Empfehlungen zur Umsetzung bereitgestellt.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.1.2.-5, 8.1.2.-6, 8.2.2-6	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.1.1.4 Verfahren zur Anonymisierung

Die getroffenen Regelungen zur Anonymisierung werden vor der Implementierung im Projekt auf Grundlage von Testdaten überprüft. Um auch über den Zeitraum der Speicherdauer die Anonymität zu gewährleisten, muss für alle potenziell personenidentifizierenden Attribute (Alter, Art der Kindeswohlgefährdung, Geschlecht) eine k-Anonymität (von k = 8) gewährleistet sein.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.1.2.-7	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.1.1.5 Überprüfung der Anonymisierung

Um sicherzustellen, dass das Skript der UW/H, welches Daten für die Evaluatoren freigeben soll, eine Freigabe der Daten an die Evluatoren lediglich vornimmt, wenn eine Anonymität (von K = 8) vorliegt, wird die richtige Funktionsweise des eingesetzten Skriptes diesbezüglich auditiert. Der Auditbericht wird allen teilnehmenden MeKidS.best Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.1.2.-7	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.1.1.6 Datennutzungsverträge

Um auch über den Zeitraum der Speicherdauer und für die anonymen Daten, für die die Regelungen des Datenschutzes nicht anzuwenden sind, die technischen und organisatorischen Maßnahmen durchsetzen zu können, werden zwischen den MeKidS.best Einrichtungen und den evaluierenden Stellen gesonderte Datennutzungsverträge geschlossen. Diese Verträge sollen sicherstellen, dass die Daten nur in dem Kontext genutzt werden, in denen eine Anonymität der Daten gegeben ist.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.2.2-2, 8.2.2.-5, 8.2.2-7	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.1.2 Überprüfung der Maßnahmen

Um über den Zeitverlauf des MeKidS.best Projektes die Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes sowie der in diesem Konzept niedergeschriebenen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, werden die evaluierenden Stellen diesbezüglich auditiert. Der Auditbericht wird allen teilnehmenden MeKidS.best Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.2.2-1 – 8.4.2.-1	Vertraulichkeit	X
	Integrität	X
	Verfügbarkeit	X

9.2 Maßnahmen „Fachapplikation/Software-Schicht“

Weitere spezifische technische Maßnahmen für die Sicherheit der Datenverarbeitung in der „webbasierten Datenerfassung“ werden im Rahmen der Spezifikation der Software definiert.

9.2.1 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogenen Evaluation

9.2.1.1 Transportverschlüsslung

Der Zugang zu der „webbasierten Datenerfassung“ wird nach dem aktuellen Stand der Technik durch ein TLS-Zertifikat gesichert. Die Konfiguration der Transportverschlüsselung erfolgt unter der Abwägung der Umsetzung von aktuellen Empfehlungen und den technischen Voraussetzungen in den teilnehmenden MeKidS.units und MeKidS.Praxen.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.3.1-4	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.2.1.2 Rollen und Rechtekonzept

Der Nutzer der „webbasierten Datenerfassung“ erhalten abhängig von ihren Funktionen in den einzelnen Use-Cases (Mitarbeitenden einer MeKidS.unit/Praxis, Evaluator) spezifische Zugangsrechte zu dem IT-System.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.3.1-10	Vertraulichkeit	X
	Integrität	X
	Verfügbarkeit	

9.3 Maßnahmen „Infrastruktur-Schicht“

Die Darstellung der getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen in der Schicht der „Infrastruktur“ erfolgt gruppiert nach den einzelnen Anwendungsfällen. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich im Wesentlichen um Aspekte zur Gewährleistung der Datensicherheit auf der untersten Schicht des Vorgehensmodell (vgl. Kap. 2).

9.3.1 Durchführung der Inzidenzerhebung und Datenerhebung fallbezogene Evaluation

Weitere spezifische technische Maßnahmen für die Sicherheit der Datenverarbeitung in der „webbasierten Datenerfassung“ werden im Rahmen der Spezifikation der Software definiert. Aufgrund der normalen Schutzbedarfsanforderungen hinsichtlich der „Integrität“ und „Verfügbarkeit“ begrenzen sich diese Maßnahmen generell auf das Gewährleistungsziel der „Vertraulichkeit“

9.3.1.1 Trennung nach Sicherheitszonen

Die „webbasierte Datenerfassung“ wird in einer nach Sicherheitszonen getrennten Systemumgebung betrieben. Die interne Zone ist gegenüber dem Internet durch eine Firewall abgesichert.

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.4.1-3	Vertraulichkeit	X
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

9.3.2 Durchführung der Evaluation

Für die wissenschaftliche Evaluation von MeKidS.best sind an die evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5), da immer anonymisierte Daten verarbeitet werden, keine besonderen Anforderungen an den Informationsverbund zustellen. Um den im vorherigen Abschnitt spezifischen Risiken entgegen zu wirken sind nachfolgenden Maßnahmen definiert.

9.3.2.1 Nachweis technische und organisatorische Maßnahmen

Die evaluierenden Stellen erarbeiten für ihren jeweiligen Verantwortungsbereich ein, dem Schutzbedarf angemessenes, Konzept zur Sicherheit der Datenverarbeitung oder verweisen auf diesbezüglich bereits vorhandene Richtlinien. Durch eine Dokumentation in Textform bestätigt der jeweilige Projektleiter:innen, dass die entsprechenden Maßnahmen für seinen Zuständigkeitsbereich umgesetzt sind

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.2.2-5, 8.4.2-1	Vertraulichkeit	X
	Integrität	X
	Verfügbarkeit	X

9.3.2.2 Konzept zur Datentrennung

Die evaluierenden Stellen (vgl. 4.2.5) erarbeiten für ihren jeweiligen Verantwortungsbereich ein Konzept zur Datentrennung oder verweisen auf diesbezüglich bereits vorhandene Richtlinien. Durch eine Dokumentation in Textform bestätigt der jeweilige Projektleiter:innen, dass die entsprechenden Maßnahmen für seinen Zuständigkeitsbereich umgesetzt sind

Behandelte Risiken	Gewährleistungsziele	
8.2.2-5, 8.4.2-1	Vertraulichkeit	x
	Integrität	
	Verfügbarkeit	

Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Komponentenübersicht „Gesamtübersicht“ 79
Abb. 2 Risikomodell....86
Abb. 3 Risikomatrix 90

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Schutzbedarfsklasse NORMAL....15
Tab. 2 Schutzbedarfsklasse HOCH 16
Tab. 3 Schutzbedarfsklasse SEHR HOCH 17
Tab. 4 Strukturdaten (MeKidS.Praxen) 29
Tab. 5 Strukturdaten (MeKidS.units)....30
Tab. 6 Inzidenzbogen....32
Tab. 7 Inzidenzdaten....32
Tab. 8 Bogen fallbezogene Evaluation_Praxen 33
Tab. 9 Bogen fallbezogene Evaluation_Units 35
Tab. 10 Daten Vergütung Fragebögen....39
Tab. 11 Datenexport fallbezogene Evaluation Prozessqualität UW/H 39
Tab. 12 Datenexport fallbezogene Evaluation Selektivvertrag UW/H....40
Tab. 13 Datenexport fallbezogene Evaluation EsFoMed_Praxen....41
Tab. 14 Datenexport fallbezogene Evaluation EsFoMed_units 43
Tab. 15 Datenexport fallbezogene Evaluation MedMan 46
Tab. 16 MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag....48
Tab. 17 MeKidS.best Bericht an Projektpartner....49
Tab. 18 Datenkategorie: „Zugangsdaten“ 50
Tab. 19 Datenkategorie: „Strukturdaten“....50
Tab. 20 Datenkategorie: „Inzidenzbogen“....51
Tab. 21 Datenkategorie: „Inzidenzdaten“....51
Tab. 22 Datenkategorien: „Bogen fallbezogenen Evaluationsdokumentation“ 52
Tab. 23 Datenkategorien: „Daten Vergütung Fragebögen“....52
Tab. 24 Datenkategorien: „Datenexport fallbezogene Evaluation“....53
Tab. 25 Datenkategorien: „MeKidS.best Bericht zum Selektivvertrag“ 53
Tab. 26 Datenkategorien: „MeKidS.best Projektbericht“....54
Tab. 27 Landesdatenschutzgesetze 57
Tab. 28 Landeskrankenhausgesetze 57
Tab. 29 Durchführung der Inzidenzerhebung - Zuordnung Komponenten / Datenkategorien 81
Tab. 30 Durchführung der Inzidenzerhebung - Zuordnung Schnittstellen / Datenkategorien 82
Tab. 31 Datenerhebung fallbezogene Evalaution- Zuordnung Komponenten / Datenkategorien....82
Tab. 32 Datenerhebung fallbzogene Evaluation - Zuordnung Schnittstellen / Datenkategorien....82
Tab. 33 Durchführung der Evaluation - Zuordnung Komponenten / Datenkategorien....82
Tab. 34 Durchführung der Evaluation - Zuordnung Schnittstellen / Datenkategorien....83
Tab. 35 Durchführung der Inzidenzerhebung - Vererbter Schutzbedarf / Fachapplikationen....83
Tab. 36 Datenerhebung fallbezogene Evaluation - Vererbter Schutzbedarf / Fachapplikationen 84
Tab. 37 Durchführung der Evaluation - Vererbter Schutzbedarf / Fachapplikationen....84
Tab. 38 Durchführung der Baselineerhebung/Erprobungsphase - Zuordnung Komponenten / Datenkategorien ..84
Tab. 39 Durchführung der Evaluation - Vererbter Schutzbedarf / Infrastruktur-Schicht....85
Tab. 40: Eintrittswahrscheinlichkeiten 88
Tab. 41: Schadensauswirkungen....89
Tab. 42: Risikoklassen 89

Quellenverzeichnis

[1] U. (. 1. B. Kinderschutzleitlinienbüro, „www.kinderschutzleitlinie.de,“ 07 02 2019. [Online]. Available: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069l_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_1_01.pdf.

[2] Das Standard-Datenschutzmodell, Version 2.0b Hrsg., Länder, AK Technik der Konferenz der unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörden des Bundes undder, 2020.

[3] B. f. D. u. Informationsfreiheit, „Positionspapierzur Anonymisierung unter der DSGVOunter besonderer Berücksichtigung der TK-Branche,“ Berlin, 29. Juni 2020.

[4] „Kühling/Buchner/Weichert Datenschutz-Grundverordnung/BDSG; 2. Auflage,“ München, C. H. Beck, 2018, p. DSGVO Art. 9 Rn. 128.

[5] S. Bundesamt, „Kindeswohlgefährdung: In jedem 5. Fall wurden mehrere Arten von Gewalt oder Vernachlässigung festgestellt,“ Pressemitteilung Nr. 004 vom 6. Januar 2021, Wiesbaden, 2021.

[6] „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz - Erleichterung der Datenübermittlung bei Kindeswohlgefährdungen,“ *Drucksache 476/20 (Beschluss),* p. 2, 2020.

[7] D. /. Maunz, „Maunz / Dürig Grundgesetz Kommentar Loseblatt (92. Auflage),“ München, C. H. Beck, August 2020, pp. Art. 6, Rn. 139.

Änderungsverzeichnis

Version	Datum	Autor	Änderungsgrund/Bemerkungen
1	2021-07-07	Magnus Welz	Ersterstellung
1.1	2021-11-10	Simone Radtke	Anpassung 1.7



DATATREE

YOUR COMPLIANCE PROVIDER

Heubesstraße 10 I T +49 211 93190-700 I office@datatree.eu
40597 Düsseldorf I F +49 211 93190-799 I www.datatree.eu

Sitz der Gesellschaft: Düsseldorf, Registergericht: Amtsgericht Düsseldorf
Registernummer: HRB 66132, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE279402614
Vorstand: Prof. Dr. Thomas Jäschke, Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. Dr. Julius Reiter

© 2021 DATATREE AG

Anlage 8: Interviewleitfäden Implementierungskosten

- **Anlage 8a:** Interviewleitfäden Implementierungskosten Units_final
- **Anlage 8b:** 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 8: 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 9: 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 10: 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,

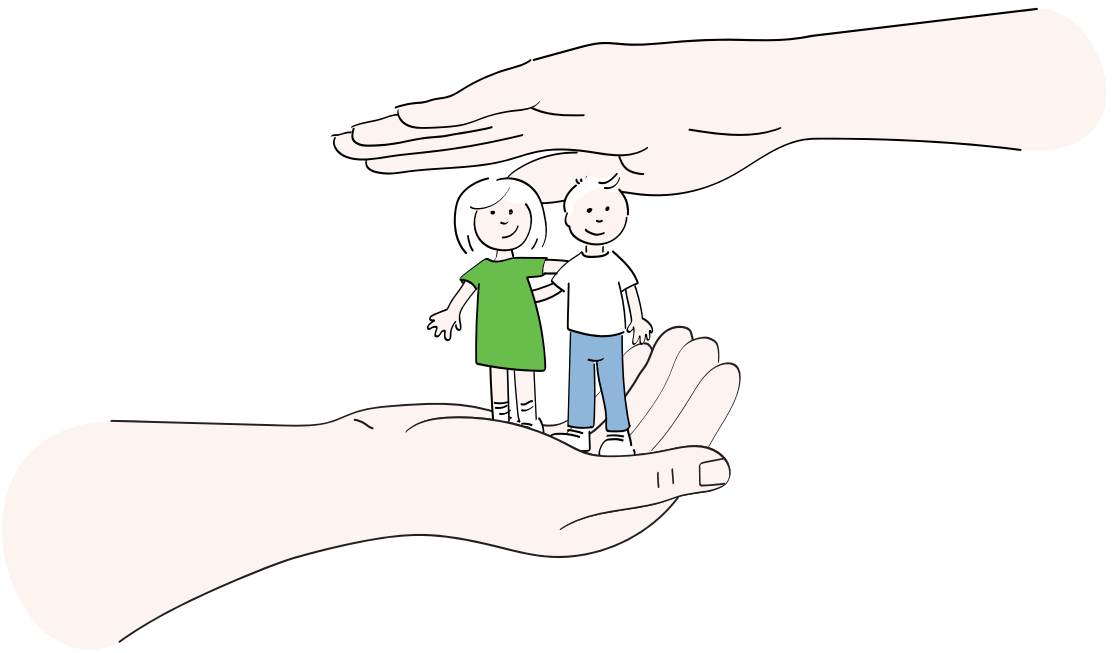
das Team der AG Support

Anlage 11: MeKidS.best Handbuch

MeKidS best

Medizinischer Kinderschutz

Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen



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

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

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 Berit Schoppen
Koblenz/Bochum, August 2023

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.

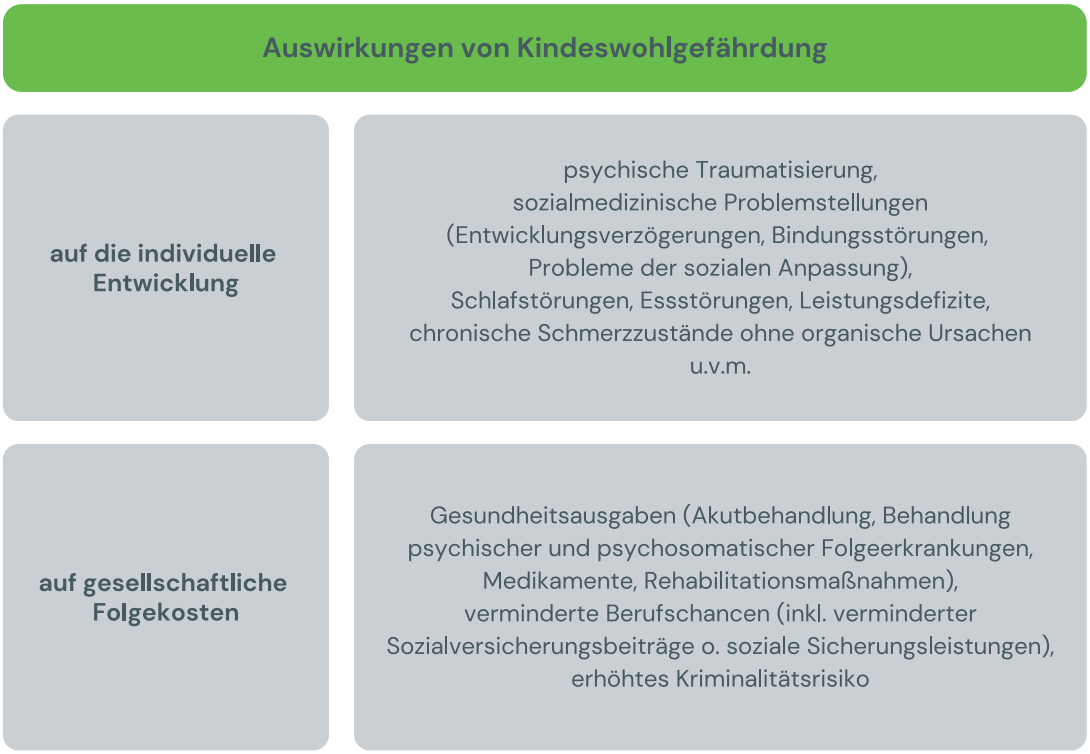


Abbildung 1: Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen (eigene Darstellung)

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.

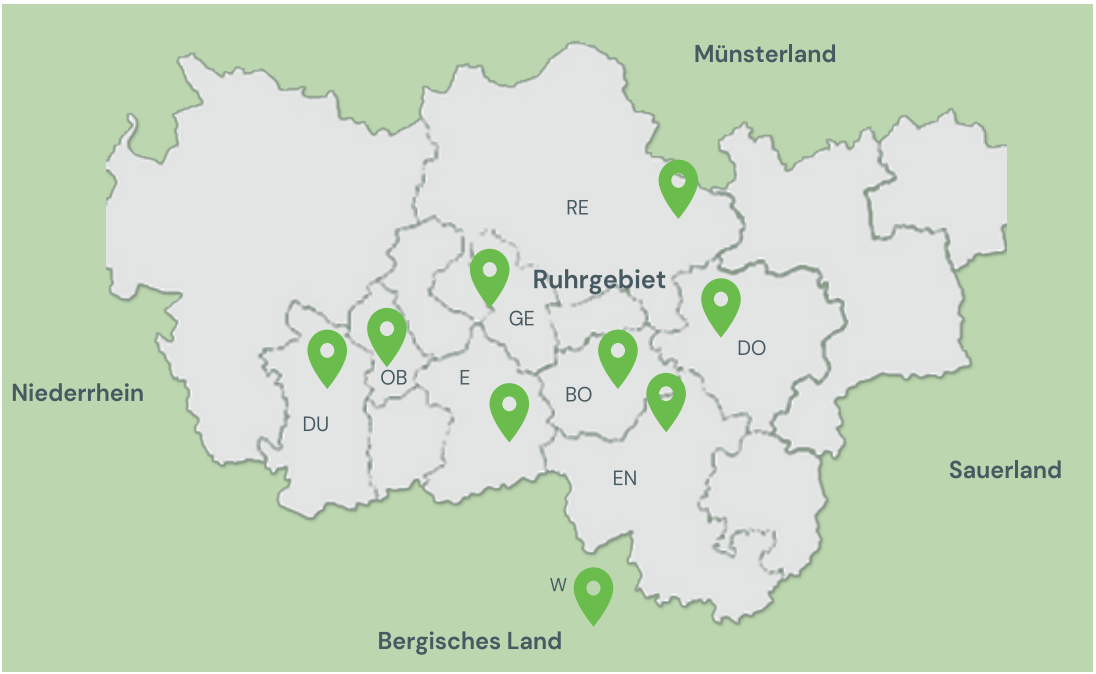


Abbildung 2: Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet (eigene Darstellung)

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.

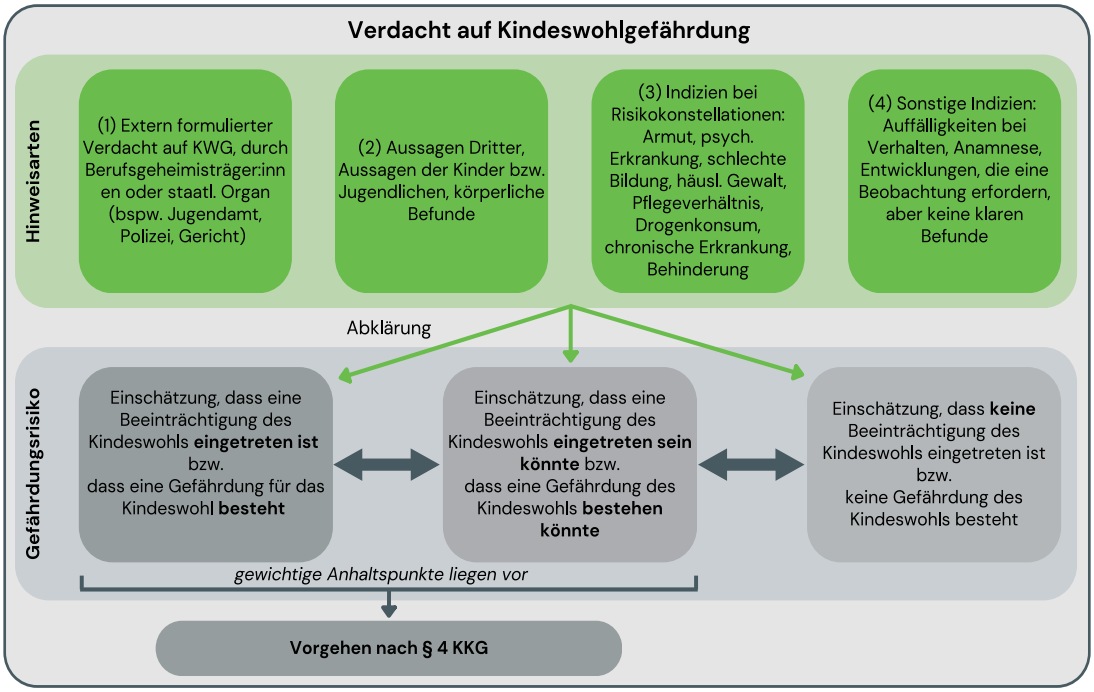


Abbildung 3: Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (eigene Darstellung)

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:

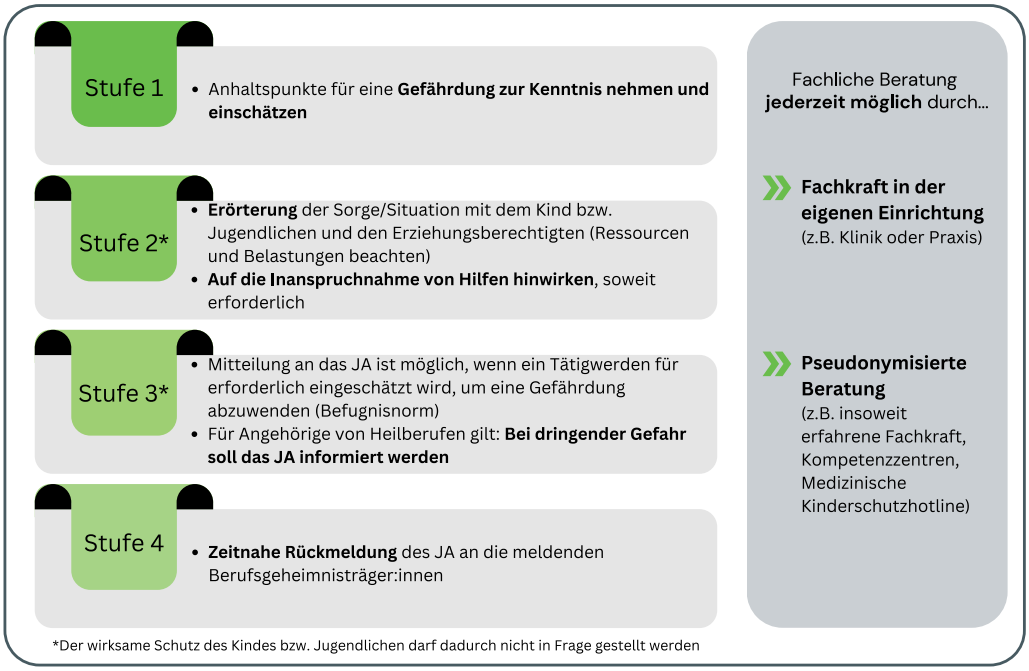


Abbildung 4: Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG, adaptiert nach Kinderschutzleitlinie (Kitteltaschenkarte § 4 KKG) (eigene Darstellung)

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

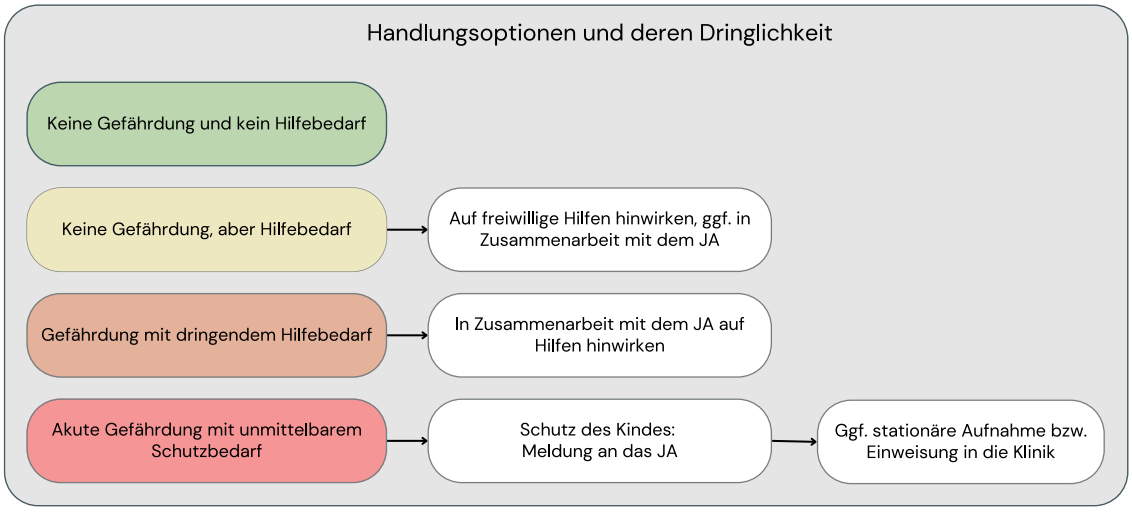


Abbildung 5: Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit nach Einschätzung des Gefährdungsrisikos (eigene Darstellung)

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).

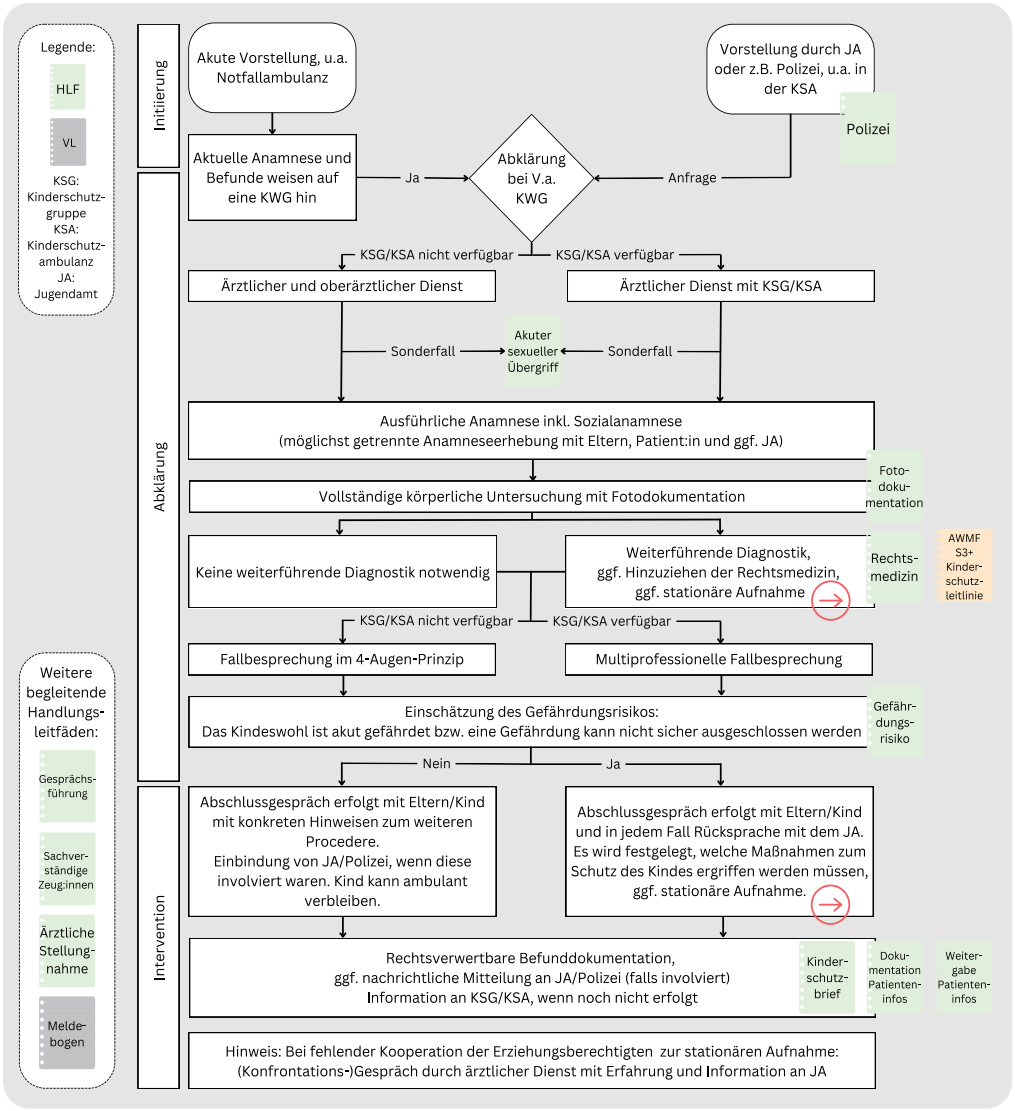


Abbildung 6: Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

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.

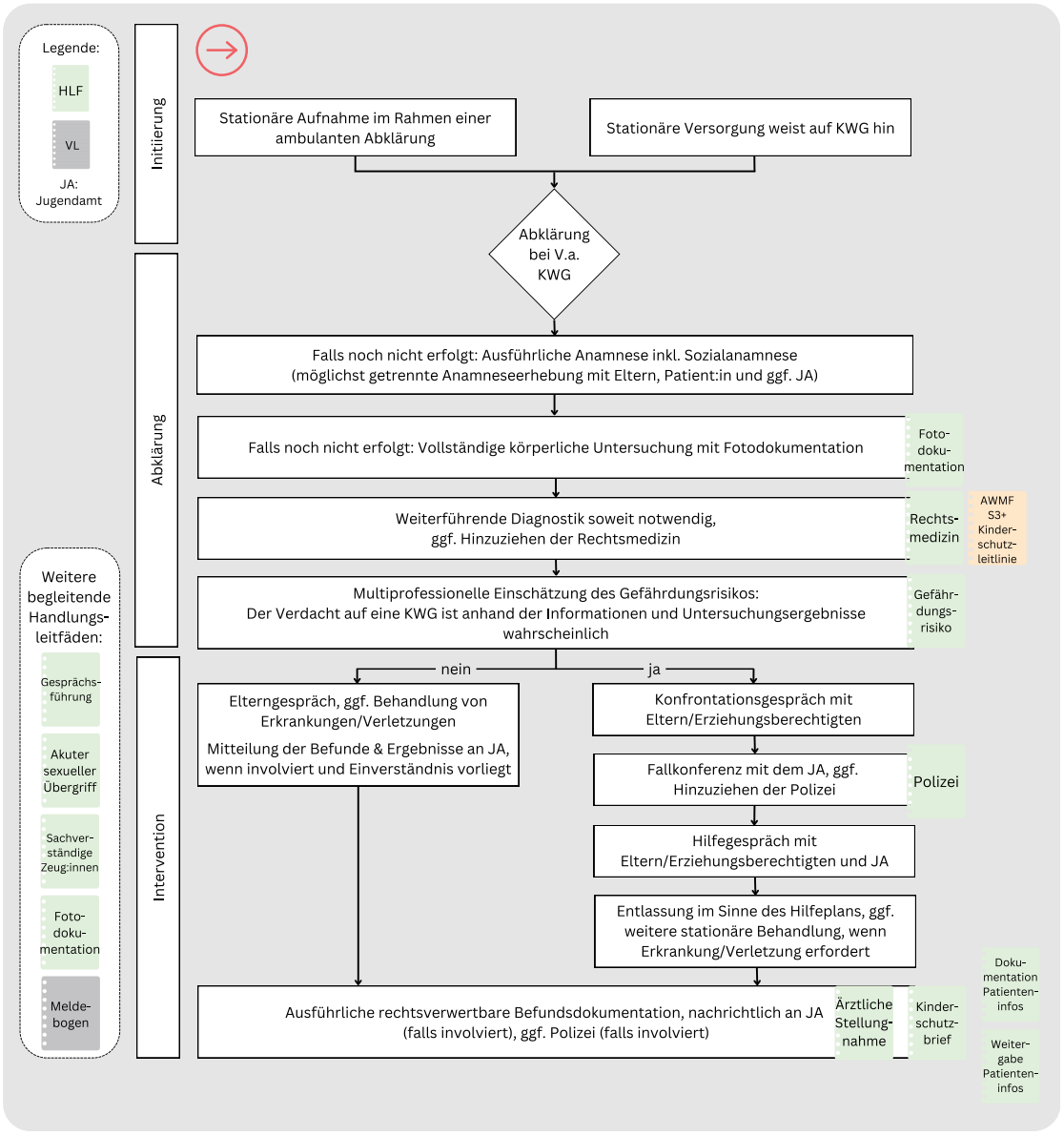


Abbildung 7: Ablaufschema für die stationäre krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

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.

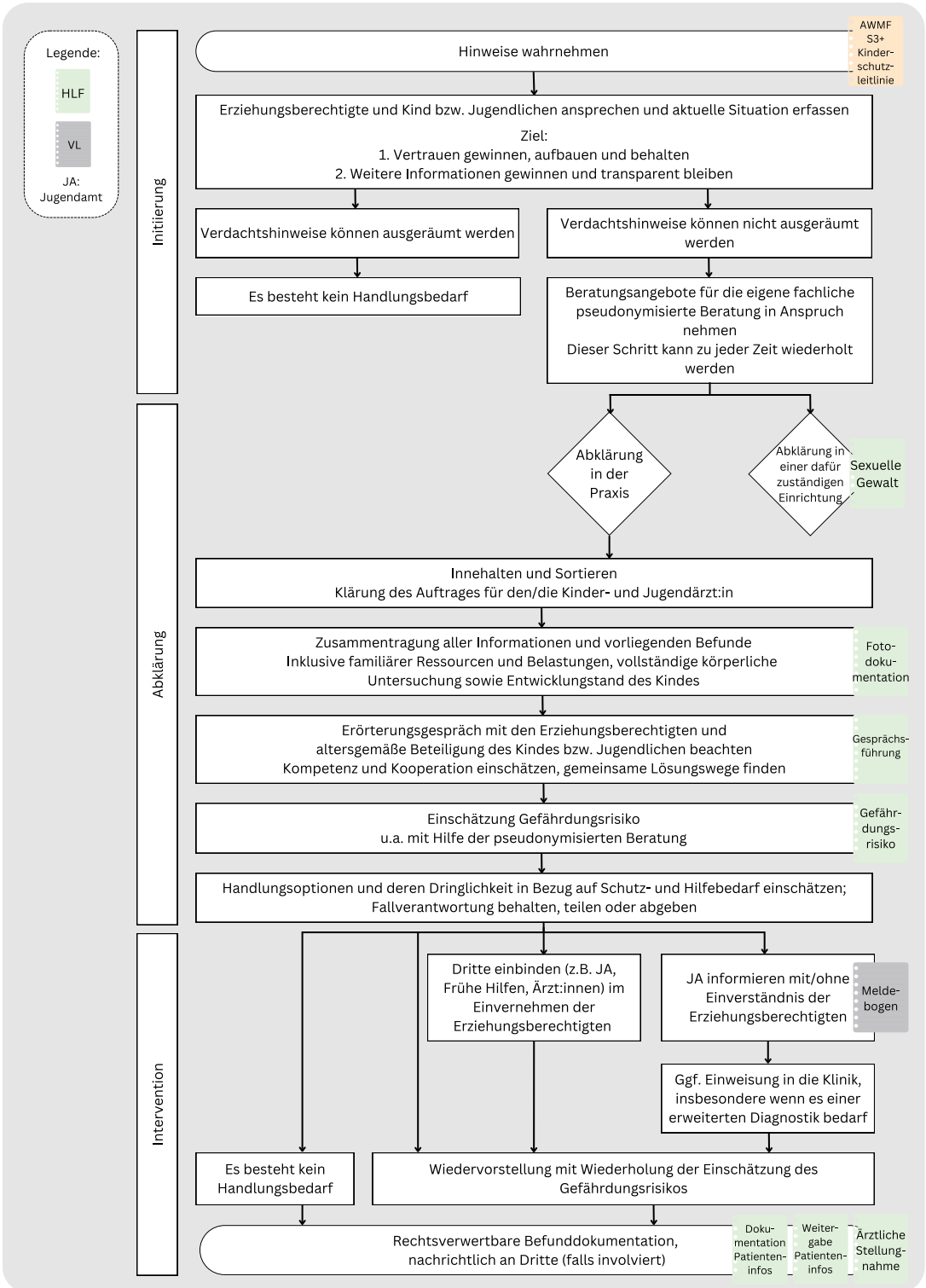


Abbildung 8: Ablaufschema für die ambulante niedergelassene Versorgung (eigene Darstellung)

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

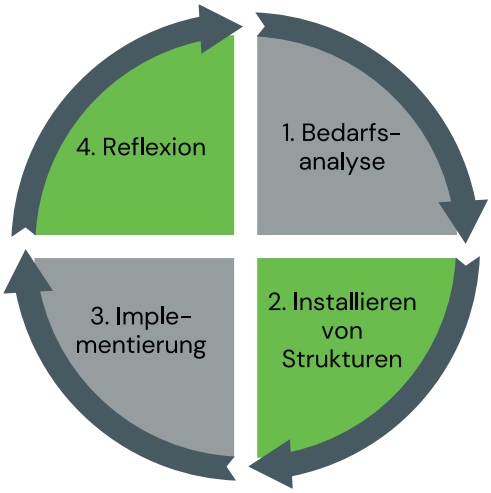


Abbildung 9: Phasenmodell/ Quality Implementation Framework (eigene Darstellung nach Hochuli Freund et al., 2023)

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.

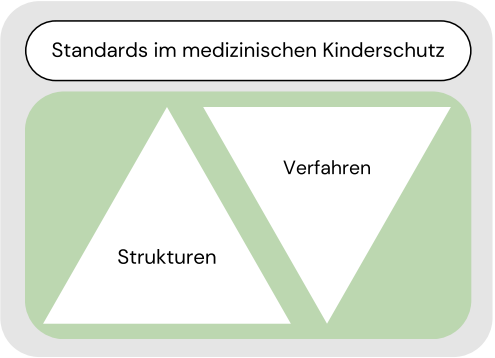


Abbildung 10: Standards im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung)

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.

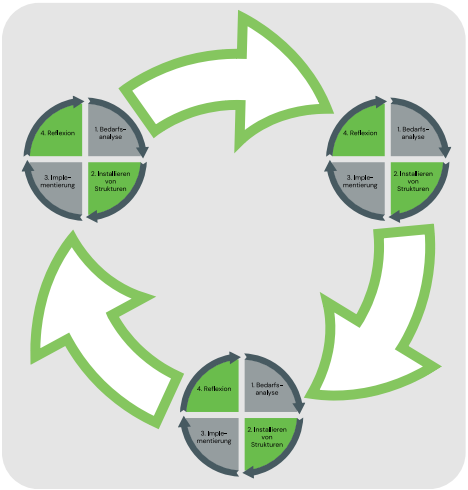


Abbildung 11: Wiederkehrender Implementierungsprozess (eigene Darstellung)

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:

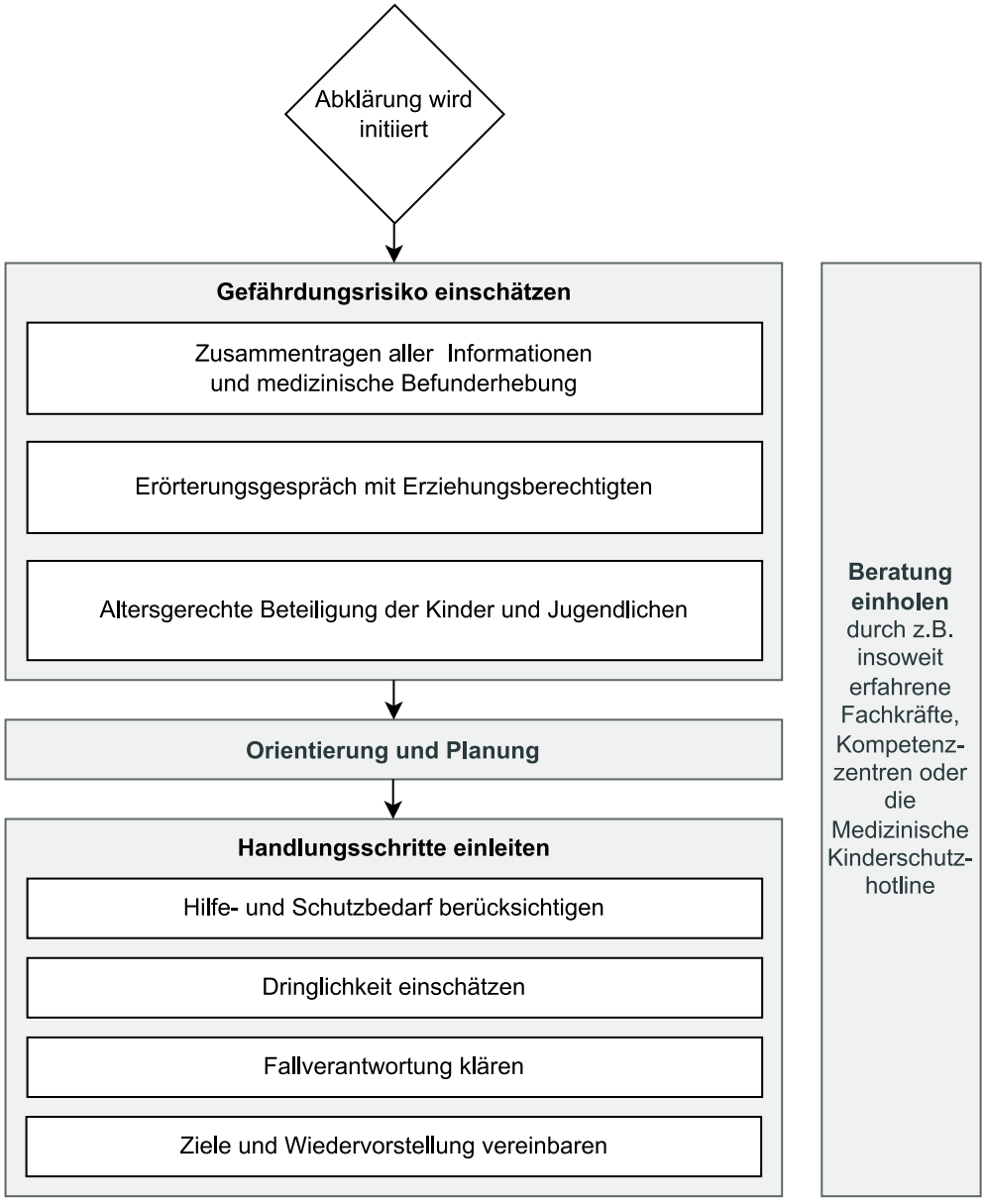
- **Hilfe- und Schutzbedarf**
  - Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf
  - Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf
  - Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf
  - Akute Gefährdung mit unmittelbaren Schutzbedarf

- **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.

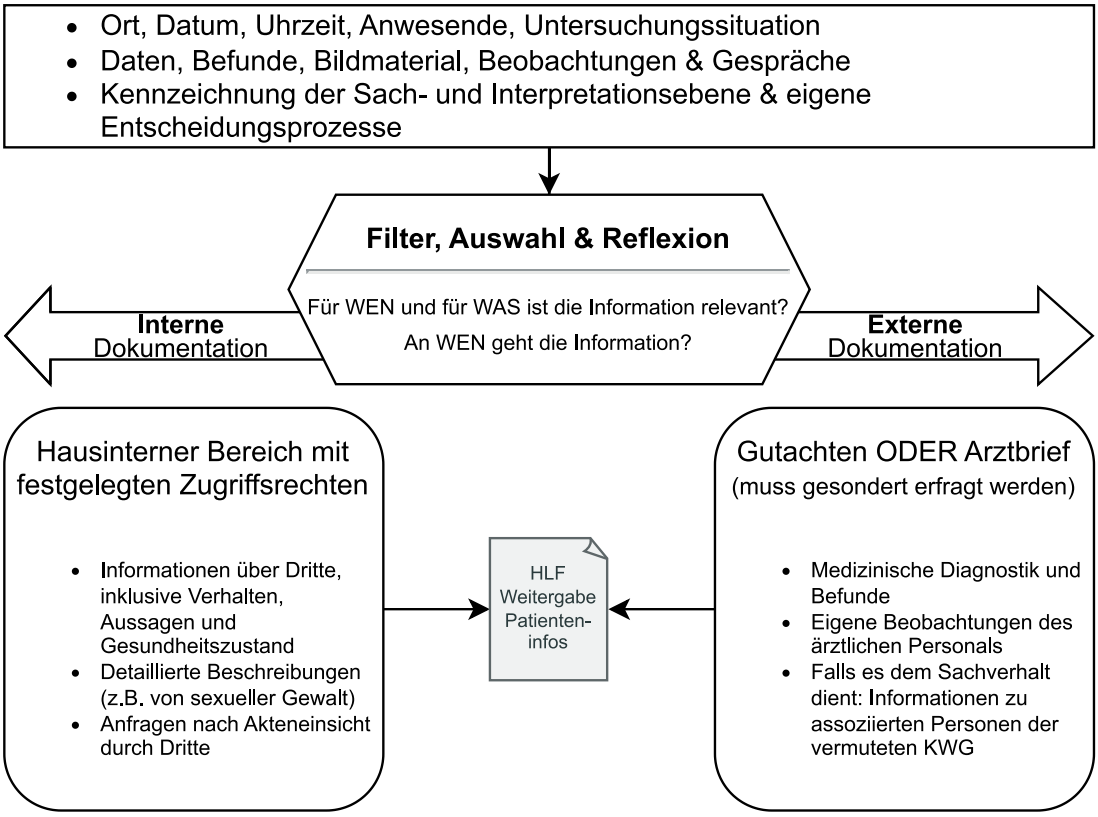
Externe Anfragen nach Akteneinsicht und -ausgabe müssen über die Rechtsvertretung der Klinik und unter Berücksichtigung der Einwilligung der Patienteninformationsweitergabe geprüft werden (*s. HLF Weitergabe Patienteninfos*).

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

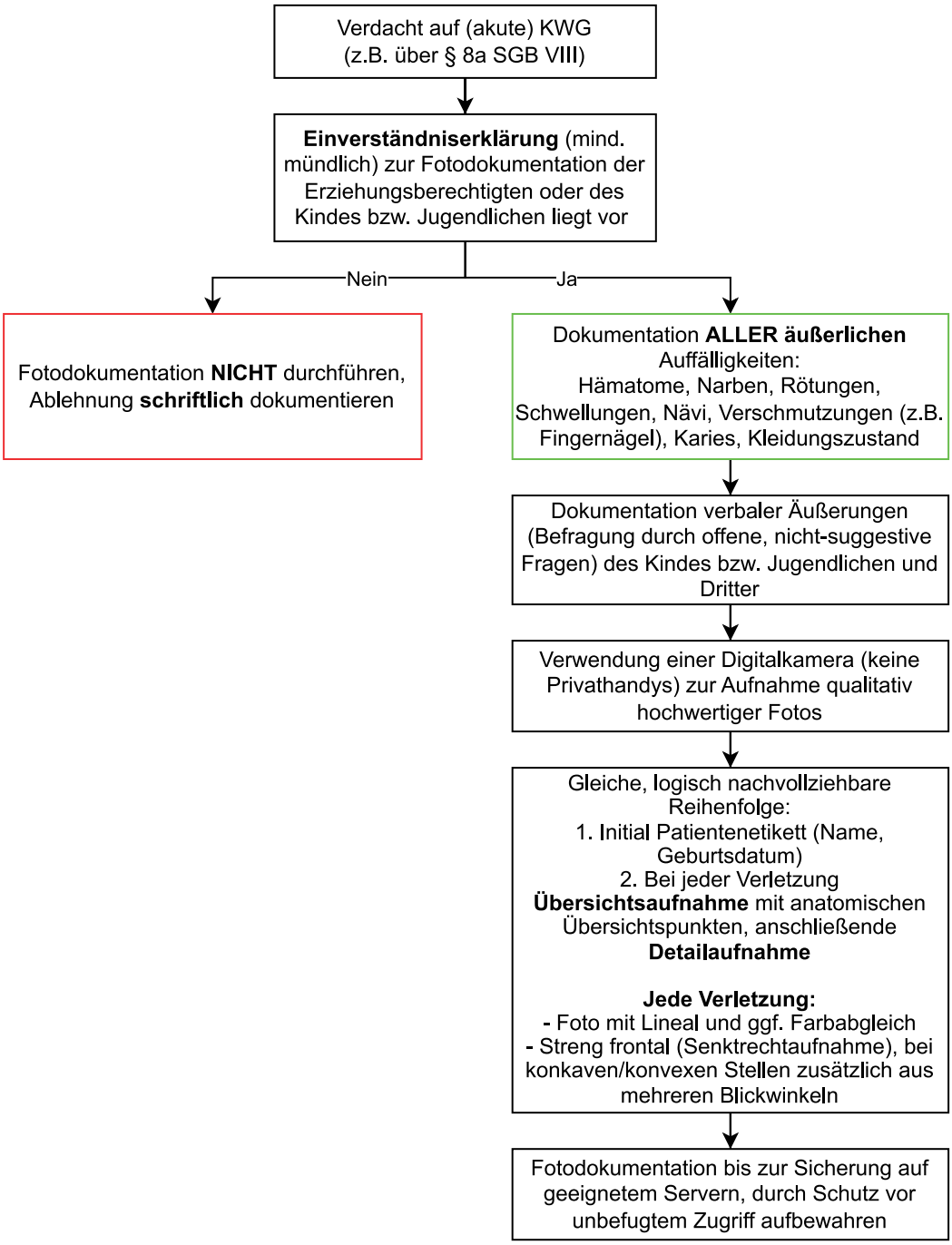
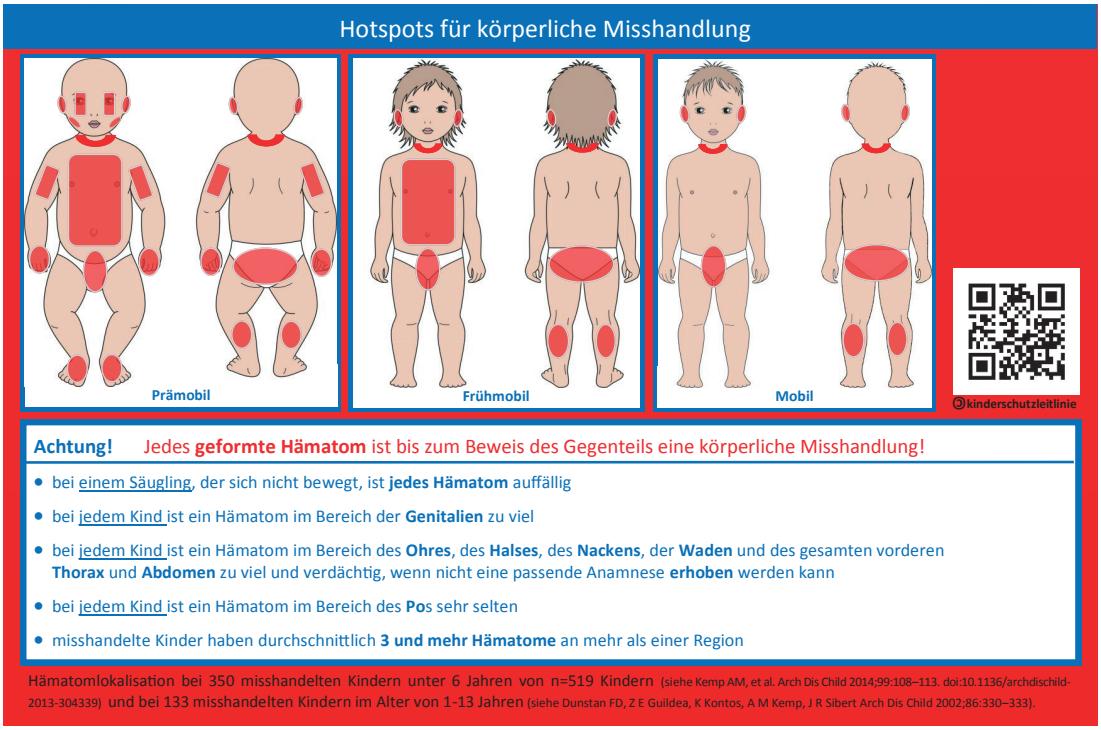


Abbildung zur Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung (eigene Darstellung)

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

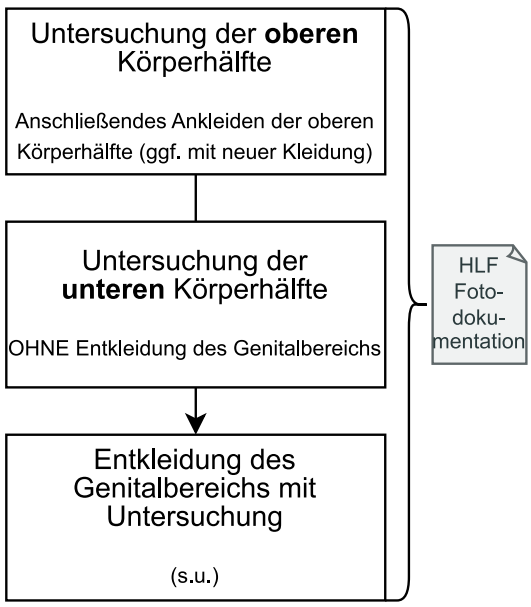
Die Untersuchung erfolgt in Teilbereichen (obere Körperhälfte, untere Körperhälfte), wobei das Kind bzw. Jugendlicher nie ganz nackt ausgezogen wird, sondern die bereits untersuchte oder noch nicht untersuchte Körperhälfte bekleidet bleibt.

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.

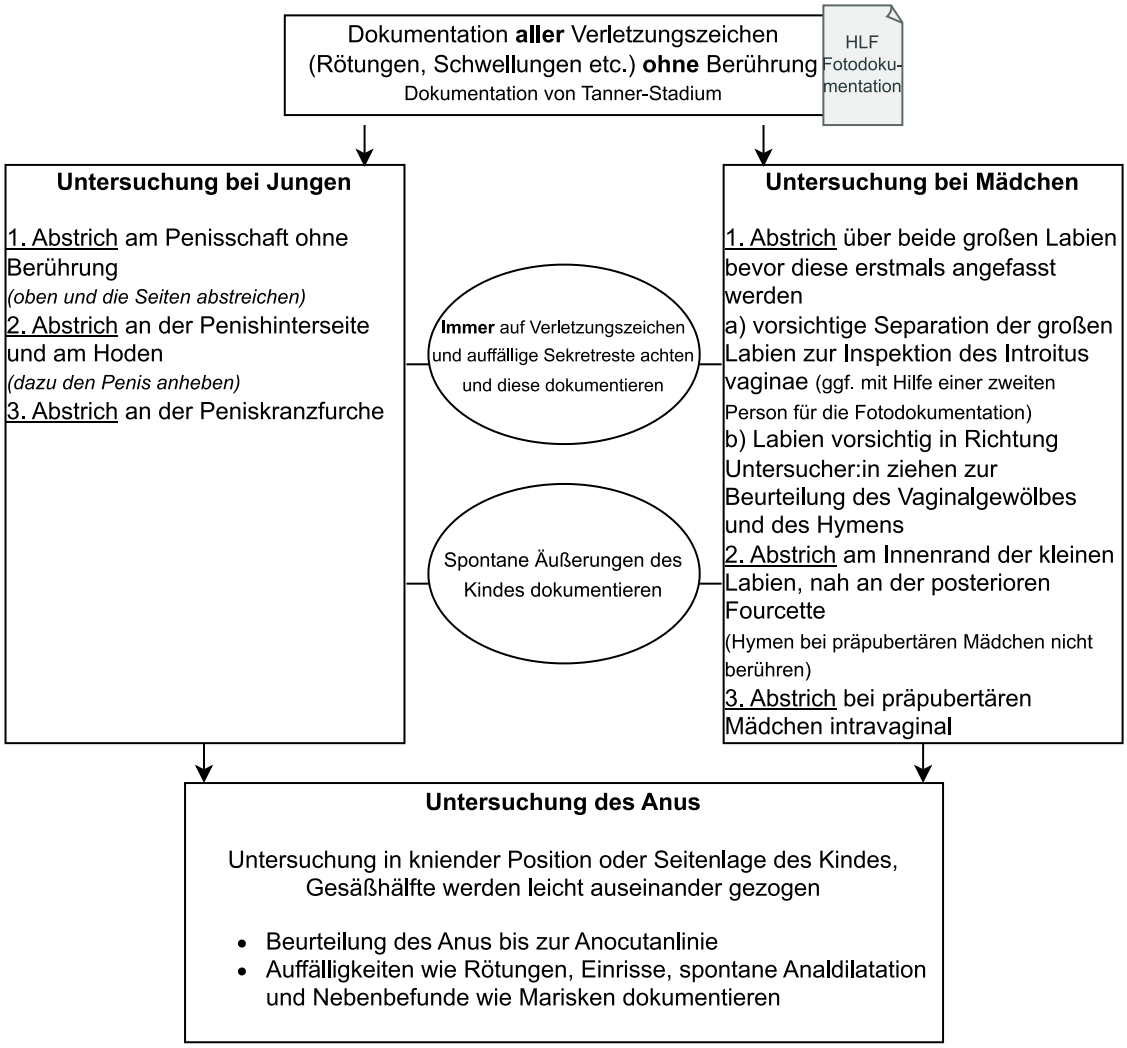
Untersuchung bei Jungen: Um Kontaminationen vorzubeugen, muss der erste Abstrich am Penisschaft erfolgen, bevor das Kind bzw. Jugendlicher dort zur Untersuchung berührt wird. Hierfür wird der Penisschaft oben und an den Seiten abgestrichen. Im Anschluss kann der Penis zur weiteren Untersuchung angehoben 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.

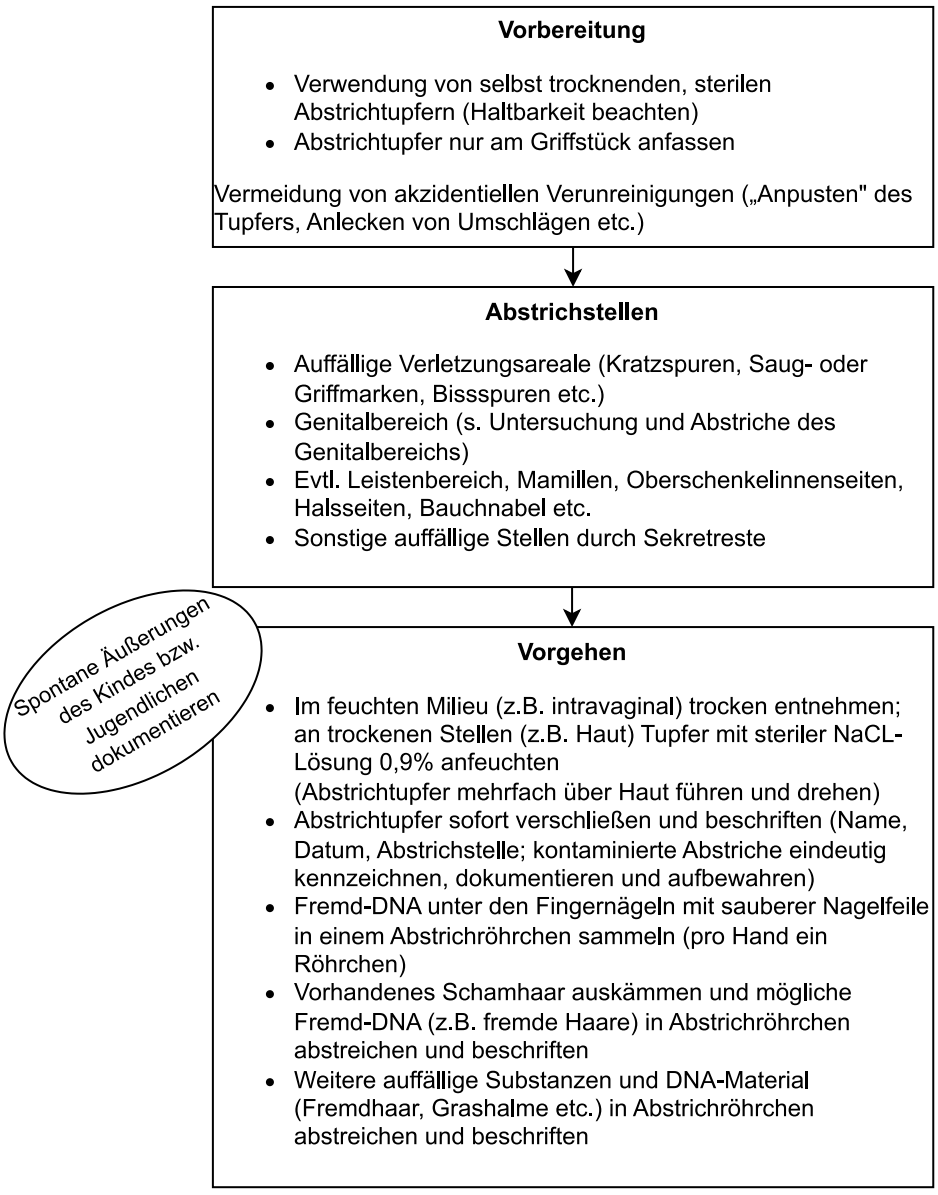
Abstrichstellen:
Abstriche sollten von auffälligen Verletzungsmerkmalen, wie z.B. Kratzspuren, Saug-, Biss- oder Griffmarken, entnommen werden sowie vom Genitalbereich. Weitere mögliche Abstrichstellen, bei denen Fremd-DNA gut gesichert werden kann, sind zudem die Leisten, die Mamillen, die Oberschenkelinnenseiten, 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.

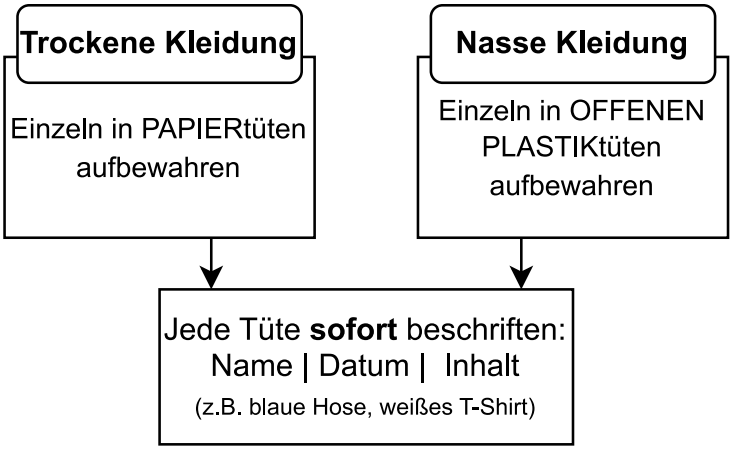


Diagnostisches Vorgehen bei akutem sexuellem Übergriff Teil 2 (eigene Darstellung)

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])

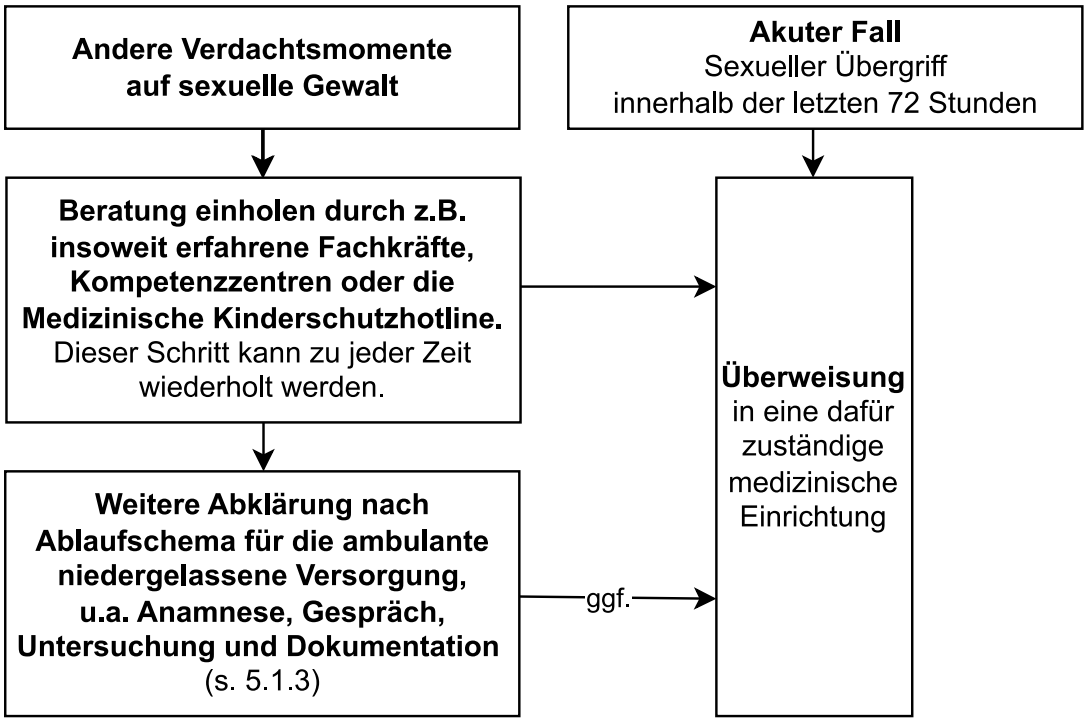
3.4 Hinweis zur Spurensicherung von mitgebrachter Kleidung

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.

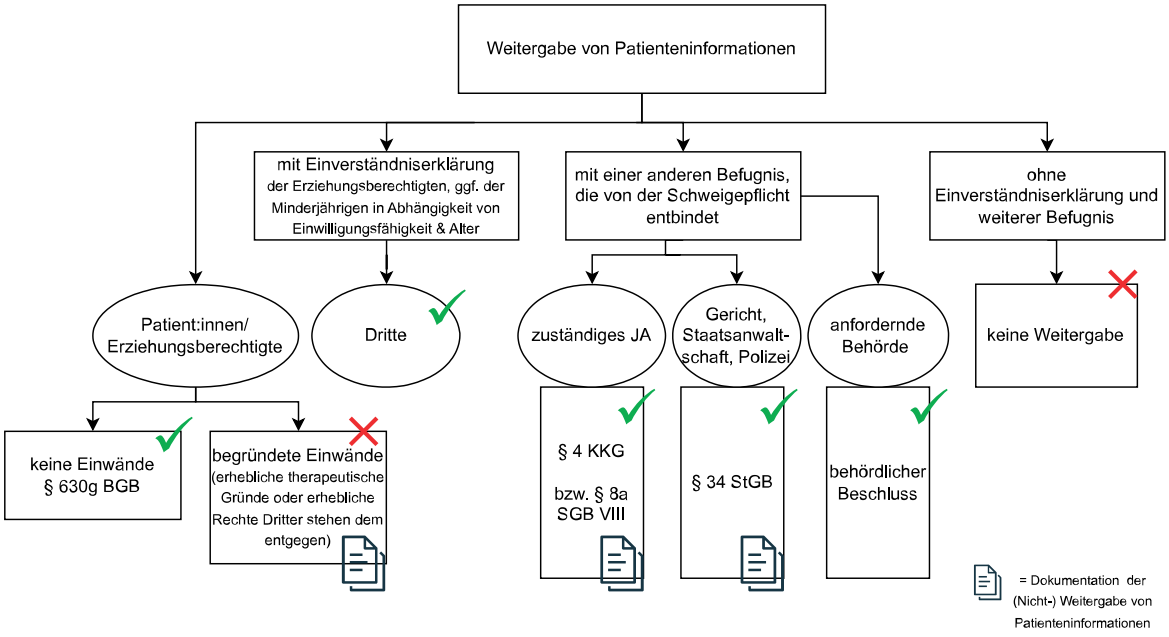
3. Dokumentationspflichten

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:

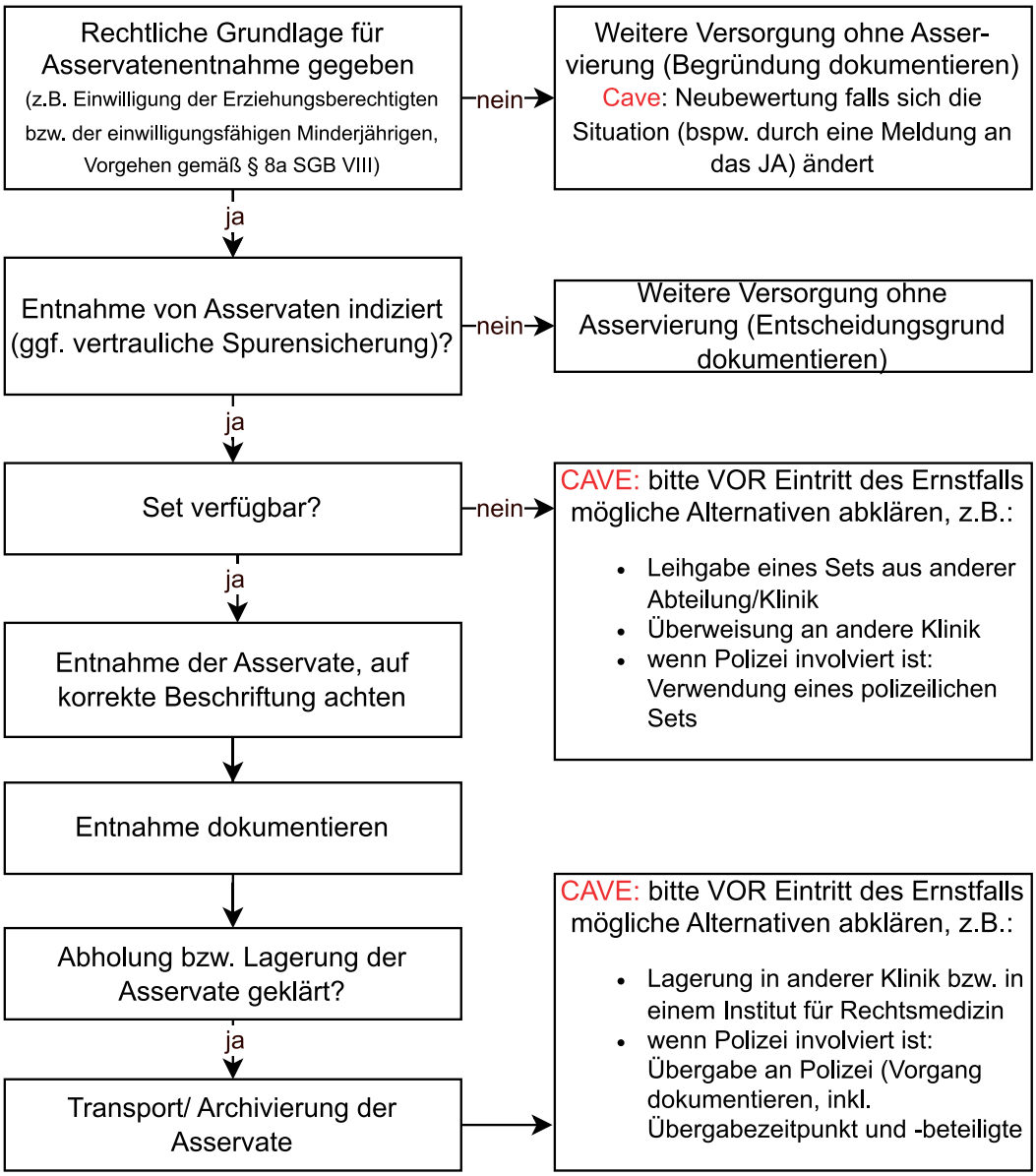
- Die Spurensicherung bei Vorstellung in Begleitung durch die Kriminalpolizei erfolgt durch den/die Ärzt:in. Die Sicherstellung der Asservate erfolgt durch die Beamt:innen der Kriminalpolizei.
- Es besteht die Möglichkeit einer vertraulichen (anzeigenunabhängigen) Spurensicherung. Betroffenen wird eine 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.