



Unabhängiger Beauftragter
für Fragen des sexuellen
Kindesmissbrauchs



Deutsches
Jugendinstitut

Marie-Theres Pooch
Selina Kappler

Datenreport des Monitorings

zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015–2018) zu den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen, Heime, Kliniken, und Einrichtungen des ambulanten Gesundheitsbereichs

TEILBERICHT 3

Inhalt

I. Kontext des Berichts	3
II. Methodisches Vorgehen/Forschungsdesign	4
II.1 Zentrale Fragestellung des Projekts	4
II.2 Stichprobenziehung	6
Bereich Erziehung und Bildung	7
Bereich Gesundheitswesen.....	9
Stichprobe und Rücklauf	9
II.3 Entwicklung der Erhebungsinstrumente	13
II.4 Durchführung der Befragung und Datenerhebung.....	17
III. Befunde aus dem Bereich Erziehung und Bildung.....	19
A. Kindertageseinrichtungen.....	19
A1. Stichprobe.....	19
A2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts	20
A3. Potenzial- und Risikoanalyse	21
A4. Prävention allgemein.....	23
A5. Prävention sexualisierter Gewalt.....	24
A6. Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt.....	30
A7. Kooperation.....	34
A8. Unterstützungsbedarfe	37
A9. Zusammenfassung	39
B. Heime und sonstige betreute Wohnformen.....	42
B1. Stichprobe.....	42
B2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts	43
B3. Potenzial- und Risikoanalyse	44
B4. Prävention allgemein.....	45
B5. Prävention sexualisierter Gewalt	46
B6. Intervention bei Fällen von sexualisierter Gewalt	54
B7. Kooperation.....	57
B8. Unterstützungsbedarfe.....	60
B9. Zusammenfassung	61
IV. Befunde aus dem Bereich Gesundheit.....	65
C. Kliniken	65
C1. Stichprobe.....	65
C2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts	66
C3. Potenzial- und Risikoanalyse	68
C4. Prävention allgemein.....	70
C5. Prävention sexualisierter Gewalt	70
C6. Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt.....	77
C7. Kooperation.....	82
C8. Unterstützungsbedarfe	85
C9. Zusammenfassung	86
D. Ambulanter Gesundheitsbereich.....	89
D1. Stichprobe	89
D2. Präventive Maßnahmen allgemein	90
D3. Präventive Maßnahmen hinsichtlich sexualisierter Gewalt	91
D4. Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt	93
D5. Kooperation.....	95
D6. Unterstützungsbedarfe.....	97
Zusammenfassung.....	98
V. Resümee	100
Literatur	101
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	103

I. KONTEXT DES BERICHTS

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

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

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

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

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

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

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

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

II. METHODISCHES VORGEHEN/FORSCHUNGSDESIGN

II.1 Zentrale Fragestellung des Projekts

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

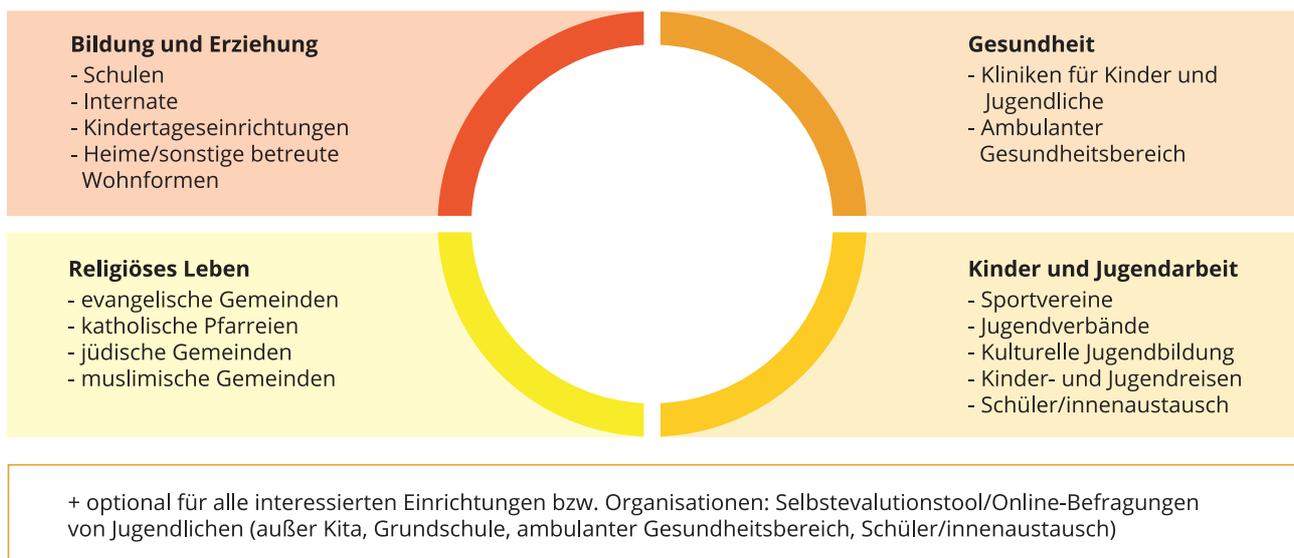
³ Im Auswertungsprozess wurde sich im Projektteam bedingt durch Fragestellungen, die sich im Prozess ergaben, dazu entschlossen, neben den deskriptiven Analysen weiterführende (inferenzstatistische) Analysen vorzunehmen. Zum Beispiel wurde der Frage nachgegangen, wie viele Einrichtungen das Vorhandensein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

⁴ Die Befunde in den Handlungsfeldern Schulen und Internat werden in einem gesonderten Bericht dargestellt.

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

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

Abbildung 1: Methodisches Design des Monitorings



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

Bei den qualitativen Erhebungen wurden Interviews und Gruppendiskussionen mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren des jeweiligen Felds in den Bereichen Bildung/Erziehung, Gesundheit,

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

Die Erkenntnisse der qualitativen Untersuchungen liegen für den Bereich Erziehung und Bildung bereits vor (Online verfügbar unter: www.dji.de/monitoring). Weitere Teilberichte zu den qualitativen Erkenntnissen zum Gesundheitsbereich (erscheint im Herbst 2017) und zur religiösen, sportlichen, verbandlichen und kulturellen Kinder- und Jugendarbeit sowie den Kinder- und Jugendreisen sind in Vorbereitung (wird Anfang des Jahres 2018 veröffentlicht). Die quantitativen Ergebnisse der Handlungsfelder Schulen und Internate finden in einem gesonderten Bericht Beachtung.

II.2 Stichprobenziehung

Die quantitativen Befragungen in den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen, Heime und sonstige betreute Wohnformen und Kliniken wurde vom *SOKO Institut für Sozialforschung und Kommunikation GmbH* im Auftrag des DJI von Mitte November 2016 (bzw. bei den Heimen ab Anfang Dezember 2016) bis März/April 2017 durchgeführt. Die Erhebungen im Feld des ambulanten Gesundheitswesens startete im Hinblick auf die angestrebte Stichprobengröße und im Wissen um die Feldspezifik (beispielsweise eingeschränkte Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten) bereits Ende September 2016 und endete Mitte April 2017. Dieses Handlungsfeld wies damit den längsten Erhebungszeitraum auf. Befragt wurden vorwiegend Leitungspersonen bzw. mit der Prävention von sexualisierter Gewalt beauftragte Personen in Einrichtungen bzw. Organisationen. Im Bereich Bildung/Erziehung wurde eine Anzahl von insgesamt 1.400 teilnehmenden Einrichtungen/Organisationen aus den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen und Heime/sonstige betreute Wohnformen angestrebt, im Gesundheitsbereich sollten insgesamt 1.000 Einrichtungen – ärztliche und therapeutische Praxen sowie Kliniken – in die Befragung aufgenommen werden. Der Zugang zu den Befragten aus den vier genannten Handlungsfeldern wurde durch ein Empfehlungsschreiben von Seiten des *Unabhängigen Beauftragten* sowie den Vertretungen der übergeordneten Strukturen unterstützt. In allen vier Handlungsfeldern konnte eine bundesweite Erhebung auf Basis von (repräsentativen) Stichproben⁵ bzw. Vollerhebungen realisiert werden.

⁵ Im Feld des ambulanten Gesundheitswesens wurden vorwiegend inhaltliche Kriterien für die Zusammensetzung der Stichprobe zugrunde gelegt (vgl. Fußnote 98), weshalb die Stichprobe in diesem Feld nicht als repräsentativ gewertet werden kann. Des Weiteren konnten innerhalb der Substichprobe bei den Praxen für Allgemeinmedizin die angestrebte Größe von 100 mit 95

Bereich Erziehung und Bildung

Im Handlungsfeld *Kindertageseinrichtungen* wurde vor dem Hintergrund, dass bundes- oder landesweite Verzeichnisse aller Kitas fehlen, während kommunale Verzeichnisse vorhanden sind, die Ziehung einer Stichprobe nach dem Sample point-Prinzip beschlossen: Aus allen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreisen) in Deutschland wurden stellvertretend 50 Gebietskörperschaften (Kreise) nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Zufalls-Auswahl der 50 Kreise erfolgte nach dem Schrittziffernverfahren.⁶ Auf diese Weise erhalten größere Landkreise und kreisfreie Städte eine größere Chance, in die Stichprobe zu gelangen als kleinere, doch dank der Zufallsauswahl repräsentieren die gezogenen 50 Kreise alle deutschen Kreise. In jedem ausgewählten Landkreis wurden die Adressen aller Kindertageseinrichtungen recherchiert und aufgelistet. Horte, die lediglich von Schülerinnen und Schülern besucht werden, wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen. Um jeder Kindertageseinrichtung in den zufällig gezogenen Kreisen die gleiche Wahrscheinlichkeit bzw. Möglichkeit zu geben, in die Stichprobe zu gelangen, mussten in den größeren der ausgewählten Kreise mehr und in den kleineren Kreisen weniger Einrichtungen einbezogen werden. Das Forschungsteam hat sich jedoch für einen disproportionalen Forschungsansatz entschieden, sodass in jedem Landkreis zufällig jeweils 100 Einrichtungen⁷ gezogen und angeschrieben wurden, aus denen eine Netto-Fallzahl von 20 realisiert werden sollte. Damit steht auch für die kleineren Landkreise eine angemessen große Anzahl von Kindertageseinrichtungen zur Verfügung und auch der ländliche Raum findet entsprechende Berücksichtigung. In ausgewählten Kreisen, in denen nicht genügend Einrichtungen ansässig waren, wurde nach dem Zufallsprinzip ein weiterer angrenzender Kreis hinzugefügt.

Für die Stichprobe der *Heime/sonstigen betreuten Wohnformen* wurden die aktuellen Heimverzeichnisse bei den Landesjugendämtern angefordert. Freundlicherweise versandte die *Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter* (BAGLJÄ) auf Nachfrage des DJI im Februar 2016 eine Beschreibung des Forschungsvorhabens mit der Bitte um Zusendung aktueller Adresslisten von Heimeinrichtungen und anderen betreuten Wohnformen per E-Mail an ihre Mitglieder. Es folgten Erinnerungen der zuständigen Aufsichtsbehörden per E-Mail und Telefon durch das DJI. In den Fällen, in denen keine Adresslisten zur Verfügung gestellt wurden (ein Landesjugendamt und zwei bayerische Bezirksregierungen), wurde die Adressliste aus dem vorherigen Monitoring verwendet. Die eingegangenen Listen hatten unterschiedliche Differenzierungsgrade (von der Trägerebene bis hin zu einzelnen Wohngruppen) und machten dadurch teilweise weitere Recherchen notwendig.⁸ In die

lediglich annäherungsweise erreicht werden. In den übrigen Feldern konnten die angestrebten Zielgrößen (Nettostichproben) erreicht bzw. zum Teil sogar überschritten werden.

⁶ Das Schrittziffernverfahren sieht vor, dass jedem Kreis die Einwohnerzahl und eine Zufallszahl zugeordnet wird. Danach werden die Landkreise nach der Reihenfolge der Zufallszahlen sortiert. Der Quotient aus der Anzahl der Einwohner/innen aller Landkreise und der Sollzahl der zu ziehenden Kreise ergibt die Schrittziffer $82 \text{ Mio.}/50=1,64 \text{ Mio.}$ D.h. als erster Kreis wird derjenige gezogen, in dem die bzw. der 1,64 millionste Einwohner/in wohnt. Als zweiter wird der Kreis gezogen, in dem die bzw. der 3,28 millionste Einwohner/in wohnt etc.

⁷ In Sample points mit mehr als 100 Adressen wurde eine Zufallsauswahl gezogen. Wenn weniger als 100 Adressen zur Verfügung standen, wurde die gesamte Stichprobe verwendet.

⁸ In manchen Fällen waren lediglich die Namen der Einrichtungen hinterlegt, in anderen zusätzlich die Postleitzahl und der Ort. Eine direkte postalische Versendung der Befragungsunterlagen war hier nicht möglich. In einigen Fällen gab es (zusätzliche) Informationen zum Träger. Es gab Listen, bei denen unter einer Adresse mehrere Einrichtungen benannt wurden. Weiterhin war nicht immer ersichtlich, ob es sich um die Adresse einer Einrichtung oder/und eines Trägers handelte. Es gab Adressen ohne Hinterlegung von Telefonnummern und solche mit Rufnummern der Einrichtungen und/oder Telefonnummern des Trägers. Eine Rufnummernrecherche auf Einrichtungsebene führte teilweise zu keinem Ergebnis. Adressen ohne jegliche Rufnummerninformationen konnten nicht telefonisch kontaktiert werden. Infolge dessen war kein einheitliches methodisches

Stichprobe eingeschlossen wurden Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die Hilfen nach § 34 SGB VIII erbringen. Diese umfassen stationäre Einrichtungen mit Anbindung an ein Stammhaus sowie dezentrale Wohngruppen bzw. Häuser für Kinder und/oder Jugendliche⁹, in denen Kinder und Jugendliche über Nacht jenseits ihrer Herkunftsfamilie¹⁰ untergebracht sind und von Fachkräften betreut werden. Auch geschlossene Formen der Heimunterbringungen innerhalb der Jugendhilfe fanden Berücksichtigung. Um die Heterogenität in der Stichprobe zu begrenzen, wurden folgende Formen von Einrichtungen ausgeschlossen:

- ▶ Erziehungsstellen, Erziehungsfachstellen, Sozialpädagogische Lebensgemeinschaften, Bereitschaftspflege
- ▶ Betreutes Einzelwohnen, Betreutes Wohnen für junge Erwachsene
- ▶ Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung
- ▶ Inobhutnahmestellen nach § 42 SGB VIII, Kurzzeitunterbringung, Clearingstellen
- ▶ Kinder- und Jugendnotdienst
- ▶ Schüler/innenwohnheime, Jugendwohnen nach § 13 SGB VIII
- ▶ Gemeinsame Wohnformen für Mütter bzw. Väter und Kinder nach § 19 SGB VIII
- ▶ Stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung (§ 35a VIII, §§ 53, 54 SGB XII)¹¹
- ▶ Ambulante Hilfen, z.B. Tagesgruppe, Soziale Gruppenarbeit
- ▶ Teilstationäre Hilfen
- ▶ Spezifische Pflegeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche, z.B. Hospize
- ▶ Begleitete Elternschaft (im Kontext der Eingliederungshilfe).

Der Ausschluss der genannten Sonderformen von Einrichtungen ist inhaltlich dadurch begründet, dass sich aufgrund kurzer Verweildauer und Betreuungszeiten lediglich über einen Teil des Tages und/oder einer Unterbringung gemeinsam mit Elternteilen spezifische Anforderungen an Schutzkonzepte stellen, die nicht ohne Weiteres mit denen im Durchschnitt der Heimerziehung vergleichbar erscheinen. Es wurde versucht, Quoten nach Bundesländern zu realisieren, was jedoch nicht (durchgängig) gewährleistet werden konnte.¹²

Vorgehen im Hinblick auf die festgelegten Zugangswege (Versand der Befragungsunterlagen sowie im Bedarf anschließende Kontaktaufnahme per Telefon) möglich. Dementsprechend startete die Feldphase Anfang Dezember 2016 mit dem Versand der Unterlagen an einen Teil der Stichprobe, wobei diese zufällig aus den Adressen gezogen wurde, in denen Angaben der Anschrift vorlagen. Im Januar 2017 wurden die Einrichtungen kontaktiert, deren Anschriften nicht hinreichend vorhanden waren.

⁹ Beispielsweise: Familienwohngruppen mit dort lebenden Fachkräften, Gruppen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, intensivpädagogische Gruppen, Kinderhäuser, Wohngruppen zur Verselbständigung.

¹⁰ Unter Familie werden im Folgenden „biologische, soziale oder rechtlich miteinander verbundene Einheiten von Personen, die – in welcher Zusammensetzung auch immer – mindestens zwei Generationen umfassen und bestimmte Zwecke verfolgen“ (Schneewind 2010, S. 35), verstanden. Dabei können sich Familien aus Paar, Eltern-Kind oder Geschwisterkonstellationen sowie leiblichen und sozialen Zweigenerationenverhältnisse (z.B. als Adoptiv-, Pflege- oder Stieffamilie) zusammensetzen.

¹¹ Einrichtungen der Eingliederungshilfe (z.B. gemäß SGB XII) wurden nicht berücksichtigt, da angenommen wurde, dass im Hinblick auf die Adressat/innen der Hilfen spezifische Anforderungen an Schutzkonzepte zugrundegelegt werden müssen. Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung (nach § 35a SGB VIII) beispielsweise in Intensivwohngruppen betreuen bzw. über weitere Angebote verfügen, sind in der Stichprobe enthalten. Nicht enthalten sind jedoch Einrichtungen, die ausschließlich Angebote nach § 35a SGB VIII bereitstellen.

¹² Tabelle 2: Rücklauf der Heimstichprobe nach Bundesländern gibt an, welche Bundesländer in der Stichprobe über- bzw. unterrepräsentiert sind. Hinsichtlich der Repräsentativität des Rücklaufes kann aufgrund der Heterogenität des Feldes keine allumfassende Aussage getroffen werden. Im Rahmen der Feldarbeit wurden alle Ausprägungen innerhalb der Stichprobe berücksichtigt. Hinsichtlich der Verteilung der Trägerschaft unterscheidet sich die Stichprobe nicht überzufällig von der Grundgesamtheit, d.h. die Stichprobe stimmt hinreichend gut mit der Grundgesamtheit überein ($p = .45$).

Bereich Gesundheitswesen

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

Für die Befragung im *ambulanten Gesundheitswesen* wurde eine zufällige, fünffach übersetzte¹³ Stichprobe über das sogenannte *Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)* gezogen, in dem alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Therapeuten verzeichnet sind.¹⁴ In der Stichprobe wurden damit auch Einrichtungen/Stellen der ambulanten Versorgung erfasst, die u.a. auch Teil einer Klinik sind (z.B. Sozialpädiatrische Zentren, die an Kliniken angesiedelt sind). Die Ziehung der Stichprobe erfolgte nach Fachrichtung quotiert. Die Quoten verteilen sich wie folgt: 300 Personen der Kinder- und Jugendmedizin, 300 Personen der Kinder- und Jugendpsychotherapie, 100 Personen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 100 Personen der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin und 100 Personen der Gynäkologie.

Stichprobe und Rücklauf

Für alle vier Arten von Institutionen konnten Rücklaufquoten von 23 % oder mehr erreicht werden (vgl. Tabelle 1)¹⁵. Die Rücklaufquoten innerhalb der einzelnen Handlungsfelder (wie z.B. Kitas und Heime) weisen eine starke Varianz in den unterschiedlichen Bundesländern resp. Regionen auf, sodass in manchen sogar eine Quote von 30 bis ca. 45 % – im Zuge der telefonischen Nachfassaktionen – erreicht werden konnte, während sie bei den Heimen in den Bundesländern, in denen keine solche Nacherhebungen möglich waren, teilweise bei knapp 10 % liegt.

¹³ Um die anvisierte Anzahl an auswertbaren Erhebungsinstrumenten zu erhalten (Nettostichprobe), müssen in der Regel mehr Einrichtungen bzw. Organisationen für eine Teilnahme angefragt werden, als sich später im Zuge des Rücklaufs tatsächlich an der Befragung beteiligen. Dementsprechend wurde im Feld des ambulanten Gesundheitsbereichs eine Bruttostichprobe gezogen, die fünfmal höher liegt als die erwartbare Nettostichprobe bzw. die tatsächlich realisierten Fälle.

¹⁴ Die Erhebung wird durch die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommen, die monatlich aktuelle Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermitteln, bei der das Bundesarztregister geführt wird.

¹⁵ Die in Tabelle 1 dargestellten Rücklaufquoten beinhalten die vom die Befragung durchführenden Institut (SOKO GmbH) übermittelten Fallzahlen. Daneben gab es vereinzelt nicht berücksichtigte Rückläufe: Im Handlungsfeld Heime und sonstige betreute Wohnformen kamen fünf leere bzw. nur mit einer ausgefüllten Seite zurück. Im Handlungsfeld Kliniken wurden zwei leere schriftliche Erhebungsinstrumente zurückgesandt. Auch im Feld des ambulanten Gesundheitswesens lagen leere bzw. unzureichend ausgefüllte Instrumente vor (n = 12,) ein Fragebogen entfiel aus der Befragung, da in der Praxis keine Patient/innen unter 21 Jahren behandelt werden. Daneben mussten in den Handlungsfeldern Heime und ambulanter Gesundheitsbereich im Kontext der Datenaufbereitung aus inhaltlichen Gründen Fälle aus der weiteren Analyse ausgeschlossen werden.

Die im Rahmen der Studie realisierten Rücklaufquoten liegen in einem ähnlichen Bereich oder über den Rücklaufquoten anderer, nicht verpflichtender nationaler Befragungen von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und Kliniken zum Thema Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen und können insgesamt als zufriedenstellend bewertet werden (vgl. UBSKM 2013b; Helming u.a. 2011). Das Feld der Kitas wies mit einer Rücklaufquote von 22,9 % den niedrigsten Wert auf.

Im Zuge der Nachfassaktion wurde im Feld der Kindertageseinrichtungen, um die anvisierten Fallzahlen von 20 Einrichtungen je Sample point zu realisieren, für sechs Regionen eine Aufstockungsstichprobe aus den benachbarten Kreisen gezogen. So konnten während der Feldphase in allen Regionen bzw. Kreisen (Sample points) die gewünschte Stichprobengröße erreicht bzw. sogar übertroffen werden.

Tabelle 1: Erreichte Rücklaufquoten in den jeweiligen Handlungsfeldern

Handlungsfeld	Grundgesamtheit*	Bruttostichprobe (angefragte Institutionen/ Organisationen)	Nettostichprobe (auswertbare Fragebögen)	Rücklaufquote in Prozent	Genutzte Antwortmethode
Kindertageseinrichtungen	ca. 51.000	4.819 (davon Aufstockung 238)	1.102	22,9 %	Postalischer Fragebogen: 627 Online-Fragebogen: 64 Telefoninterviews: 409 Face-to-Face-Interview: 2
Heime und sonstige betreute Wohnformen	ca. 5.000	1.878	442*** (471)	25,1 %***	Postalischer Fragebogen: 281 Online-Fragebogen: 32 Telefoninterviews: 129
Kliniken bzw. Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche	ca. 550**	546	165	30 %	Postalischer Fragebogen: 103 Online-Fragebogen: 13 Telefoninterviews: 49
Ambulanter Gesundheitsbereich, davon:		4.490	1.157*** (1.182)	26,3 %***	Postalischer Fragebogen: 1.053 Online-Fragebogen: 54 Telefoninterviews: 49 Face-to-Face-Interview: 1
	7.104 Kinder- und Jugendärzt/innen	1.499	325*** (321) Mehrfach	21,4 %	
	1.088 Kinder- und Jugendpsychiater /innen	1.493	149*** (151)	30,3 %***	
	ca. 4.600 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen	1.493	559*** (509)	34,1 %***	
	11.370 Allgemeinärzt/innen, Ärzt/innen für Innere Medizin	500	80/17***(94)	18,8 %***	
	37.492 Gynäkolog/innen	499	104*** (104)	20,8 %***	
	Ohne Zuordnung		3		

*Anm.: Die Grundgesamtheit der jeweiligen Handlungsfelder entspricht den aktuellen statistischen Verzeichnissen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016a, 2016b, 2016c; Bundesärztekammer 2015).

Die Angaben beziehen sich vorwiegend auf die Jahre 2014/15, mit Ausnahme der Angabe zu den Kindertageseinrichtungen. Die Angabe zur Grundgesamtheit der Heime bezieht sich auf folgende Arten:

Einrichtung der stationären Erziehungshilfe (1) mit mehreren Gruppen im Schichtdienst auf einem Heimgelände, (2) mit mehreren Gruppen in Lebensgemeinschaftsform auf einem Heimgelände, (3) Ausgelagerte Gruppen mit organisatorischer Anbindung an das Stammhaus in Lebensgemeinschaftsform, (4) Einrichtung/Abteilung/Gruppe für gesicherte/geschlossene Unterbringung auf der Grundlage einer richterlichen Entscheidung und (5) Kleinsteinrichtungen der stationären Erziehungshilfe.

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

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

Im Feld der Heime und sonstigen betreuten Wohnformen konnte ein akzeptables Mittelmaß von 25 % erreicht werden. Im Prozess der Rücklaufkontrolle war eine bundeslandspezifische Auswertung der Rücklaufquoten möglich (vgl. Tabelle 2). Die höchste Rücklaufquote wurde in Niedersachsen erzielt mit 46,6 %. Beinahe jede zweite der angefragten Einrichtungen hat sich an der Befragung beteiligt. Sehr gute Ausschöpfungsquoten wurden auch in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (40,0 %), Saarland (39,5 %) und Bayern (37,8 %) erzielt. Die mit Abstand niedrigsten Rückläufe kamen mit 10,7 % aus Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt.

Tabelle 2: Rücklauf der Heimstichprobe nach Bundesländern

Bundesland	Angefragte Einrichtungen (Bruttostichprobe)	Befragte Einrichtungen* (Nettostichprobe)	Rücklaufquote
Baden-Württemberg	85	27	31,7 %
Bayern	230	87	37,8 %
Berlin	23	8	34,8 %
Brandenburg	47	17	36,2 %
Bremen	21	7	33,3 %
Hamburg	22	5	22,7 %
Hessen	83	22	26,5 %
Mecklenburg-Vorpommern	271	29	10,7 %
Niedersachsen	88	41	46,6 %
Nordrhein-Westfalen	170	68	40,0 %
Rheinland-Pfalz	138	23	16,7 %
Saarland	43	17	39,5 %
Sachsen	128	17	13,3 %
Sachsen-Anhalt	280	30	10,7 %
Schleswig-Holstein	164	60	36,6 %
Thüringen	85	13	15,3 %
Gesamt	1.878	471	25,1 %

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

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

Nacherhebungsphase konnte die Zielgruppe der Allgemeinmediziner/innen bzw. Ärztinnen/Ärzte für Innere Medizin lediglich annäherungsweise erreicht werden. Als Herausforderung erwies sich dabei die Erreichbarkeit jener Gruppe.¹⁶

Tabelle 3: Rücklaufquoten der entsprechenden ärztlichen bzw. therapeutischen Fachrichtungen

Fachrichtung	Angefragte Einrichtungen (Bruttostichprobe)	Befragte Einrichtungen* (Nettostichprobe)	Rücklaufquote	Anvisierte Sollzahl (Überschreitung in %)
Kinder- und Jugendärzt/innen	1.499	321	21,4 %	300 (7 %)
Kinder- und Jugend-psychotherapeut/innen	1493	509	34,1 %	300 (70 %)
Kinder- und Jugend-psychiater/innen	499	151	30,3 %	100 (51 %)
Allgemeinmediziner/innen bzw. Internist/innen	500	94	18,8 %	100 (-3 %)
Gynäkolog/innen	499	104	20,8 %	100 (4 %)
ohne Zuordnung		3		
Gesamt	4.490	1.182	26,3 %	

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

Im Feld der Kliniken konnten mit einer Rücklaufquote von 30 % eine solide Datengrundlage geschaffen werden, die sowohl Kliniken bzw. Kliniken mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche berücksichtigen.¹⁷

II.3 Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse aus den qualitativen Erhebungen (Fallstudien zu guter Praxis sowie zeitlich nachgelagerte, vertiefende Fokusgruppen) wurde das aus der letzten Monitoring-Welle 2013 vorliegende Instrument modifiziert und um neue Items ergänzt. An der Entwicklung wurden das SOKO Institut sowie der Arbeitsstab des UBSKM beteiligt. Daneben wurden die Entwürfe der Instrumente mit Vertretungen der Dachorganisationen bzw. Dachverbände, die mit dem UBSKM eine Vereinbarung zur Einführung und Umsetzung von Schutzkonzepten unterzeichnet haben, vorgestellt

¹⁶ In Fällen von schlechter Erreichbarkeit, die u.a. dadurch zustande kamen, dass der Empfang der Praxis aufgrund von vollen Warte- und Behandlungszimmern das Telefonat nicht direkt zur Ärztin bzw. Arzt weiterleiten konnte, wurde mit Hilfe eines angekündigten Informationsfaxes, das an die Praxis gesandt wurde, ein Kontaktversuch zur Ärztin bzw. zum Arzt unternommen. Zu einem späteren wurde die Praxis erneut kontaktiert und nach einer Rückmeldung gefragt. Dabei ließen die Ärztinnen/Ärzte häufig ausrichten, dass das Thema nicht relevant für sie sei, da jene (nahezu) keine Kinder und Jugendlichen behandeln. Innerhalb der Stichprobe sind keine systematischen Ausfälle ersichtlich.

¹⁷ Die Bruttostichprobe über die Fachabteilungen setzte sich wie folgt zusammen: Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin: 359, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie: 163 und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche: 101. In 77 Einrichtungen, der ersten beiden Fachprofile gab es Überschneidungen, sodass die tatsächliche Stichprobe 546 Einrichtungen beinhaltete.

und diskutiert.¹⁸ Am Ende konnten somit vier dem Handlungsfeld in Inhalt und Sprache angepasste Versionen für die Handlungsfelder Kindertageseinrichtungen, Heime/sonstige betreute Wohnformen, Kliniken und ambulante Gesundheitsversorgung für die Befragungen ausgearbeitet werden.

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

Um den Zeitaufwand der Befragung für die Teilnehmer/innen möglichst gering zu halten und damit die Teilnahmebereitschaft positiv zu beeinflussen, wurde die Mehrheit der Fragen geschlossen formuliert. Dennoch wurden an einigen Stellen offene Antwortmöglichkeiten in die Befragungsinstrumente eingebaut, um spezifische Praxisprozesse im Umgang mit Schutzkonzepten sowie die Vielfalt an Präventionsaktivitäten besser erfassen zu können. Für die Kodierung der offenen Antworten wurden von zwei Projektmitgliedern (getrennt voneinander) Kategoriensysteme entwickelt, die anschließend vereinheitlicht und vom Unterauftragnehmer umgesetzt wurden. Im Prozess der Kodierung der offenen Angaben¹⁹ wurde jedoch vor einer Anwendung des Kategoriensystems vorgängig geprüft, ob die offene Angabe nicht zu einer der bereits im Erhebungsinstrument vorgegebenen Antwortkategorien passte. War dies der Fall, wurde nachkodiert. Ansonsten wurden die offenen Antworten in das neu gebildete Kategoriensystem einsortiert. Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten, wurden der Restkategorie „Sonstiges“ zugeschlagen. Im Kontext der Instrumentenentwicklung wurde sich zudem für den Einsatz einer „Weiß ich nicht“-Kategorie entschieden, die die Datenqualität erhöht, indem sie den befragten Personen eine Ausweichmöglichkeit bietet und nicht zu einer unpassenden inhaltlichen Antwort drängt.

Die Fragebögen für die Handlungsfelder Kindertageseinrichtungen, Heime und Kliniken, die mit dem Ziel einer guten Passung auf die Strukturen im Handlungsfeld bei gleichzeitig möglichst hoher Vergleichbarkeit entwickelt wurden, bestehen jeweils aus folgenden neun Elementen:

a) Klima der Einrichtung/Organisation

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

¹⁸ Im Folgenden als Vereinbarungspartner bezeichnet.

¹⁹ Bei der Kategorisierung der offenen Angaben wurden Mehrfachnennungen berücksichtigt.

b) Maßnahmen zur Prävention allgemein

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

c) Maßnahmen zur Prävention von sexualisierter Gewalt

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

d) Maßnahmen zur Sensibilisierung, Qualifizierung und Auswahl des Fachpersonals

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

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

Im Mittelpunkt stehen Fragen zum Vorhandensein eines Handlungsplans ebenso zum konkreten Umgang bei Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt bei verschiedenen Fallkonstellationen: (1) Sexualisierte Gewalt durch Personal, (2) sexualisierte Gewalt unter betreuten Kindern und Jugendlichen, (3) sexualisierte Gewalt innerhalb der Familie und (4) sexualisierte Gewalt durch andere externe Personen. Weiter wurde in diesem Abschnitt nach der Akzeptanz der in der Einrichtung vorhandenen Elemente von Schutzkonzepten aufseiten der Mitarbeitenden sowie zur Umsetzung durch die Mitarbeitenden gestellt. Zudem wurde nach Ansprechpersonen gefragt, an die sich die betreuten Kinder und Jugendlichen in Fällen von sexualisierter Gewalt wenden können.

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

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

g) Anstoß zur Entwicklung eines Schutzkonzeptes

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

h) Analyse der institutionellen Gegebenheiten und Strukturen

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

i) Unterstützungsbedarfe

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

j) Strukturdaten der befragten Einrichtung/Organisation

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

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

Der Fragebogen für das erstmalig im Monitoring enthaltene Handlungsfeld des ambulanten Gesundheitswesens wurde kürzer gehalten. Im Wissen um die geringen zeitlichen Ressourcen der dort Tätigen wurde das Ziel in einer ersten, explorativen Annäherung an das Feld gesehen. Trotz verkürzter Form ermöglicht die empirische Erhebung erstmalig ein Bild von der Umsetzung von Schutzmaßnahmen vor sexualisierter Gewalt in ärztlichen bzw. therapeutischen Praxen. Das Erhebungsinstrument für diesen Bereich besteht aus fünf zentralen Themenblöcken:

a) Strukturdaten der Praxis

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

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

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

c) Präventive Maßnahmen

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

d) Umgang mit Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt

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

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

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

II.4 Durchführung der Befragung und Datenerhebung

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

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

Dabei wurden die angeschriebenen Personen gebeten, den schriftlichen Fragebogen bzw. das über einen Zugangscode verfügbare Online-Instrument auszufüllen. Auf Wunsch konnten die Befragung auch von Beginn an als Telefoninterview bzw. Face-to-Face-Interview geführt werden. Zwei bis drei Wochen nach dem Erstanschreiben wurden die Einrichtungen bzw. Organisationen, die den Fragebogen zu diesem Zeitpunkt noch nicht zurückgesendet hatten, telefonisch durch das SOKO Institut kontaktiert. Bei Einrichtungen bzw. Organisationen, die bei diesem Kontakt signalisieren, dass sie an der Studie nicht teilnehmen möchten, wurden die Ausfallgründe dokumentiert (vgl. Tabelle 4). Mithilfe der Nummerierung der befragten Einrichtungen/Organisationen (ID) konnte systematisch nacherhoben werden, ohne die Einrichtungen/Organisationen doppelt für die Teilnahme anfragen zu müssen. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte anonym und war für alle Befragten freiwillig. Nachfassaktionen, die telefonisch erfolgten, wurden in allen hier genannten Handlungsfeldern durchgeführt, um die angestrebten Fallzahlen bzw. Quoten zu erreichen.²⁰ Im Rahmen der Feldphase wurden über alle Handlungsfelder hinweg 72,0% der Befragungen postalisch, 22,2% telefonisch und

²⁰ Im Handlungsfeld der Kindertageseinrichtungen wurde vor dem Hintergrund, dass die Nettostichprobe nicht mit der vorhandenen Stichprobe realisiert werden konnte, eine Aufstockungstichprobe aus den benachbarten Kreisen gezogen. Im Handlungsfeld der Kliniken konnte durch die nachfassende Feldarbeit systematische Ausfälle (beispielsweise von Einrichtungen desselben Trägers) verhindert werden.

5,7% online realisiert. Die intensive Nutzung von Telefoninterviews – vor allem während der Nachfassaktionen – zeigt sich in dem verhältnismäßig hohen Anteil dieser bei der Methodenwahl. Dementsprechend wurden die Befragungen in den Handlungsfeldern der Kitas 37,1%, der Heime und sonstigen betreuten Wohnformen 29,7 % und der Kliniken 29,7 % telefonisch umgesetzt. Im Handlungsfeld des ambulanten Gesundheitswesens zeigte sich eine eindeutige Präferenz für den Papierfragebogen, indem beinahe 90 % der Befragten diesen wählten. Die durchschnittliche Dauer für die standardisierten Telefoninterviews betragen bei den Kitas, Heimen und Kliniken zwischen 25 und 44 Minuten, während im Feld des ambulanten Gesundheitswesens – vor dem Hintergrund eines kürzeren Erhebungsinstruments – ein Telefoninterview durchschnittlich 10 Minuten in Anspruch nahm (vgl. Abschnitt II.3).

Tabelle 4: Ausfallgründe nach Handlungsfeldern

Handlungsfeld	Gesamtzahl der telefonischen Kontaktaufnahmen (Telefoninterviews)	Ausfallgründe (in Prozent)
Kindertageseinrichtungen	3.700 (409)	Nicht erreicht: 2.313 (62,5%) Verweigerung: 733 (19,8%) Falsche Nummer: 245 (6,6%)
Heime und sonstige betreute Wohnformen	739 (140)	Nicht erreicht: 126 (17,1%) Verweigerung: 102 (13,8%) Falsche Nummer: 62 (8,4%) Nicht Zielgruppe: 47 (6,4%)
Kliniken bzw. Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche	426 (48)	Nicht erreicht: 272 (63,9%) Verweigerung: 99 (23,2%) Falsche Nummer: 7 (1,6%)
ambulanter Gesundheitsbereich	824 (35)	Nicht erreicht: 424 (51,5%) Verweigerung: 295 (35,8%) Falsche Nummer: 70 (8,5%) Nicht Zielgruppe: 13*

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

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

III. BEFUNDE AUS DEM BEREICH ERZIEHUNG UND BILDUNG

Im folgenden Kapitel werden die zentralen, vorwiegend deskriptiven Befunde der befragten Kindertageseinrichtungen und Heime/sonstigen betreuten Wohnformen dargestellt.

A. Kindertageseinrichtungen

A1. Stichprobe

Im Bereich der Kindertageseinrichtungen wurde eine Stichprobengröße von insgesamt 1.102 Kindertageseinrichtungen erreicht. Von den Teilnehmenden waren 89,7 % weiblich und 10,3 % männlich ($n^{21} = 1.077$). Im Durchschnitt liegt das Alter bei 49 Jahren ($n = 1.055$). Fast alle Fragebögen wurden von der Kitaleitung (90,5 %) ausgefüllt, nur wenige von Erzieherinnen bzw. Erziehern (5,6 %) oder von sonstigem Personal (4 %, $n^{22} = 1.071$). Im Durchschnitt haben die Personen 21,5 Jahre Berufserfahrung, wobei die Spanne von einem Jahr bis zu 45 Jahren reicht und nur wenige Personen (3,1 %) über 40 Jahre Berufserfahrung aufweisen ($n = 1.063$). Die vorliegende Stichprobe ist den bundesweiten Daten sehr ähnlich. Bundesweit sind rund 87,7 % der Leitungskräfte weiblich und bewegen sich in einem Alter von 45 bis 50 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b).

Die Größe der Kindertageseinrichtungen variiert von neun bis zu 310 Kindern. Im Durchschnitt werden die an der Befragung teilnehmenden Kindertageseinrichtungen von 74 Kindern besucht ($n = 1.100$). Es gibt in einer Einrichtung durchschnittlich rund zehn Erzieherinnen und Erzieher, wobei die Spanne von einer Erzieherin bzw. einem Erzieher bis hin zu 100 Erzieherinnen und Erziehern reicht ($n = 1.085$). In den Kindertageseinrichtungen arbeiten vor allem Frauen, 71,0 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass darin ausschließlich Erzieherinnen tätig sind und keine Erzieher ($n = 1.065$). Der bundesweite Durchschnitt liegt aktuell bei rund 78 Kindern pro Einrichtung und bei 10 Stellen des pädagogischen Personals. Lediglich 5,2 % der Fachkräfte sind männlich (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b).

Fast die Hälfte (43,5 %) der Teilnehmenden gab an, dass zum Personal der Kindertageseinrichtung keine Kinderpflegerinnen bzw. Kinderpfleger gehören, in jeder fünften Kindertageseinrichtung arbeitet jedoch mindestens eine Kinderpflegerin oder ein Kinderpfleger ($n = 960$). Durchschnittlich kann von knapp zwei Pflegerinnen und Pflegern pro Einrichtung ausgegangen werden, wobei bei über 90 % nur Kinderpflegerinnen arbeiten ($n = 535$). Sozialassistentinnen und Sozialassistenten sind in 81,5 % der Einrichtungen nicht vertreten ($n = 880$). Ist diese Berufsgruppe vertreten, so handelt es sich zu 82,6 % um weibliche Fachkräfte ($n = 161$). Ähnlich sieht es bei Kindheitspädagoginnen und

²¹ n kennzeichnet die gesamte Anzahl an gültigen Angaben bei den jeweiligen Fragen. N bezieht sich dagegen auf die Größe bzw. Umfang der (Gesamt-) Stichprobe.

²² (Offene) Antwortkategorien, die Angaben unter 5,0 % aufweisen, werden unter der Angabe „Sonstiges“ subsumiert.

Kindheitspädagogen aus: In 81,2 % der Kindertageseinrichtungen ist diese Berufsgruppe nicht vorhanden (n = 871).

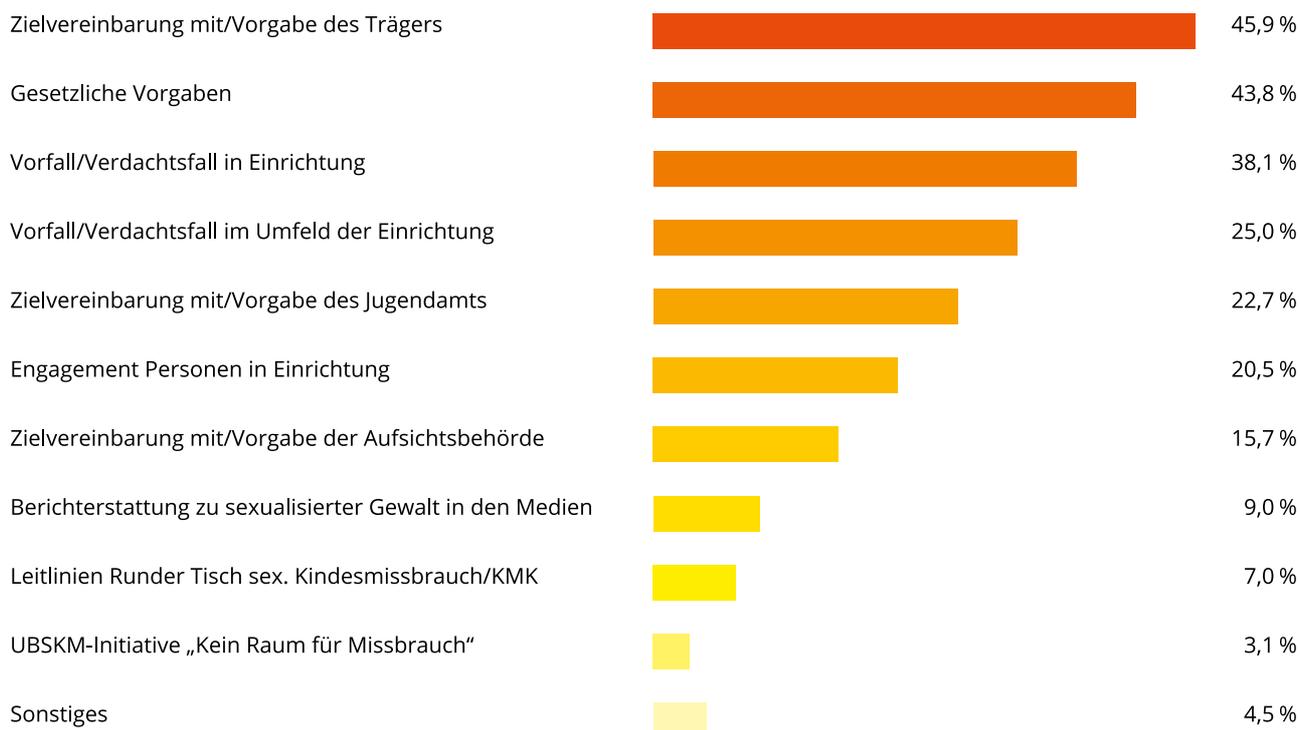
In über der Hälfte der Einrichtungen (64,4 %) sind Ehrenamtliche tätig (n = 966). Die Anzahl reicht dabei bis zu 60 ehrenamtlich tätigen Personen. Durchschnittlich ist pro Kindertageseinrichtung jedoch nur eine ehrenamtlich tätige Person vorhanden. Etwas häufiger vertreten sind Praktikantinnen und Praktikanten. Im Durchschnitt sind pro Einrichtungen 1,55 Praktikantinnen und Praktikanten tätig, wobei auch hier immerhin 30,6 % der Teilnehmenden angibt, dass keine Praktikantinnen und Praktikanten in ihrer Einrichtung tätig sind (n = 1.008). Engagierte im Rahmen eines Bundesfreiwilligendienstes oder eines Freiwilligen Sozialen Jahres sind in den befragten Einrichtungen kaum vorhanden (kein BFD 88,8 %; n = 896; kein FSJ 79,0 %; n = 927). Über die Hälfte aller Kindertageseinrichtungen (57,0 %; n = 1.102) haben keine Auszubildenden. Knapp ein Viertel der Einrichtungen (25,2 %) beschäftigt eine oder einen Auszubildenden und 10,1 % beschäftigen zwei. Wenig vertreten sind Studierende, so haben nur 7,0 % der Einrichtungen angegeben, Studierende zu beschäftigen (n = 885).

Über die Hälfte der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen befindet sich in freier Trägerschaft (62,0 %). Die größte Gruppe machen dabei die gemeinnützigen Träger mit 57,6 % aus. 37,7 % der Kindertageseinrichtungen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft (n = 1.093). Auch hier zeigt sich die Ähnlichkeit zur bundesweiten Stichprobe: Laut Statistischem Bundesamt (2016) befinden sich 33 % aller Einrichtungen in öffentlicher und 67 % in freier Trägerschaft.

A2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts

Wenn Einrichtungen entsprechende Maßnahmen zur Prävention und Intervention bei sexualisierter Gewalt gegenüber Mädchen und Jungen ergriffen haben, lag dies in 45,9 % der Fälle an Zielvereinbarungen mit dem Träger bzw. an Vorgaben des Trägers. Am zweithäufigsten wurden gesetzliche Vorgaben (43,8 %) genannt. In immerhin 38,1 % der Einrichtungen gab ein konkreter Vorfall oder Verdachtsfall in der eigenen Einrichtung den Anstoß. Auch ein konkreter Vorfall oder ein Verdachtsfall im Umfeld der Kindertageseinrichtung wird mit 25,0 % als Anlass genannt. Als weitere Anlässe wurden das besondere Engagement einer Einzelperson/Personengruppe in der Einrichtung (20,5 %), Zielvereinbarungen mit bzw. Vorgaben des Jugendamtes (22,7 %), Zielvereinbarungen mit bzw. Vorgaben der Aufsichtsbehörde (15,7 %), Berichterstattung zu sexualisierter Gewalt in den Medien (9,0 %), die Leitlinien des *Runden Tisches* sexueller Kindesmissbrauch bzw. der *Kultusministerkonferenz* (7,0 %) und die Initiative „Kein Raum für Missbrauch“ des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (3,1 %) angeführt. Sonstige Anstöße nannten 4,5 % (n = 669) (vgl. Abbildung A1).

Abbildung A1: Anstoß zur Entwicklung von Schutzkonzepten



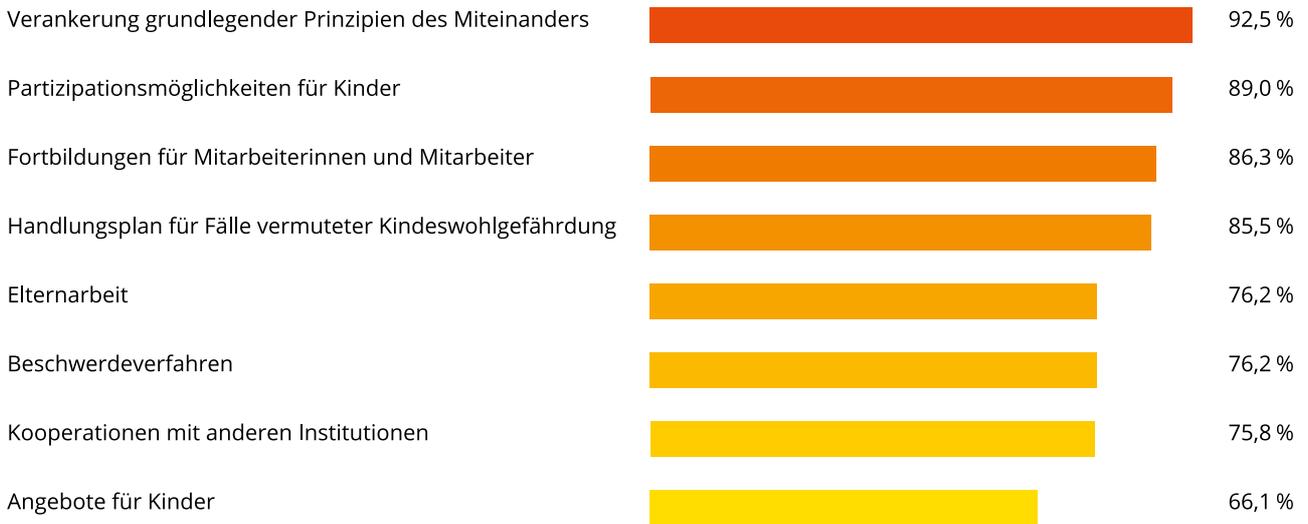
n=668; Fehlende Werte=434
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

A3. Potenzial- und Risikoanalyse

Eine Potenzialanalyse der institutionellen Gegebenheiten und Strukturen geben 21,0 % der Kindertageseinrichtungen an. 72,9 % der Einrichtungen verneinen eine bereits vorliegende Bestandsaufnahme, 8,3 % davon planen, eine solche Analyse innerhalb der nächsten zwölf Monate durchzuführen (n = 1.027).

Insgesamt haben 230 Kindertageseinrichtungen bereits eine Potenzialanalyse durchgeführt. Dabei wurde an erster Stelle die Verankerung grundlegender Prinzipien des Miteinanders (z.B. Respekt, Rücksichtnahme) in der Kita-Ordnung bzw. im Leitbild gesehen (92,5 %). Partizipationsmöglichkeiten für Kinder (89,0 %), Fortbildungen für Mitarbeitende (86,3 %) und der Aspekt des Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung (85,5 %) folgen als häufig betrachtete Aspekte. Nicht ganz so häufig wurden Beschwerdeverfahren und Elternarbeit (76,2 %), Kooperation mit anderen Institutionen (75,8 %) und Angebote für Kinder (66,1 %) (n = 227) genannt (vgl. Abbildung A2).

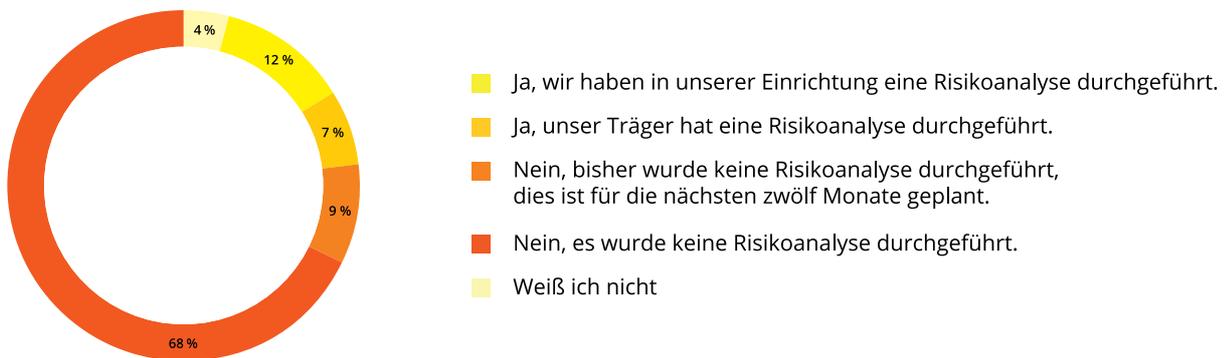
Abbildung A2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden



n=227; Fehlende Werte=875
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Ähnlich oft haben sich Einrichtungen mit möglichen Risiken beschäftigt, die das Ausüben sexualisierter Gewalt innerhalb der Einrichtungen begünstigen können. 208 der befragten Einrichtungen (19,1 %; n = 1.089) berichteten von einer bereits durchgeführten Risikoanalyse. Davon wurden 6,7 % vom Träger und 12,4 % von den Mitarbeitenden der Einrichtung durchgeführt. 76,7 % der Einrichtungen verneinten eine bereits vorliegende Risikoanalyse, 9,1 % der Einrichtungen planen eine solche Analyse jedoch innerhalb der nächsten zwölf Monate (vgl. Abbildung A3).

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



n=1.089; Fehlende Werte=13
Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Bei einer Risikoanalyse wurde am häufigsten betrachtet, ob die Räumlichkeiten die Ausübung sexualisierter Gewalt begünstigen (79,0 %). Dabei wurde auch berücksichtigt, inwieweit die

Kommunikation und der Umgang unter den Kindern die Ausübung von sexueller Gewalt begünstigen (76,9 %) oder bestimmte Situationen sexualisierte Gewalt unter Kindern erleichtern (74,9 %). Analog beschäftigten sich Risikoanalysen teilweise mit der Kommunikation und dem Umgang des Einrichtungspersonals mit den Kindern (74,4 %), mit den Abhängigkeitsverhältnissen unter Kindern als Gefahrenquelle (71,3 %) oder mit besonderen Situationen, die die Ausübung sexualisierter Gewalt durch das Einrichtungspersonal begünstigen könnten (71,3 %). Ferner wurde in Augenschein genommen, ob von sexualisierter Gewalt betroffene Kinder in der Einrichtung eine Ansprechperson finden, die ihnen weiterhelfen kann (69,7 %) und ob besondere Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Einrichtungspersonal und den Kindern die Ausübung sexualisierter Gewalt begünstigen (66,2 %) (n = 195).²³

Insgesamt haben 158 Einrichtungen bei der Durchführung der Risikoanalyse mit mindestens einer externen Stelle zusammengearbeitet. Am häufigsten wurde hier der Einrichtungsträger (71,5 %) genannt. Mit Fachberatungsstellen haben immerhin 110 Einrichtungen bei der Risikoanalyse gearbeitet (69,6 %). Neben Einrichtungsträgern und Fachberatungsstellen wurde stellenweise mit dem Jugendamt (25,3 %) oder mit den Aufsichtsbehörden bzw. dem Landesjugendamt (12,0 %) zusammengearbeitet (n = 158).²⁴

A4. Prävention allgemein

Partizipation stellt einen Bestandteil von Schutzkonzepten mit Blick auf die Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen dar. Fast 90 % der Kindertageseinrichtungen gaben an, Kinder in Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Die Angebote dabei sind vielfältig. Das regelmäßige Erfragen der Zufriedenheit (z.B. mit dem Mittagessen oder Spielangebot) stellt dabei das am häufigsten genutzte Instrument dar (76,8 %). Gremien, in denen Mädchen und Jungen beteiligt sind (64,7 %), Gesprächskreise (14,3 %) sowie die Partizipation in alltäglichen Belangen (5,7 %) wurden als weitere Angebote genannt. 3,9 % der Einrichtungen gaben an, dass sie keine Angebote aufweisen, die Kindern Gehör verschaffen (n = 974).²⁵

Angebote zur Mitbestimmung für Eltern sind durchgängig vorhanden (99,2 %; n = 1.093). Hier sind Elternabende (94,8 %) sowie allgemeine Gremien, in denen Eltern beteiligt sind (93,7 %), am häufigsten in Kindertageseinrichtungen vorhanden. Spezifische Gremien zum Thema *Sexualisierte Gewalt* sind jedoch nur in wenigen (5,9 %) Einrichtungen vorhanden und aktiv.²⁶

In fast allen (93,5 %) Kindertageseinrichtungen werden aus Sicht der Befragten Jungen und Mädchen ermutigt, Kritik zu äußern, auf Probleme aufmerksam zu machen oder Hilfe zu suchen. Überwiegend geschieht dies im Rahmen des Morgenkreises (88,0 %). Auch das tägliche Miteinander (28,2 %),

²³ Mehrfachantworten waren möglich. Da Mehrfachantworten möglich waren, übersteigt die Anzahl der Antworten die tatsächliche Anzahl der Befragten und die Prozentwerte nicht auf 100 % aufsummiert werden. Die Prozentangaben bei Mehrfachnennungen beziehen sich damit immer auf die jeweils tatsächliche Zahl der antwortenden Befragten.

²⁴ Mehrfachantworten waren möglich.

²⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

²⁶ Mehrfachantworten waren möglich.

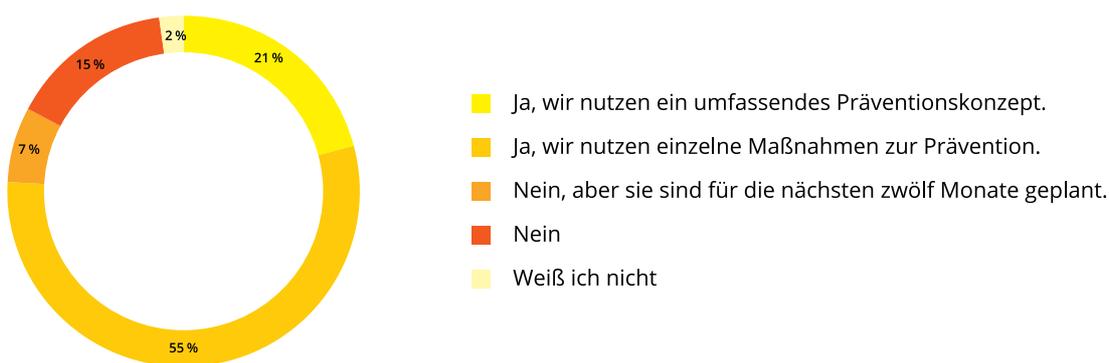
Einzelgespräche (16,7 %) oder andere, weitere Gesprächskreise (11,0 %) werden in Kindertageseinrichtungen als Gelegenheiten gesehen, um Kinder dabei zu ermutigen (n = 1.030).²⁷

Neben der allgemeinen Partizipation werden auch generelle Beschwerdeverfahren, wenn auch als unspezifischer Bestandteil von Schutzkonzepten, als wichtiger gesehen. Ein geregeltes generelles Beschwerdeverfahren für Eltern haben 75,1 % der Kindertageseinrichtungen. 24,9 % verneinen ein solches, 10,1 % der Einrichtungen planen jedoch, in den nächsten zwölf Monaten ein solches einzuführen (n = 1.092). In den Einrichtungen, in denen ein geregeltes Beschwerdeverfahren vorhanden ist, gab es in 26,9 % keine Beschwerden im letzten Jahr. Insgesamt wurde von 1.834 Beschwerden aus 449 Kindertageseinrichtungen berichtet, durchschnittlich also drei Beschwerden pro Einrichtung. Eine Einrichtung musste sich sogar mit 32 Beschwerden von Eltern im letzten Jahr auseinandersetzen (n = 614).

A5. Prävention sexualisierter Gewalt

Um den Schutz von Mädchen und Jungen vor sexualisierter Gewalt zu stärken, können einzelne präventive Maßnahmen zu einem umfassenden Präventionskonzept zusammengeführt werden. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (55,6 %) nutzt einzelne Maßnahmen zur Prävention und 21,1 % der Einrichtungen geben an, über ein umfassendes Präventionskonzept zu verfügen. Knapp ein Viertel der befragten Einrichtungen (22,7 %) verneinen bislang Präventionsansätze, bei 7,3 % sind solche jedoch für die nächsten zwölf Monate geplant (n = 1.070) (vgl. Abbildung A4).

Abbildung A4: Ansätze zur Prävention „Sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“



n=1.087; Fehlende Werte=15
Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Alles in allem beurteilen die befragten Personen die Möglichkeit ihrer Einrichtung zur Prävention sexualisierter Gewalt vonseiten des Personals gegen Kinder als gut (M = 4,2;²⁸ n = 1.031).²⁹ Auch die

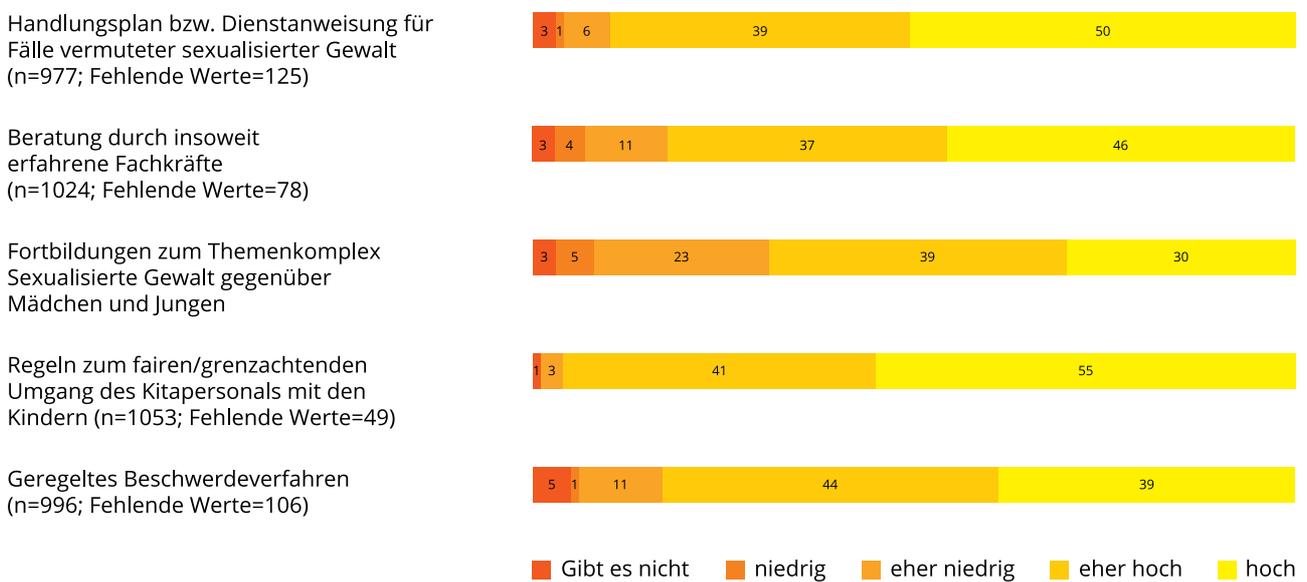
²⁷ Mehrfachantworten waren möglich.

²⁸ M ist die Abkürzung für den Mittelwert.

Möglichkeit zur Prävention sexualisierter Gewalt unter Kindern wird als gut bewertet (M = 3,97; n = 1.000). Die Möglichkeit der Einrichtung zur Prävention sexualisierter Gewalt in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld wird jedoch als mittelmäßig beschrieben (M = 3,23; n = 793).

Wird der selbst eingeschätzte Umsetzungsgrad der fünf Elemente des Schutzkonzepts angegeben, so wird dieser für jedes einzelne Element jeweils von einer großen Mehrheit der Einrichtungen als „eher hoch“ oder „hoch“ beschrieben (vgl. Abbildung A5). Insgesamt 45,7 % der Einrichtungen schreiben sich bei allen fünf Elementen einen „eher hohen“ und bzw. oder „hohen“ Umsetzungsstand zu.

Abbildung A5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in den Kindertageseinrichtungen³⁰



Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Prozentangaben gerundet.

Angaben in %

Bei einem bestehenden geregelten Beschwerdeverfahren wird dies in aller Regel auch für Fälle sexualisierter Gewalt innerhalb der Einrichtung als geeignet angesehen. So geben 70,5 % der Einrichtungen an, dass das Beschwerdeverfahren auch für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht ist. In 23,4 % der Einrichtungen ist dies nicht der Fall und 6,1 % der Befragten sind sich nicht sicher (n = 806).

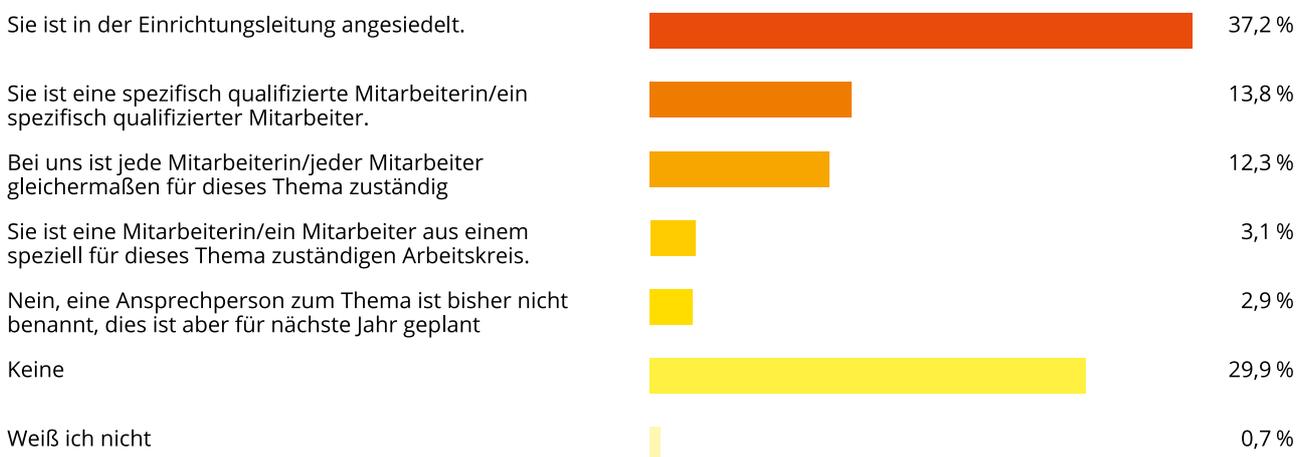
Interne Ansprechpersonen für Beschäftigte zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern“ sind in jeder zweiten Kindertageseinrichtung vorhanden (54,1 %). Dabei ist die Ansprechperson in 37,2 % in der Einrichtungsleitung angesiedelt. In 13,8 % der Einrichtungen handelt es sich um eine spezifisch qualifizierte Mitarbeiterin oder einen spezifisch qualifizierten Mitarbeiter oder um eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter aus einem speziell für dieses Thema zuständigen Arbeitskreis (3,1 %). In 12,3 % der Einrichtungen gibt es keine spezielle Ansprechperson, sondern jede Mitarbeiterin und jeder

²⁹ Hier konnten die Teilnehmenden auf einer (Likert-)Skala zwischen sehr schlecht, schlecht, mittelmäßig, gut und sehr gut wählen.

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

Mitarbeiter werden gleichermaßen dafür als zuständig und geeignet angesehen. In rund einem Drittel der Einrichtungen sind keine Ansprechpersonen benannt (29,9 %; n = 1.072) (vgl. Abbildung A6).

Abbildung A6: Interne Ansprechperson für die Beschäftigten zum Thema sexualisierte Gewalt



n=1.072; Fehlende Werte=30
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Sind externe Ansprechpersonen für Beschäftigte benannt, so sind diese oftmals in einer Fachberatungsstelle angesiedelt (66,7 %). Auch an Ansprechpersonen aus dem Jugendamt können sich 60,3 % der Einrichtungen wenden bzw. beim Träger (50,9 %). Andere, externe Ansprechpersonen benannten 7,5 % der Einrichtungen. 6,7 % der Einrichtungen haben keine externe Ansprechperson (n = 1.003).³¹

Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals können durch Fortbildungen ermöglicht werden. Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern“ wurden in fast allen Kindertageseinrichtungen angeboten (80,6 %). Am häufigsten nahmen das pädagogische Personal (88,2 %) und die Kita-Leitungen (79,2 %) an Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern“ teil, 21,4 % des Personals der Verwaltung sowie des technischen Bereichs und 18,1 % des ehrenamtlichen Personals (n = 888).

Viele dieser Fortbildungen wurden von einer Fachberatungsstelle durchgeführt (57,9 %). Als zweithäufigster Anbieter wurde der Träger der Einrichtung genannt (35,3 %). Fortbildungen der Aufsichtsbehörde bzw. des Landesjugendamtes (9,7 %), des Jugendamtes (22,0 %) oder anderer Fortbildungsinstitute (5,1 %) wurden weniger häufig besucht. Fortbildungsangebote von sonstigen Anbietern wurden in 19,4 % der Einrichtungen genutzt (n = 828) (vgl. Abbildung A7).

³¹ Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung A7: Anbieter der Fortbildungen

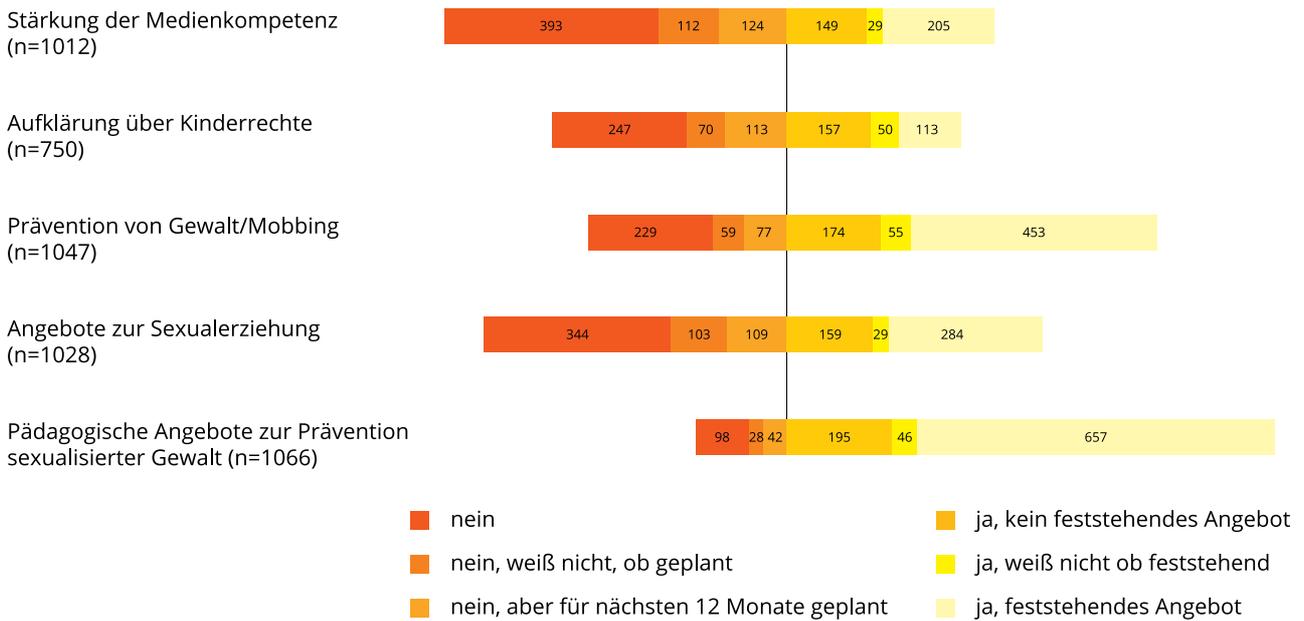


n=828; Fehlende Werte=274
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Auch Informationsangebote zu verschiedenen Themen können dabei helfen, Prävention zu gewährleisten, indem Kinder gestärkt und aufgeklärt werden. In der Untersuchung wurden Informationsangebote zu fünf Themen abgefragt: Medienkompetenz, Kinderrechte, Gewalt/Mobbing, Sexualerziehung und Pädagogische Angebote. Dabei wurde zwischen allgemeiner und Prävention sexualisierter Gewalt unterschieden. Aus 383 Kindertageseinrichtungen wurden Aufklärungs- und Informationsangebote zur *Stärkung der Medienkompetenz* berichtet (34,9 %). Weitere 24,0 % der Einrichtungen planen für die nächsten zwölf Monate Angebote, um die Medienkompetenz von Kindern zu stärken (n = 1.097). Über ihre Rechte werden Kinder durch Informationsangebote in über der Hälfte der Einrichtungen (54,3 %) aufgeklärt. 39,4 % der Einrichtungen verneinen bislang Informationsangebote zu diesem Thema, 31,4 % dieser Einrichtungen planen jedoch ein solches Angebot in den nächsten zwölf Monaten einzusetzen (n = 1.099). Ähnlich sieht es beim Thema *Gewalt* bzw. *Mobbing* aus. Hier haben 62,2 % der Einrichtungen Angebote für Mädchen und Jungen; 25,2 % verfügen über keine Angebote, planen dies aber für die nächsten zwölf Monate (n = 1.098).

Ein weiteres wichtiges Thema, über das Mädchen und Jungen aufgeklärt werden sollten, ist die *Sexualerziehung*. Angebote dazu sind in 43,2 % der Einrichtungen vorhanden, 24,1 % aller Einrichtungen planen dieses Angebot für die nächsten zwölf Monate (n = 1.096). Pädagogische Angebote, die Kinder speziell über die Prävention sexualisierter Gewalt informieren, sind in 81,7 % der Einrichtungen vorhanden. 30 % der Einrichtungen, die nicht über solche Angebote verfügen, planen dies für die nächsten zwölf Monate (n = 1.101). Im Vergleich zu Angeboten allgemeiner Prävention sind pädagogische Angebote zur Prävention sexualisierter Gewalt ähnlich oft in Kindertageseinrichtungen vorhanden (vgl. Abbildung A8).

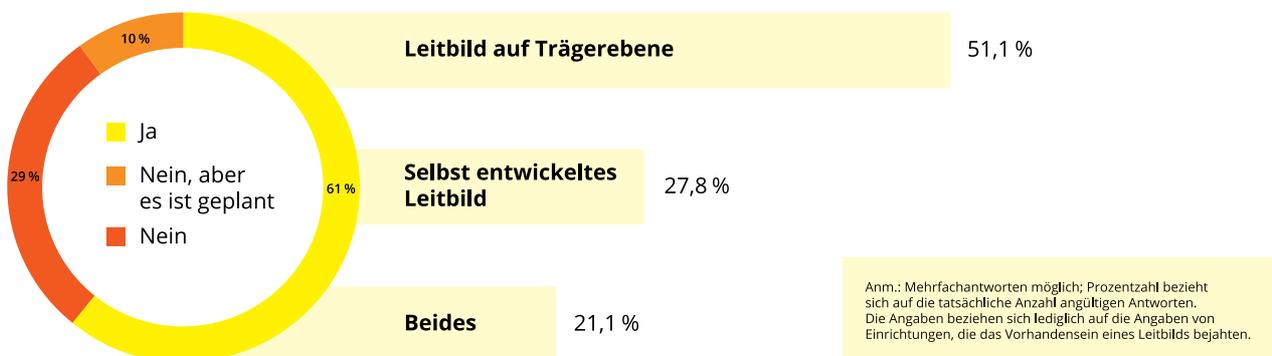
Abbildung A8: Aufklärungs- und Informationsangebote für Mädchen und Jungen im letzten Jahr



Anm.: Angaben in absoluten Häufigkeiten; Angaben zu "weiß ich nicht" sind nicht in Abbildung berücksichtigt

Die Forderung, im Rahmen der Entwicklung von Schutzkonzepten *Leitbilder* zu formulieren, scheint in den Kindertagesstätten auf relativ hohe Resonanz zu stoßen. 61 % benennen ein Leitbild, das Aspekte zum Schutz von Mädchen und Jugend vor sexualisierter Gewalt enthält. Dabei haben 27,8 % der Einrichtungen, die ein Leitbild zum Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt vorweisen, dieses selbst entwickelt. 51,1 % der Einrichtungen mit einem solchen Leitbild verfügen über ein Leitbild auf Trägerebene (n = 1.074). 29 % aller Einrichtungen verfügen über kein Leitbild, 10 % der Einrichtungen ohne Leitbild planen ein solches jedoch für die nächsten zwölf Monate (vgl. Abbildung A9).

Abbildung A9: Vorhandensein eines Leitbildes der Einrichtung – Aspekte zum Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt



n=1.074; Fehlende Werte=28
 Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Schriftlich niedergelegte *Verhaltensregeln* dienen als Bestandteil von Schutzkonzepten der Sensibilisierung in Einrichtungen und sollen die Rechte von Kindern stärken. Über die Hälfte der befragten Einrichtungen (63,3 %) verfügen nach ihren Angaben über einen Verhaltenskodex. Gut ein Viertel (27,7 %) haben keine solchen Regeln schriftlich niedergelegt. 9,0 % der Einrichtungen planen, in den nächsten zwölf Monaten einen Verhaltenskodex zu entwickeln (n = 1087). Sind *Verhaltensregeln* in Einrichtungen vorhanden, enthalten diese in 72,6 % der Fälle Vorgaben, die dem Schutz von Mädchen und Jungen vor sexualisierter Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienen sollen. Fast genauso viele Einrichtungen mit Verhaltensregeln (69,8 %) verfügen über solche Vorgaben, die Aspekte zum Schutz von Mädchen und Jungen vor sexualisierter Gewalt untereinander beinhalten. Regeln, welche die Schamgrenzen der Mitarbeitenden schützen, sind zur Hälfte (51,8 %) im Verhaltenskodex der Einrichtungen aufgeführt (n = 655).

Zur Frage, wie vorhandene Verhaltensregeln bekannt gemacht werden, wurden verschiedene Wege benannt: zum einen die Thematisierung im Kita-Alltag (79,4 %), zum anderen im Rahmen des Einarbeitungsprozesses bei neuen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern (66,8 %). Oftmals werden Verhaltensregeln in Teambesprechungen oder internen Fortbildungen verteilt (59,0 %). Internetseiten (7,8 %) und Broschüren bzw. Aushänge (29,4 %) dienen als weitere Plattform, um Verhaltensregeln bekannt zu machen. Während der Projekttag (34,1 %) werden ebenfalls Verhaltensregeln thematisiert. 40,1 % der Einrichtungen mit Verhaltensregeln händigen diese an Kinder aus, die neu in die Einrichtung kommen. In 30,6 % dieser Einrichtungen werden Verhaltensregeln an Elternabenden verteilt (n = 656)³² (vgl. Abbildung A10).

Abbildung A10: Thematisierung erstellter Verhaltensregeln



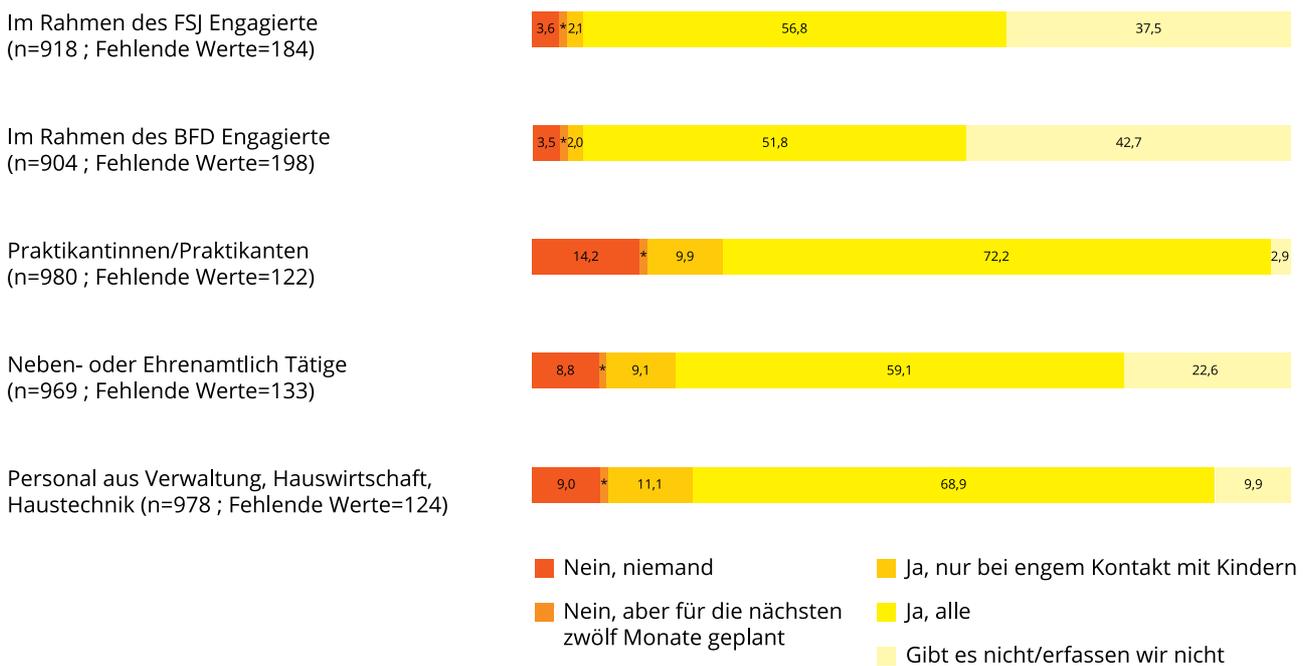
n=656; Fehlende Werte=446
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

³² Mehrfachantworten waren möglich. Die Werte beziehen sich auf die Angaben von Personen, die die Verhaltensregeln bereits bekannt machen.

Um dem Personal der Kindertageseinrichtung die Wichtigkeit von Schutzkonzepten und Prävention vor sexualisierter Gewalt näherzubringen, kann das Thema in Bewerbungsgesprächen angesprochen werden. Die meisten Einrichtungen gaben jedoch an, den Schutz von Mädchen und Jungen vor sexualisierter Gewalt selten (38,2 %) oder nie (36,2%) in diesem Kontext zu thematisieren. Lediglich 15,1 % bringen das Thema obligatorisch ins Bewerbungsgespräch ein. Die Personalverantwortung bezieht sich dabei nicht nur auf pädagogisches, sondern auch auf nicht pädagogisches Personal (n = 1.019).

Ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis ist ein weiterer Präventions-Baustein. In gut drei Vierteln der Einrichtungen (68,9 %) muss das Personal aus Verwaltung, Hauswirtschaft und Haustechnik ein Führungszeugnis vorlegen, selbst wenn die tägliche Arbeit keinen engen Kontakt zu Kindern vorsieht (n = 978). Neben- oder ehrenamtlich Tätige (59,1 %), Praktikantinnen und Praktikanten (72,2 %), Engagierte im Rahmen des BFD (51,8 %) sowie Engagierte im Rahmen eines FSJ (56,8 %) müssen dies ebenso häufig vorweisen (vgl. Abbildung A11).

Abbildung A11: Personengruppen, die über das pädagogische/psychologische Personal hinaus ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen



Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.
 * "Nein, aber für die nächsten zwölf Monate geplant" liegt zwischen 0-1%

Angaben in %

A6. Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt

Ein Handlungsplan (auch Notfallplan, Interventionskonzept u.Ä.) enthält ein gestuftes Konzept mit Orientierungshilfen zu Maßnahmen der Intervention bei Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt.

Abbildung A12 ist zu entnehmen, dass insgesamt 84,2 % der Einrichtungen einen Handlungsplan für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung haben. 14,6 % haben keinen, jedoch 6,0 % dieser Einrichtungen planen, diesen innerhalb der nächsten 12 Monate zu erstellen (n = 1.098).

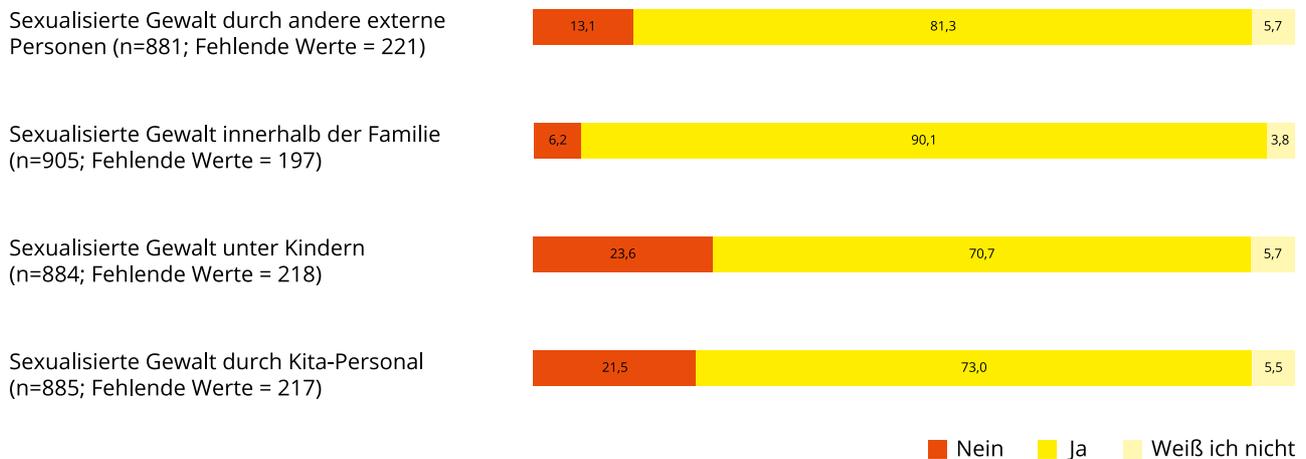
Abbildung A12: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung



n=1.098 ; Fehlende Werte=4
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten, Prozentangaben sind gerundet.

Abbildung A13 macht deutlich: Ist ein Handlungsplan vorhanden, so können verschiedene Fallkonstellationen berücksichtigt werden. Am häufigsten gehen Handlungspläne auf den Umgang mit Anhaltspunkten für sexualisierte Gewalt innerhalb der Familie ein (90,1 %; n = 905). Aber auch sexualisierte Gewalt durch andere externe Personen (81,3 %; n = 881), Kita-Personal (73,0 %; n = 885) sowie unter Kindern (70,7 %; n = 884) finden Beachtung in den Handlungsplänen. Entsprechend dem Selbstbericht der Einrichtungen gehen 42,65 % der Handlungspläne auf alle diese Fallkonstellationen ein.

Abbildung A13: Fallkonstellationen, die im Rahmen des Handlungsplans berücksichtigt werden (in Prozent)³²



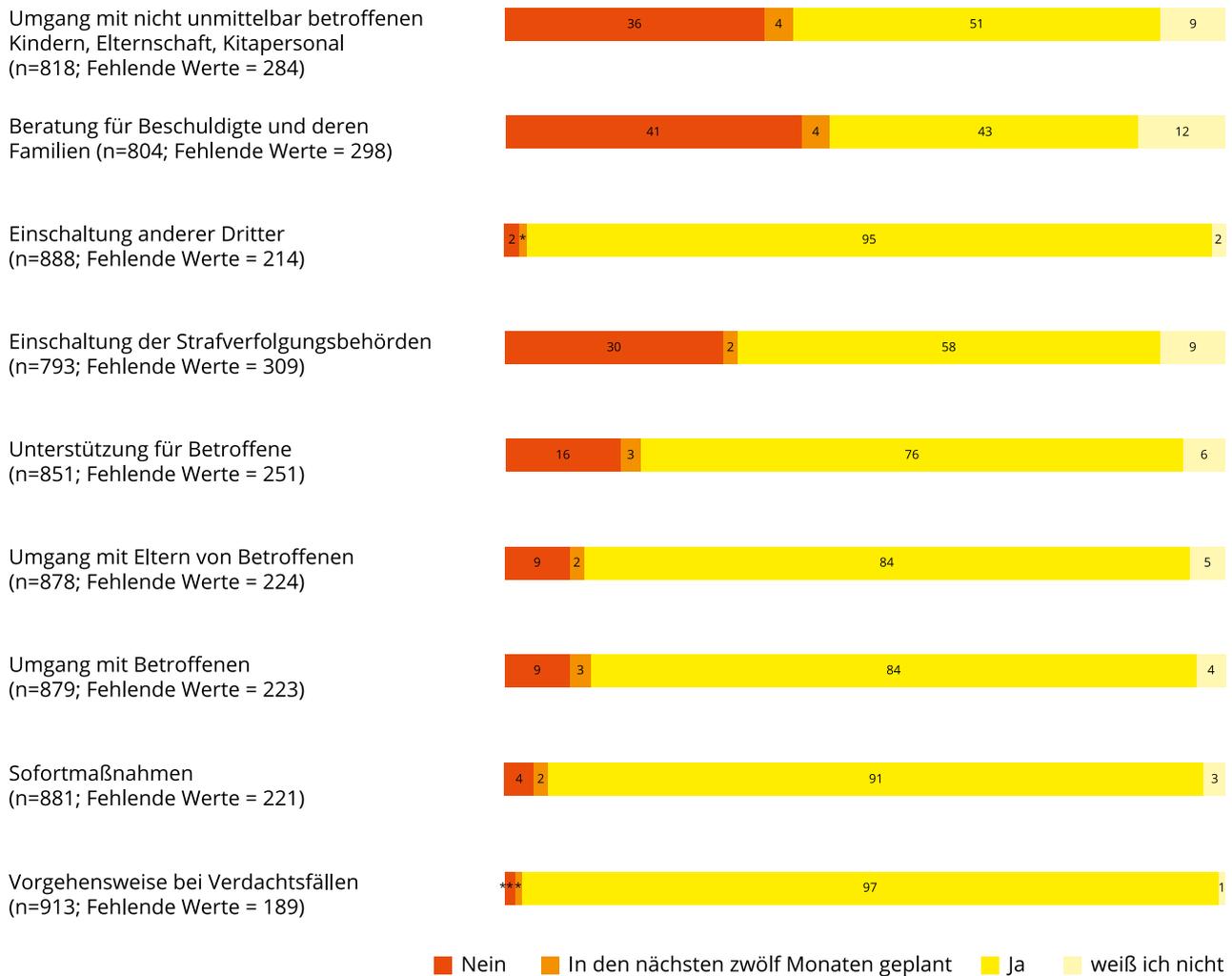
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

Die Aspekte fachlichen Handelns, zu denen Pläne eine Orientierung bieten können, sind vielfältig (vgl. Abbildung A14): Einen Überblick über das Vorgehen bei Verdachtsfällen enthalten nahezu alle Handlungspläne (97,2 %; n = 913). Auch die Dokumentation (95,2 %; n = 894) und der Einbezug Dritter (95,0 %; n = 878) wurden nahezu durchgängig als Aspekte genannt, auf die im Handlungsplan eingegangen wird. Nicht mehr ganz so durchgängig, aber immer noch in der Mehrheit der Handlungspläne, wird der Umgang mit Eltern von Betroffenen (83,7 %; n = 878) und von den Betroffenen selbst genannt (83,7 %; n = 879). Ebenfalls häufig im Handlungsplan vorhanden sind Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene (75,6 %; n = 851), Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden (57,9 %; n = 793) sowie der Aspekt der Beratung für Beschuldigte und deren Familien (43,4 %; n = 804).

³³ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

Abbildung A14: Aspekte, zu denen ein Handlungsplan Orientierung bietet³⁴



Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.
 Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Prozentangaben gerundet.
 * "In den nächsten zwölf Monaten geplant" liegt bei ungefähr 1%
 ** "Nein" und "in den nächsten zwölf Monaten geplant" liegt zwischen 0-1%

Angaben in %

In 14,9 % der Einrichtungen wurde der Handlungsplan schon mehrmals eingesetzt und in 23,6 % der Fälle einmal. Über die Hälfte aller Einrichtungen (57,4 %) hat den Handlungsplan noch nicht eingesetzt (n = 915). Die Sinnhaftigkeit von Handlungsplänen lässt sich auch daran messen, wie diese im Nachhinein von den Mitarbeitenden beurteilt werden, in deren Einrichtungen ein Fall möglicher sexueller Gewalt damit bearbeitet wurde. Im Durchschnitt wurde der Handlungsplan dabei als ziemlich hilfreich empfunden (1,85), wobei die Bewertungsspanne von sehr hilfreich bis zu gar nicht hilfreich variierte. 94,3 % der Befragten bewerteten den Handlungsplan jedoch im Bereich von sehr hilfreich bis hilfreich. Als gar nicht hilfreich wurde er nur in 0,3 % eingeschätzt (n = 350).

Unabhängig von einem Handlungsplan kann die Frage, ob Ansprechpersonen für Fälle mit Anhaltspunkten für sexualisierte Gewalt benannt sind, die Reaktionsweisen von Einrichtungen

³⁴ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

beeinflussen. Knapp 70 % der Kindertageseinrichtungen haben eine Ansprechperson (n = 750) benannt, an die sich Eltern, deren Kindern sexualisierte Gewalt erlebt haben, wenden können. 30 % verfügen bislang über keine Ansprechperson. Jedoch haben 5,0 % der Kindertageseinrichtungen, die noch keine Ansprechperson haben, vor, eine solche in den nächsten zwölf Monaten zu benennen. Bei Einrichtungen, die bereits Ansprechpersonen benannt haben, befindet sich die Ansprechperson am häufigsten an einer externen Stelle (z.B. bei der Aufsichtsbehörde, Landesjugendamt, Jugendamt, Fachberatungsstelle, Obhutsperson) (62,4 %). Fast genauso häufig befindet sich die Ansprechperson direkt in der Einrichtung (59,9 %). Auf Trägerebene befinden sich 43,2 % der Ansprechpersonen. 32,21 % der Einrichtungen haben zwei oder mehrere Ansprechpersonen benannt.³⁵

In 46 der Kindertageseinrichtungen wurden Ansprechpersonen mehrmals in Anspruch genommen (6,2 % der Einrichtungen mit Ansprechpersonen), einmal in 112 Einrichtungen (15,2 % der Einrichtungen mit Ansprechpersonen) und in 481 Einrichtungen wurde die Ansprechperson bislang noch nicht kontaktiert (65,1 % der Einrichtungen mit Ansprechpersonen) (n = 739).

A7. Kooperation

Viele Kindertageseinrichtungen (85,9 %) berichten im Hinblick auf sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern von einer Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen und Fachpersonen (n = 947) (vgl. Tabelle 5). Die rechtlich in § 8a SGB VIII verankerte Zusammenarbeit mit Jugendämtern wird dabei am häufigsten genannt (84,5 %). Erziehungsberatungsstellen werden von 68,5 % der Einrichtungen als Kooperationspartner benannt, ebenso Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt (56,8 %) und Gesundheitsämter (49,6 %). In rund einem Drittel der Kindertageseinrichtungen wird mit Sozialämtern (32,4 %), Schulen (38,2 %), Polizei (37,8 %) und niedergelassenen Kinderarztpraxen (39,4%) zusammengearbeitet. Frauenhäuser/Frauzentren (22,8 %) und niedergelassene Psychotherapeutische Praxen (23,9 %) werden von jeder fünften Einrichtung als kooperierende Institution bzw. Personengruppe genannt. 18,7 % der Kindertageseinrichtungen geben als Kooperationspartner Kinder- und Jugendpsychiatrien an. Kooperationsbeziehungen zu Aufsichtsbehörden (37,1%) und Familiengerichten (22,3%) werden teilweise angeführt; diese sind durch rechtliche Pflichten geprägt und reichen über den Bereich der Freiwilligkeit hinaus. Andere, in der bisherigen Aufzählung nicht enthaltene Institutionen bzw. Personengruppen werden als Kooperationspartner nur selten genannt (6 %).

Die vorhandenen Kooperationsbeziehungen werden im Allgemeinen als gut bis durchschnittlich bewertet.³⁶ Dabei wurden alle Noten von 1 bis 6 vergeben. Die Zusammenarbeit mit Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt wird mit einer durchschnittlichen Note von 1,74 am besten bewertet, gefolgt von Erziehungsberatungsstellen mit 1,81. Am wenigsten gut bewertet werden Familiengerichte mit einer durchschnittlichen Note von 3,36. Auch Kinderärztinnen und Kinderärzte landen im durchschnittlichen Bereich mit 2,83.

³⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

³⁶ Hier konnten Schulnoten von 1 bis 6 vergeben werden.

Tabelle 5: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Kindertageseinrichtungen (in Schulnoten)

	Kooperation vorhanden (in %)	Note 1 (sehr gut)	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6 (sehr schlecht)	Anzahl an gültigen Angaben (n)	Durchschnittliche Note
Aufsichtsbehörde	37,1 %	62	118	76	19	11	12	298	2,5
Jugendämter/ASD	84,5 %	188	313	177	48	32	12	770	2,3
Familiengerichte	22,3 %	9	31	45	19	15	16	135	3,4
Gesundheitsämter	49,6 %	115	178	76	23	11	12	415	2,2
Sozialämter	32,4 %	45	110	56	18	12	11	252	2,5
Schulen	38,2 %	111	144	70	23	6	8	362	2,2
Polizei	37,8 %	95	157	43	11	12	9	327	2,1
Erziehungsberatungsstellen	68,5 %	245	239	82	13	2	5	586	1,8
Frauenhäuser/-zentren	22,8 %	38	63	24	12	4	16	157	2,6
Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt	56,8 %	214	177	27	9	5	10	442	1,7
Niedergelassene Kinderärzt/innen	39,4 %	49	105	78	55	19	18	324	2,8
Niedergelassene Psychotherapeut/innen	23,9 %	39	73	43	14	14	16	199	2,7
Kinder- und Jugendpsychiatrien	18,7 %	38	57	33	15	15	19	177	2,8
Andere Institutionen	10,2 %								

n = 947; Fehlende Werte = 155

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

Bei der (getrennt für die verschiedenen Elemente des Schutzkonzepts gestellten) Frage bezüglich von *Beschwerdeverfahren*, ob und inwieweit bei der Entwicklung und Umsetzung Kooperationen eine Rolle gespielt haben, berichten 64,8 % der Einrichtungen von einer Zusammenarbeit mit externen Stellen (n = 1.063), 25,6 % der Kindertagesstätten jedoch verneinen an dieser Stelle eine Zusammenarbeit und 9,6 % haben kein Beschwerdeverfahren etabliert. Die Anzahl der Kindertagesstätten, die angeben, sie würden noch nicht über ein geregeltes Beschwerdeverfahren verfügen, fällt hier geringer aus als im Abschnitt A4. Möglicherweise haben hier, wie auch bei den nachfolgenden Ansätzen dieses Abschnittes, Befragte, deren Kindertagesstätte noch nicht über das betreffende Element eines Schutzkonzeptes verfügte, die Frage überproportional häufig übersprungen. Bei angegebener Kooperation werden in 78,3 % der Fälle der Träger genannt, ebenso Fachberatungsstellen (50,9 %) und das Jugendamt (29,5 %). Kooperationen mit Aufsichtsbehörden (11,9 %) oder anderen Institutionen (7,7 %) werden weniger häufig genannt (n = 687).³⁷

Bezüglich der Entwicklung und Implementierung eines *Leitbilds* gaben 71,5 % der Einrichtungen an, mit externen Stellen zusammenzuarbeiten (n = 1.066), 22,7 % gaben keine Zusammenarbeit an und 5,8 % haben kein Leitbild. Bei der Weiterentwicklung des Leitbilds stehen die Träger (86,4 %) als Kooperationspartner an erster Stelle gefolgt von den Fachberatungsstellen (49,4 %). Beim Leitbild spielen die Aufsichtsbehörde (7,9 %) und das Jugendamt (16,4 %) nur eine geringe Rolle (n = 760).³⁸

Ähnlich sieht es bei der Ausformulierung und Implementation von *Regeln zum fairen bzw. grenzachtenden Umgang* aus. Hier haben 66,5 % kooperiert, 27,9 % hatten keine Kooperation und 5,6 % verneinen einen vorhandenen Verhaltenskodex zum fairen bzw. grenzachtenden Umgang (n = 1.040). Träger (75,8 %) und Fachberatungsstellen (52,4 %) gehören auch bei der Weiterentwicklung von Regeln zu den wichtigsten Kooperationspartnern. Aufsichtsbehörden (8,3 %) und Jugendamt (21,5 %) spielen auch hier eine untergeordnete Rolle (n = 689).³⁹

In Bezug auf die Entwicklung und die Durchführung von *Fortbildungen zum Thema Sexualisierte Gewalt* werden für mehr als vier Fünftel der Einrichtungen externe Kooperationspartner genannt (77,9%). 15,5 % arbeiten nicht mit externen Stellen zusammen. 6,6 % geben an, keine Fortbildungen zu diesem Themenkomplex zu haben (n = 1.055). Fachberatungsstellen (64,4 %) stellen die häufigsten Kooperationspartner für Fortbildungen dar. Jedoch bieten auch die Träger (53,5 %) Unterstützung bei Fortbildungen zum Thema *Sexualisierte Gewalt* an (n = 881).⁴⁰

Bei der Entwicklung bzw. Durchführung von *Angeboten zur Stärkung von Mädchen und Jungen* arbeiten 64,4 % mit externen Stellen zusammen (n = 1.022), 28,8 % berichten an dieser Stelle von keiner Kooperation. Auch hier geben 6,8 % an, dass sie solche Angebote innerhalb ihrer Einrichtung nicht anbieten. Bei bestehender Kooperation werden Fachberatungsstellen (62,5 %) und Träger (46,7 %) als häufigste Kooperationspartner genannt. Das Jugendamt nennen nur 23,3 % (n = 643).⁴¹

Informationsangebote werden in 68,5 % der Kindertageseinrichtungen mit Unterstützung von externen Stellen entwickelt bzw. angeboten, in 25,5 % ohne Unterstützung und in 6,0 % gar nicht (n = 1.022). Zur

³⁷ Mehrfachantworten waren möglich.

³⁸ Mehrfachantworten waren möglich.

³⁹ Mehrfachantworten waren möglich.

⁴⁰ Mehrfachantworten waren möglich.

⁴¹ Mehrfachantworten waren möglich.

Unterstützung werden vor allem Fachberatungsstellen (64,8 %) und der Träger (48,0 %) herangezogen, aber auch das Jugendamt (30,9 %) (n = 685).⁴²

Bei der Weiterentwicklung bzw. Umsetzung von *Handlungsplänen für Fälle vermuteter sexualisierter Gewalt* kooperieren 77,0 % mit einer externen Stelle, 16,0 % entwickeln (n = 1.043 Handlungspläne ohne Unterstützung weiter fort. 7,0 % der Einrichtungen geben an, dass sie keinen Handlungsplan haben. Als Kooperationspartner werden hier fast gleich oft das Jugendamt (50,7 %), die Fachberatungsstellen (55,6 %) und der eigene Träger (66,7 %) genannt (n = 799).

Jenseits der Elemente von Schutzkonzepten wurde auch nach Kooperationen bei der Durchführung von *Gefährdungseinschätzungen* in Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt gefragt. Hier holten sich 73,1 % der Einrichtungen Unterstützung bei externen Stellen, 15,9 % erarbeiteten selbst Gefährdungseinschätzungen und 11,0 % sahen sich eher nicht in der Lage, Gefährdungseinschätzungen bei Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt durchzuführen oder empfanden dies nicht als ihre Aufgabe (n = 1.036). Auch bei der Gefährdungseinschätzung werden fast gleich oft Jugendamt (53,5 %, Fachberatungsstellen (58,3 %) und Träger (65,4 %) als Kooperationspartner genannt⁴³ (n = 748).

A8. Unterstützungsbedarfe

Beim angegebenen weiteren Unterstützungsbedarf zum Thema *Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern* lassen sich die Befragten in zwei annähernd gleich große Gruppen einteilen. 44,1 % sehen weiteren Unterstützungsbedarf, 50,1 % jedoch sehen keinen weiteren Bedarf (n = 1.078).

Die Einrichtungen, die sich weitere Unterstützung wünschen, sehen an erster Stelle einen Bedarf an Informationsmaterial für Eltern (86,6 %). Daneben sind Informationsmaterial für Erzieherinnen und Erzieher (82,1 %) sowie Informationsmaterial für Kinder (78,0 %) häufig genannte Unterstützungswünsche. Etwas seltener genannt werden Leitfäden für Elterngespräche mit Betroffenen (62,0 %) sowie Fortbildungen und Informationsveranstaltungen zum Themenkomplex Prävention und Intervention (59,7 %) sowie zum Thema sexualisierte Gewalt unter Kindern (57,1 %). Nahezu gleich interessant für Einrichtungen sind Vorlagen für Risikoanalysen, Handlungspläne oder Verhaltenskodexe. Immerhin 54,8 % der Einrichtungen wünschen sich Unterstützung in diesen Bereichen (n = 469).⁴⁴

Aber auch andere Fortbildungsthemen und Informationsveranstaltungen sind von Interesse. So wünschen sich 54,2 % der Einrichtungen solche Angebote zu den Themen Kinderrechte, Stärkung von Selbstbehauptungskräften und Förderung von Partizipation, bzw. 46,7 % zu rechtlichen Fragestellungen und 40,9 % zum Thema Sexualisierte Gewalt und Medien. Für einen Teil der Einrichtungen scheinen weiterführende Informationen wichtig, die der themenbezogenen Außendarstellung und Kooperation dienen. So wünschen sich 47,8 % weitere Unterstützung im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, fachlich

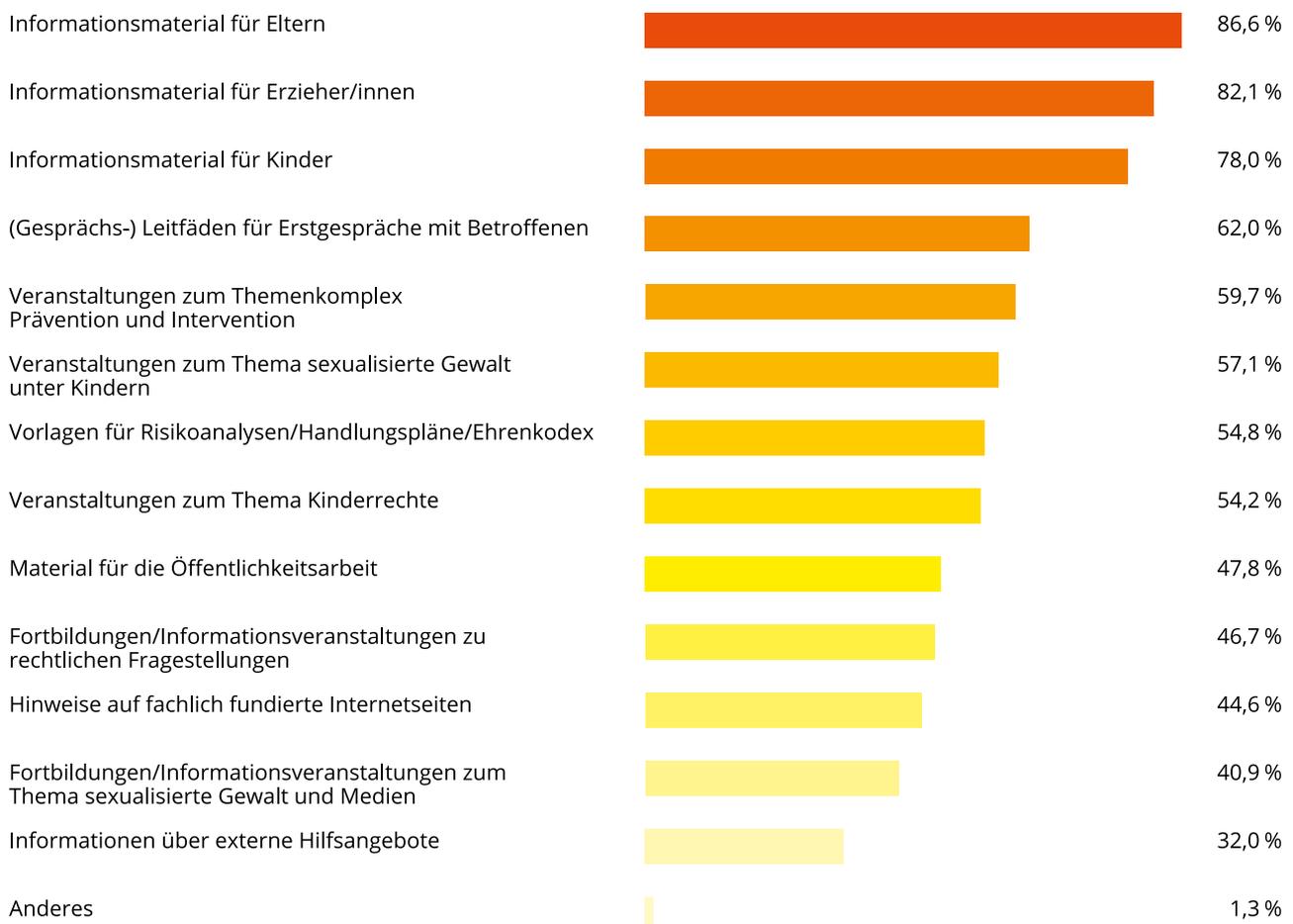
⁴² Mehrfachantworten waren möglich.

⁴³ Mehrfachantworten waren möglich.

⁴⁴ Mehrfachantworten waren möglich.

fundierte Internetseiten (44,6 %) und Informationen über externe Hilfsangebote (32,0 %; n = 469) (vgl. Abbildung A15).

Abbildung A15: Weitere Unterstützungsbedarfe



n=469; Fehlende Werte=633
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Bei der Frage nach der Wichtigkeit von Ressourcen und Rahmenbedingungen, damit Kindertageseinrichtungen Konzepte zum Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt umsetzen können, wurden alle sieben vorgegebenen Kategorien als wichtig bzw. eher wichtig betrachtet.⁴⁵ Dies gilt für Fortbildungen zum Thema „Schutz vor sexualisierter Gewalt“ (M = 1,40; n = 456) und zum Thema „Sexualpädagogik (M = 1,56; n = 445), die Integration des Themas als verbindliches Modul in die Erzieher/-innenausbildung (M = 1,24; n = 446), Verbindliche Richtlinien zur Sexualpädagogik in Kindertageseinrichtungen (M = 1,61; n = 447), die Gelegenheit zu gemeinsamer Reflexion eines angemessenen pädagogischen Umgangs mit Nähe und Distanz (M = 1,41; n = 438), zeitliche Ressourcen für die Entwicklung eines Konzepts zum Schutz vor sexualisierter Gewalt (M = 1,28; n = 452) sowie

⁴⁵ Hier konnten die Befragten auf einer 4-Punkt Skala mit den Polen „sehr wichtig“ (=1) und „unwichtig“ (=4) wählen.

finanzielle Ressourcen für Fortbildungen, Projekte, Beratungsangebote und Supervision speziell zum Thema (M = 1,35; n = 448).

Einrichtungen, in denen eine Risikoanalyse auf Trägerebene durchgeführt wurde, gaben zu 63,0 % an, dass keine weitere Unterstützung zu benötigen. Über die Hälfte der Einrichtungen mit selbst initiiertes Risikoanalyse, sehen keinen weiteren Unterstützungsbedarf (52,6 %). Jedoch wird in 51,4 % der Einrichtungen ohne (geplante) Risikoanalyse weiterer Unterstützungsbedarf gesehen ($p^{46} < .00$, $\chi^2 = 29,8$). Es scheint, dass Einrichtungen mit bereits durchgeführter Risikoanalyse weniger Unterstützungsbedarf sehen, als Einrichtungen ohne Risikoanalyse.

A9. Zusammenfassung

- ▶ Die Anlässe für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes sind sehr unterschiedlich. Häufig geben Initiativen der Träger, gesetzliche Vorgaben (z.B. § 79a Satz 2 SGB VIII) oder Vorfälle sexualisierter Gewalt in Kindertageseinrichtungen und deren Umfeld den Anstoß.
- ▶ Eine Potenzialanalyse wurde bereits in etwa jeder fünften Kindertageseinrichtung durchgeführt (21,0 %). In aller Regel wurden dabei mehrere Elemente von Schutzkonzepten betrachtet.
- ▶ Eine Risikoanalyse wurde ebenfalls in jeder fünften Kindertageseinrichtung durchgeführt (19,1 %). Die Akzeptanz dieses Schrittes bei der Entwicklung von Schutzkonzepten ist damit weiterhin nur mäßig und hält sich in Grenzen. Insgesamt wurden in 10,0 % der Gesamtstichprobe sowohl eine Potenzial- als auch eine Risikoanalyse durchgeführt.
- ▶ Die Befragten geben für ihre Kindertagesstätten fast durchgängig an, die Kinder über bestimmte Verfahren (wie z.B. den Morgenkreis) zu ermutigen, damit diese selbst Kritik äußern, auf Probleme aufmerksam machen oder Hilfe suchen (93,5 %). Etwa drei Viertel verfügen über ein geregeltes Beschwerdeverfahren in der Einrichtung (75,1 %). Diese Beschwerdeverfahren werden auch angenommen. Mit deutlicher Mehrheit gehen die Befragten davon aus, dass vorhandene Beschwerdeverfahren auch für Fälle sexualisierter Gewalt geeignet seien (70,5 %).
- ▶ Kinder, Eltern und Fachkräfte finden in gut jeder zweiten Kindertageseinrichtung eine spezifische Ansprechperson bei Anhaltspunkten für sexualisierte Gewalt vor (70 %). 62,4 % berichten über eine externe Ansprechperson bei Hinweisen auf sexualisierte Gewalt.
- ▶ Informationsangebote für Kinder zur Prävention von sexualisierter Gewalt und angrenzenden Themen haben eine deutliche Ausweitung erfahren, werden aber bislang (in Abhängigkeit vom Thema) in maximal zwei Dritteln bis zur Hälfte der Einrichtungen angeboten. Die Prävention von sexualisierter Gewalt ist derzeit in 81,7 % der Einrichtungen Thema von Informationsangeboten für Kinder.
- ▶ Mittlerweile haben vier Fünftel der Kindertageseinrichtungen sich mit der Möglichkeit von Vorfällen sexualisierter Gewalt auseinandergesetzt und einen Handlungsplan entwickelt (84,2 %). Am häufigsten beziehen sich die entwickelten Handlungspläne auf den Umgang mit Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt innerhalb der Familien.

⁴⁶ Unter *p* wird die Irrtumswahrscheinlichkeit verstanden, die zur Prüfung dient, ob sich ein Ergebnis einer statistischen Analyse substantiell vom tatsächlichen Ergebnis der Grundgesamtheit unterscheidet (Signifikanz). Als Wahrscheinlichkeitsmaß kann *p* zwischen 0 und 1 variieren. Legt man ein Signifikanzniveau von 5 % zugrunde, lässt sich ab einem *p*-Wert von $<.05$ von einer statistischen Signifikanz sprechen.

- ▶ Ein weiterer Unterstützungsbedarf zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern“ wird von knapp der Hälfte der Einrichtungen bejaht (44,1 %). Dabei wird eine große Bandbreite verschiedener Bedarfe geäußert. Am häufigsten werden fehlende oder unzureichende Informationsmaterialien moniert.
- ▶ Insgesamt zeigt sich im Feld der Kindertagesbetreuung eine Entwicklung von einer Kombination einzelner Bestandteile eines Präventionskonzept hin zu umfassenden Schutzkonzepten. Durchschnittlich besitzen Kindertageseinrichtungen acht Elemente von Schutzkonzepten.⁴⁷
- ▶ Nachdem auch bei der Durchführung von Risikoanalysen eine große Mehrheit der Kindertageseinrichtungen das Vorhandensein an Kooperationen benennt (vgl. Abschnitt A3), lässt sich für alle Elemente von Schutzkonzepten klar festhalten, dass die Entwicklung und Implementation von Schutzkonzepten im Handlungsfeld der Kindertageseinrichtungen überwiegend im Rahmen kooperativer Prozesse erfolgen.

⁴⁷ Für die vertiefte Analyse wurde ein Summenscore aus den Angaben zu den Fragen (1) „Beschwerdeverfahren bei Fällen sexualisierter Gewalt“, (2) „Verhaltensregeln“, (3) „Spezifische Fortbildungen für die Beschäftigten“, (4) „Handlungsplan“, (5) „Ansprechstellen für die Beschäftigten/Betreuten“, (6) „Leitbild“, (7) „Kooperation“, (8) „Partizipation der Betreuten/Eltern“, (9) „Präventionsangebote für Kinder“ und (10) „Thematisierung von sexualisierter Gewalt in Bewerbungsgesprächen“ gebildet.

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

Im Vergleich zur vorherigen Monitoring-Welle⁴⁸ haben fast doppelt so viele in der aktuellen Studie ein umfassendes Präventionskonzept. Dies kann so gedeutet werden, dass Einrichtungen mit einzelnen Bestandteilen von Schutzkonzepten anfangen und diese dann nach und nach vervollständigen.

Fast kein Anstieg (weniger als 2 %) ist bei einem schriftlich niedergelegten Verhaltenskodex zu verzeichnen.

Ein deutlicher Anstieg um über 20 % ist bei der Entwicklung von Handlungsplänen zu verzeichnen. Jede fünfte Kindertageseinrichtung hat demnach neu einen Handlungsplan entwickelt, sich mit der Möglichkeit von Vorfällen sexualisierter Gewalt auseinandergesetzt und den Handlungsplan etabliert.

Positiv zu verzeichnen sind mehr vorhandene Ansprechpersonen für Eltern in den Kindertageseinrichtungen. Bei der Anzahl an Kindertageseinrichtungen mit Ansprechpersonen auf Trägerebene ist ein Anstieg um mehr als 20 % zu verzeichnen. Bei Kindertageseinrichtungen mit Ansprechpersonen vor Ort gibt es eine leicht sinkende Tendenz (knapp 10 %).

Ebenfalls positiv ist die Entwicklung der Informationsangebote für Kinder in Einrichtungen. Angebote zur Sexualerziehung haben sich nahezu um 20 % erhöht. Besonders erwähnenswert scheinen Angebote bezüglich der Medienkompetenz zu sein. 2013 spielte das Thema in den meisten Einrichtungen noch eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich zur aktuellen Erhebung ist ein Anstieg um 32 % zu verzeichnen. Pädagogische Angebote zur Prävention sexualisierter Gewalt bietet mittlerweile nahezu jede Kindertageseinrichtung an, hier hat mehr als jede zweite Kindertageseinrichtung Informationsangebote seit 2013 etabliert (Anstieg um 74 %).

Fortbildungsangebote zum Thema *Sexualisierte Gewalt* sind im Vergleich zur letzten Welle des Monitorings noch einmal selbstverständlicher geworden. Immerhin knapp 20 % mehr Kindertageseinrichtungen bieten spezielle Fortbildungsangebote an, sodass nahezu jede Kindertageseinrichtungen spezielle Fortbildungen an.

⁴⁸ Die in den Vergleich einbezogenen Daten beziehen sich vorwiegend auf UBSKM (2013a) und UBSKM (2013b). Der Vergleich zwischen den Befunden des aktuellen mit denen der vorherigen Monitoring (im Jahr 2013) ist als Trend zu interpretieren. Veränderungstendenzen können sich u.a. auch aus den veränderten Rückläufen bzw. kleineren Anpassungen resp. Differenzen in den Frageformulierungen ergeben. Minimale Abweichungen zu den berichteten Prozentangaben sind darauf zurückzuführen, dass in den Vergleich ausschließlich die gültigen Angaben ohne Berücksichtigung der „Weiß ich nicht“-Kategorie einbezogen wurden.

B. Heime und sonstige betreute Wohnformen

B1. Stichprobe

Die Stichprobe im Handlungsfeld Heime setzt sich aus insgesamt 442 Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe zusammen.⁴⁹ Diese befinden sich zu 96,1 % in freier Trägerschaft⁵⁰ – genauer gesagt mit 68,8 % in freier-gemeinnütziger und mit 20,9 % in freier-gewerblicher Trägerschaft. Dies entspricht den Verhältnissen in der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik (vgl. Statistisches Bundesamt 2016a).

In den befragten Einrichtungen lebten zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 56 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (n = 429). Gut ein Drittel der befragten Einrichtungen betreuten zum Erhebungszeitpunkt zwischen 10 und 50 (37,5 %), etwas weniger (30,5 %) bis zu 10, 18,4 % zwischen 51 und 100 und die übrigen 13,4 % über 100 Kinder, Jugendliche sowie junge Volljährige. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung der betreuten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gaben die Einrichtungen an, dass 40,3 % (n = 421) weiblich waren. In den befragten Einrichtungen wurden zum Zeitpunkt der Erhebung – bezogen auf ihre Altersverteilung – vor allem Jugendliche bzw. junge Erwachsene zwischen 14 und 19 Jahren (M = 25,8; n = 404) und Kinder zwischen sechs und 13 Jahren (M = 14,1; n = 405) außerhalb ihrer Herkunftsfamilie betreut. Junge Volljährige bis 27 Jahre (M = 5,9; n = 403) und Kinder unter sechs Jahren (M = 3,0; n = 403) lebten seltener in den Einrichtungen. Diese Altersverteilung spiegelt die bundesweite Zusammensetzung der Adressaten/Zielgruppe von Heimerziehung nach § 34 SGB VIII (vgl. Statistisches Bundesamt 2017).

Einrichtungen, in denen bis zu 50 pädagogische bzw. psychologische Beschäftigte tätig sind, zeigen sich mit 74,5 % gegenüber Einrichtungen mit mehr als 50 Fachkräften deutlich überrepräsentiert (n = 427). Im Durchschnitt arbeiten in den befragten Einrichtungen 46,1 Fachkräfte (Minimum = 1, Maximum = 1.000 Personen) und 10,5 weitere nicht pädagogisch bzw. psychologisch Tätige (Minimum = 0, Maximum = 130 Personen), davon sind jeweils im Schnitt beinahe drei Viertel weiblich. Weiter geben die Befragten an, dass neben dem hauptamtlichen Personal (M = 46,1; n = 427) häufig noch Ehrenamtliche (M = 2,9; n = 372); Praktikantinnen/Praktikanten (M = 2,8; n = 391), Studierende (M = 1,5; n = 368), Auszubildende (M = 1,4; n = 369) und Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr (M = 0,7; n = 371) oder einen Bundesfreiwilligendienst (M = 0,6; n = 359) absolvieren, tätig sind.

Die Auskunftspersonen für die Heimeinrichtungen waren zu 57 % weiblich und zu 43 % männlich (n = 435). Das mittlere Alter, der Befragten lag zum Zeitpunkt der Erhebung bei 48,9 Jahren (n = 428; Minimum = 1943, Maximum = 1994). Deutlich über drei Viertel der Befragten waren vor 1980 geboren (82,1 %), d.h. das Gros der Befragten war zwischen 37 und 73 Jahren alt. Mit 60,6 % nahmen an der Befragung vor allem Einrichtungsleitungen teil. Zu 22,3 % antworteten pädagogische Leitungen auf die Fragen zum Stand der Entwicklung und Umsetzung von institutionellen Schutzkonzepten. Nur zu einem

⁴⁹ Entsprechend der vorab definierten Ausschlusskriterien (vgl. Abschnitt II.2) mussten im Rahmen der Aufbereitung der Daten 29 Fälle aus der weiteren Analyse ausgeschlossen werden.

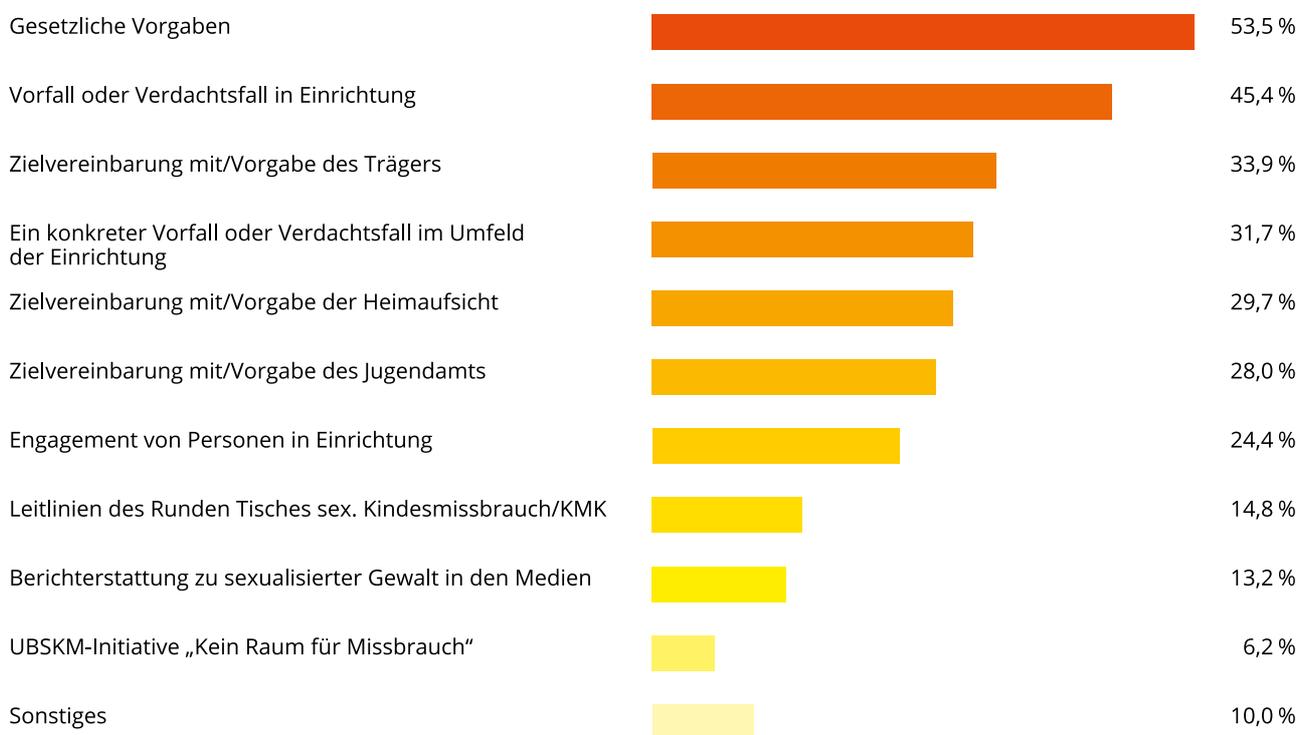
⁵⁰ In 6,4 % der Fälle war eine detailliertere Aufschlüsselung in frei-gemeinnützige bzw. frei-gewerbliche Trägerschaft aufgrund fehlender Angaben nicht möglich.

verhältnismäßig kleinen Anteil wurden die Fragen von Mitarbeitenden ohne Führungsverantwortung⁵¹ beantwortet (7,2 %). Durchschnittlich verfügten die Befragten über 18,2 Jahre Berufserfahrung, fast jede/r dritte Befragte war unter zehn Jahren in dem aktuellen Beruf tätig.

B2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzepts

Insgesamt berichteten 82,3 % der Befragten von Anlässen für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes in ihrer Einrichtung (n = 357). Der am häufigsten genannte Anstoß für die Entwicklung eines institutionellen Schutzkonzeptes war – wie Abbildung B1 zeigt – für die Einrichtungen die gesetzlichen Vorgaben (53,5 %), in 45,4 % der Fällen gab ein konkreter Vorfall oder Verdachtsfall in der jeweiligen Einrichtung den Impuls für die Entwicklung. Auch entsprechende Ereignisse im Umfeld der Einrichtungen wurden teilweise genannt (31,7%). Häufig waren zudem Vereinbarungen mit dem Träger (33,9 %), der Heimaufsicht (29,7 %) oder dem Jugendamt (28,0 %) wichtig für die Entscheidung, ein Schutzkonzept zu entwickeln. Manche Einrichtungen gaben zudem explizit an, sie hätten sich durch die Leitlinien des *Runden Tisches* (14,8 %) bzw. Initiativen des UBSKM (6,2 %) motiviert gefühlt.

Abbildung B1: Anstoß zur Entwicklung von Schutzkonzepten



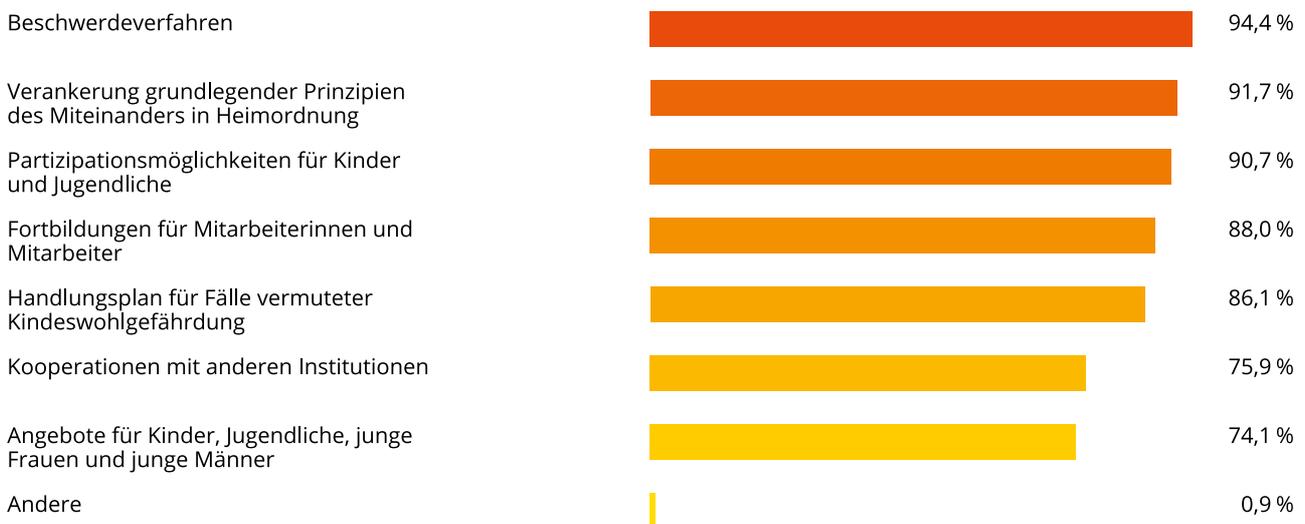
n=357; Fehlende Werte=85
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

⁵¹ Darunter waren beispielsweise pädagogische Fachkräfte im Gruppendienst (5,6 %) oder Mitarbeitende des Psychologischen Fachdienstes (1,4 %).

B3. Potenzial- und Risikoanalyse

Einrichtungen können bei der Entwicklung eines Schutzkonzeptes meist bereits auf Aktivitäten und Verfahren zurückgreifen, die zur Prävention und Intervention von sexualisierter Gewalt beitragen. Mit der Potenzialanalyse werden vorhandene präventive wie interventive Maßnahmen als Anknüpfungspunkt für die Entwicklung von passgenauen Schutzkonzepten gesammelt. Ein knappes Viertel der Einrichtungen hat eine solche Analyse auch bereits durchgeführt (24,5 %; n = 440). In über der Hälfte der Einrichtungen hat bisher allerdings noch keine Bestandsaufnahme stattgefunden (58,9 %), in weiteren 11,4 % ist eine Potenzialanalyse in den nächsten zwölf Monaten geplant. In den Einrichtungen, für die eine systematische Aufnahme von Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen berichtet wurde, wurden nahezu durchgängig folgende drei Aspekte betrachtet: (1) Beschwerdeverfahren, (2) die Verankerung grundlegender Prinzipien des Miteinanders in der Heimordnung und (3) die bestehenden Partizipationsmöglichkeiten für die betreuten Kinder und Jugendlichen. Im Mittel wurden acht verschiedene Aspekte im Rahmen einer Potenzialanalyse auf Anknüpfungspunkte hin überprüft (vgl. Abbildung B2).

Abbildung B2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden

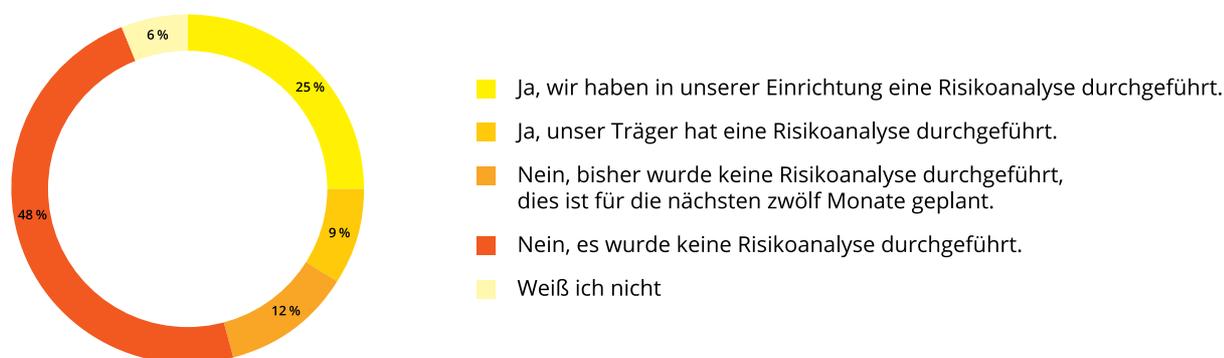


n=108; Fehlende Werte=334
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten

Neben einer Bestandsaufnahme bereits vorhandener Aspekte zur Prävention und Intervention stellt die genaue Analyse möglicher Schwachstellen und Risiken in den Einrichtungen einen Ausgangspunkt für die konzeptionelle Entwicklung von Schutzkonzepten dar. In 34,4 % der Heimen/betreuten Wohnformen wurde selbst oder durch den Träger eine Analyse der feldtypischen und einrichtungsspezifischen Risiken sowie der Strukturen, die sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen begünstigen können, durchgeführt. In 11,9 % der Einrichtungen ist eine Risikoanalyse in naher Zukunft geplant, während in 47,7 % der Einrichtungen noch keine solche erfolgt ist (vgl.

Abbildung B3). Dabei wurde am häufigsten berücksichtigt, ob die Räumlichkeiten (84,6 %; n = 149) oder ob besondere Situationen die Ausübung sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen erleichtern (81,9 %).⁵² Nahezu gleich häufig wurde geprüft, inwiefern besondere Abhängigkeitsverhältnisse unter Kindern und Jugendlichen (80,5 %) oder besondere Abhängigkeitsverhältnisse zwischen dem Einrichtungspersonal und den Kindern und Jugendlichen, die Entstehung von sexualisierter Gewalt fördern (79,2 %). Die Mehrheit der befragten Einrichtungen kooperierte bei einer Risikoanalyse mit dem Einrichtungsträger (48,0 %). Insgesamt 16,3 % der Einrichtungen haben sowohl eine Risikoanalyse als auch eine systematische Bestandsaufnahme bereits vorhandener Präventionsmaßnahmen und -aktivitäten (Potenzialanalyse) in ihrer Institution unternommen.

Abbildung B3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)



n=436; Fehlende Werte=6
 Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten, Prozentangaben sind gerundet.

B4. Prävention allgemein

Ein zentrales Element, sowohl bei der Entwicklung als auch bei der alltäglichen Umsetzung eines Schutzkonzepts, ist das Prinzip der Partizipation. Rechtlich abgesichert ist dieses Prinzip etwa durch § 45 SGB VIII, der als Voraussetzung für die Erteilung der Betriebserlaubnis vorsieht, dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung mit Hilfe von geeigneten Verfahren der Beteiligung sowie der Möglichkeit der Beschwerde in persönlichen Angelegenheiten zu gewährleisten sind.

Entsprechend der rechtlichen Vorgabe wurde auf die Frage nach der Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an Entscheidungsprozesse für die teilnehmenden Einrichtungen nahezu durchgängig (97 %) angegeben, hierzu Angebote etabliert zu haben.⁵³ Nur eine kleine Anzahl der befragten Einrichtungen verfügten über keine konkreten Partizipationsangebote für die Betreuten (3 %). Bei den Angeboten, von denen die Einrichtungen berichteten, handelte es sich vorwiegend

⁵² Mehrfachantworten waren möglich.

⁵³ Mehrfachantworten waren möglich.

(88,9 %) um allgemeine Gremien (wie z.B. Kinder- und Jugendkonferenzen, Gruppensprecher/innen-Sitzungen), an denen die Kinder, Jugendliche und jungen Volljährigen beteiligt sind. In ähnlich hohem Maße (79,8 %) wurde von den Einrichtungen andere Verfahren zur Mitsprache der betreuten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen genannt, wie beispielsweise anonyme Beschwerdebriefkästen oder Evaluationsfragebögen.

Über Angebote, die die Sichtweisen der Eltern in institutionelle Entscheidungsprozesse einzubeziehen, verfügten über 80 % der befragten Einrichtungen. Am häufigsten gibt es in den Einrichtungen hierzu Verfahren wie regelmäßige Gespräche über die Entwicklung des betreuten Kindes, Jugendlichen oder jungen Volljährigen mit den Eltern, anonyme Beschwerdebriefkästen oder Ähnliches (75,3 %). Diese Angebote ermöglichen kein gemeinsames Auftreten von Eltern als Gruppe. Immerhin knapp zwei Fünftel (39,3%) der Einrichtungen berichteten aber auch von Gremien (z.B. Elternvertretungen, Hilfekonferenzen), die Bezüge zwischen Eltern zulassen und eine gemeinsame Interessenvertretung unterstützen.

Ein geregeltes Beschwerdeverfahren, das den in Heimen untergebrachten Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern die Möglichkeit bietet, Kritik zu äußern, existiert in über 90 % der Einrichtungen. In den meisten Einrichtungen stehen den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (89,8%)⁵⁴ Ansprechpersonen hierfür zur Verfügung, gefolgt von weiteren analogen Beschwerdeverfahren (z.B. Kummerkasten). Durchschnittlich wurden in den befragten Einrichtungen im letzten Jahr fünf Beschwerden von Betreuten erfasst (Minimum=0; Maximum=80; n = 239). In 41,1 % der Einrichtungen, die ein Beschwerdeverfahren für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner haben, werden diese allerdings nicht erfasst, sodass keine Angaben zur tatsächlichen Nutzung von Beschwerdeverfahren gemacht werden konnten.

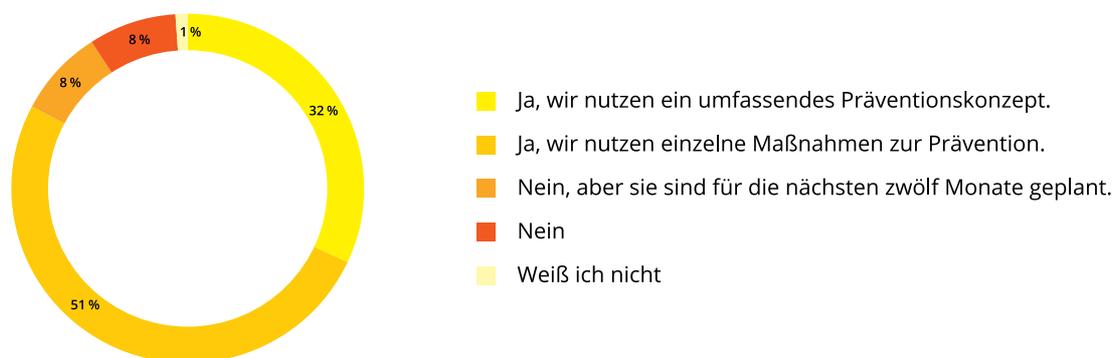
Demgegenüber ist die Zahl der Einrichtungen, die geregelte Beschwerdemöglichkeiten für Eltern geschaffen haben, mit 65,5 % der befragten Einrichtungen geringer. 28,9 % der Heimeinrichtungen planten jedoch, solche Beschwerdemöglichkeiten in der nahen Zukunft einzurichten. Die übrigen 5,6 % gaben an, nicht zu wissen, ob ihre Institution mittels eines geregelten Beschwerdeverfahrens Möglichkeiten für Eltern bereithält, Kritik außerhalb der Gespräche im Rahmen der fallbezogenen Elternarbeit zu äußern. Zwei Beschwerden von Eltern gingen im vergangenen Jahr durchschnittlich bei den Einrichtungen ein, die hierzu Angaben machen konnten. Über ein Drittel (35,1 %) der Institutionen mit Beschwerdeverfahren erfassen diese nicht.

B5. Prävention sexualisierter Gewalt

Jede dritte Einrichtung schreibt sich selbst ein umfassendes Präventionskonzept zu, um den Schutz von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen zu gewährleisten. Zumindest einzelne oder mehrere einzelne Maßnahmen zur Prävention sexualisierter Gewalt haben weitere 51% der Einrichtungen umgesetzt. Insgesamt 16 % der befragten Einrichtungen gaben an, bisher noch keine Maßnahmen zur Prävention sexualisierter Gewalt ergriffen zu haben, die Hälfte davon berichtete aber, dies für das nächste Jahr zu planen (vgl. Abbildung B4).

⁵⁴ Mehrfachantworten sind möglich.

Abbildung B4: Ansätze zur Prävention sexualisierter Gewalt in den befragten Einrichtungen



n=434; Fehlende Werte=8
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten

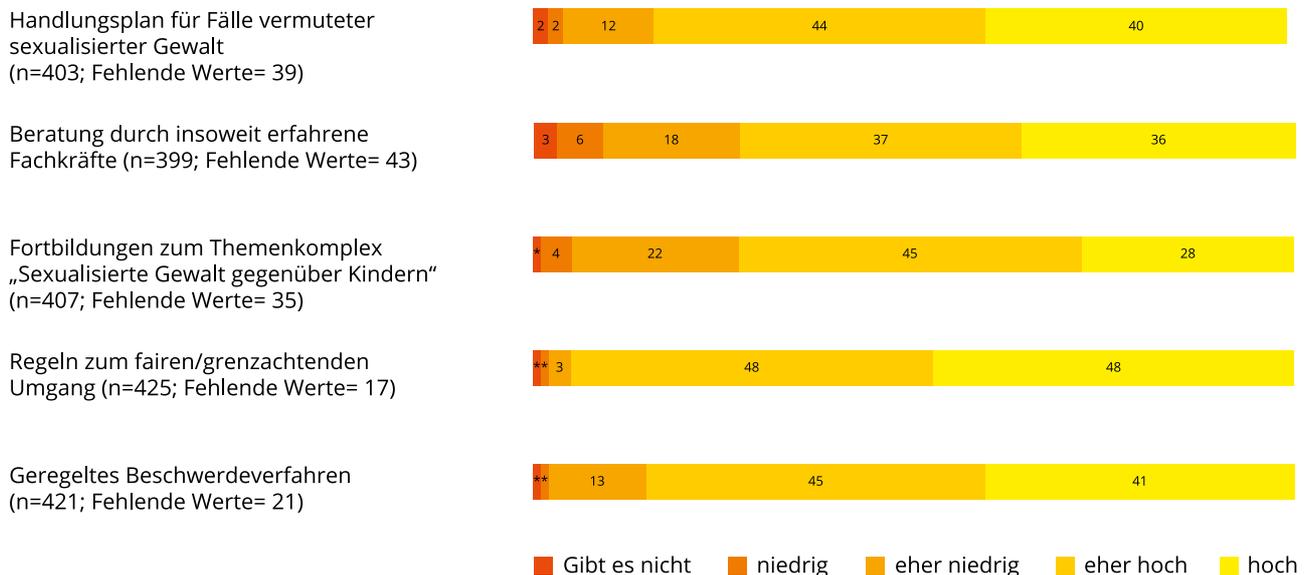
Die Möglichkeit zur Prävention von sexualisierter Gewalt durch das Personal gegenüber den betreuten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schätzten die befragten Institutionenvertreterinnen und -vertreter mehrheitlich als gut bis sehr gut ein ($M = 4,2$; $n = 425$).⁵⁵ Eine ähnlich positive Einschätzung der institutionellen Handlungsmöglichkeiten wurde im Hinblick auf sexualisierte Peer-to-Peer-Gewalt in der Einrichtung vorgenommen ($M = 3,8$; $n = 419$). Die institutionellen Möglichkeiten zur Prävention von sexualisierter Gewalt in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld schätzten die Befragten dagegen wesentlich schlechter ein ($M = 2,9$; $n = 336$), indem über drei Viertel der Befragten (77,4 %) ⁵⁶ mittlere bis schlechte Beeinflussungschancen angaben.

Werden die Angaben zu dem selbst eingeschätzten Umsetzungsgrad hinsichtlich der fünf folgenden Elementen von Schutzkonzepten – geregelter Beschwerdeverfahren, Regeln zum fairen/grenzachtenden Umgang, spezifische Fortbildungen, externe Beratung durch im Kinderschutz erfahrene Fachkräfte und Handlungsplan bei Verdachtsfällen – betrachtet angegeben, so werden diese jeweils vom Gros der Einrichtungen als „eher hoch“ oder „hoch“ eingeschätzt. Insgesamt 47,1 % der Einrichtungen schreiben sich bei allen fünf Elementen einen „eher hohen“ und bzw. oder „hohen“ Umsetzungsstand zu. Bei weiteren Analysen zeigt sich, dass Einrichtungen, die zuvor angegeben hatten, bereits über die verschiedenen Bestandteile von Schutzkonzepten zu verfügen (z.B. Handlungsplan, spezifische Fortbildungen; vgl. Abbildung B5), auf der Ebene einzelner Elemente von Schutzkonzepten, den Umsetzungsgrad in der Einrichtung signifikant häufiger als „eher hoch“ und bzw. oder „hoch“ beurteilten (Exakter Test nach Fisher: $p < .001$). Das heißt: Die Einrichtungen, in denen es (bereits) mehrere Präventionsmaßnahmen gibt, beurteilen den eigenen Umsetzungsstand als eher hoch bis hoch.

⁵⁵ Hier konnten die Teilnehmenden auf einer fünfstufigen (Likert-)Skala zwischen sehr schlecht (1), schlecht (2), mittelmäßig (3), gut (4) und sehr gut (5) wählen.

⁵⁶ Die Prozentangabe berücksichtigt diejenigen Personen, die Angaben zu einer entsprechenden Beurteilung der Präventionsmöglichkeiten machten.

Abbildung B5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in den Heimeinrichtungen⁵⁵



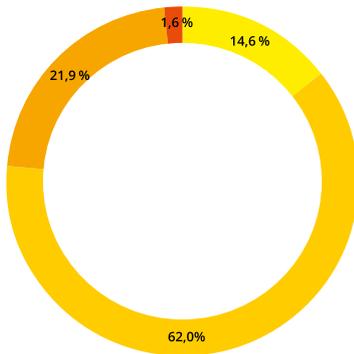
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit, wurden die Prozentangaben gerundet.
 * „Gibt es nicht“ liegt bei ungefähr 1.2 % / ** „niedrig“ und „Gibt es nicht“ liegen bei ungefähr 1 %

Angaben in %

Mehr als fünf Drittel der Einrichtungen messen dem Thema Prävention von sexualisierter Gewalt eine wichtige Stellung innerhalb der Einrichtung bei (62 %) (vgl. Abbildung B6). Jede fünfte Heimeinrichtung gibt an, dass die Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern nur eine geringe Bedeutung hat (22 %); nur für einen sehr kleinen Anteil der Befragten besitzt das Thema überhaupt keine Relevanz (2 %). Ein genauerer Blick zeigt, dass Einrichtungen, die die Relevanz des Themas Schutz vor sexualisierter Gewalt als wichtig bis zentral beurteilten, sich signifikant von denen unterscheiden, die der Prävention eine geringere Relevanz beimessen. Bei höherer eingeschätzter Relevanz werden häufiger zusätzliche Unterstützungsbedarfe benannt (84,0 % vs. 16,0 %; $\chi^2 = 12,7$, $p < .001$).

⁵⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

Abbildung B6: Einschätzung der Relevanz des Themas "Sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern" in der Heimeinrichtung



- ... ist ein sehr zentrales Thema für unsere Einrichtung.
- ... ist ein wichtiges Thema neben anderen Präventions- und Interventionsbereichen (z. B. Gesundheit, Sucht).
- ... spielt nur eine geringe Rolle für uns, bei uns sind andere Themen wichtig.
- ... hat für unsere Einrichtung keine Relevanz.

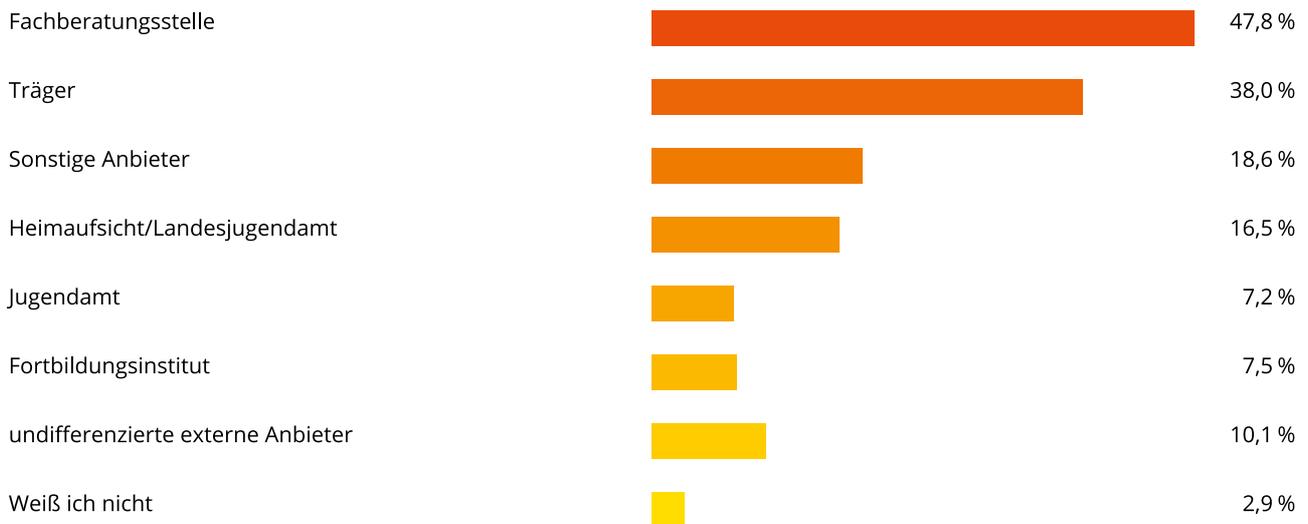
n=439 ; Fehlende Werte=3
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Befragungspersonen, die für ihre Einrichtungen ein geregeltes Beschwerdeverfahren angegeben hatten (vgl. Abschnitt B4), bejahten nahezu durchgängig, dies sei auch für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht (91,5 %).

Da die Verantwortung für die Prävention von sexualisierter Gewalt wesentlich bei den Fachkräften liegt, setzt dies entsprechende Sensibilisierungs- und Aufklärungsprozesse aufseiten der professionellen Fachkräfte voraus. In über 80 % der befragten Einrichtungen wurden für die Beschäftigten Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern“ angeboten.⁵⁸ Am häufigsten wurden die pädagogischen Fachkräfte im Gruppendienst (72,9 %) und die Mitarbeitenden des pädagogischen bzw. psychologischen Fachdienstes geschult (61,5 %), seltener die Leitungskräfte (56,4 %). Fortbildungen für Angehörige der Verwaltung und für technische Dienstleistung wurden in einer deutlichen Minderheit der Einrichtungen angeboten (27,1 %). Dies gilt noch mehr für den Bereich der Ehrenamtlichen (15,6 %). Die meisten Fortbildungen wurden von Fachberatungsstellen (47,8 %) bzw. vom Träger (38,0 %) durchgeführt (vgl. Abbildung B7).

⁵⁸ Mehrfachantworten waren möglich.

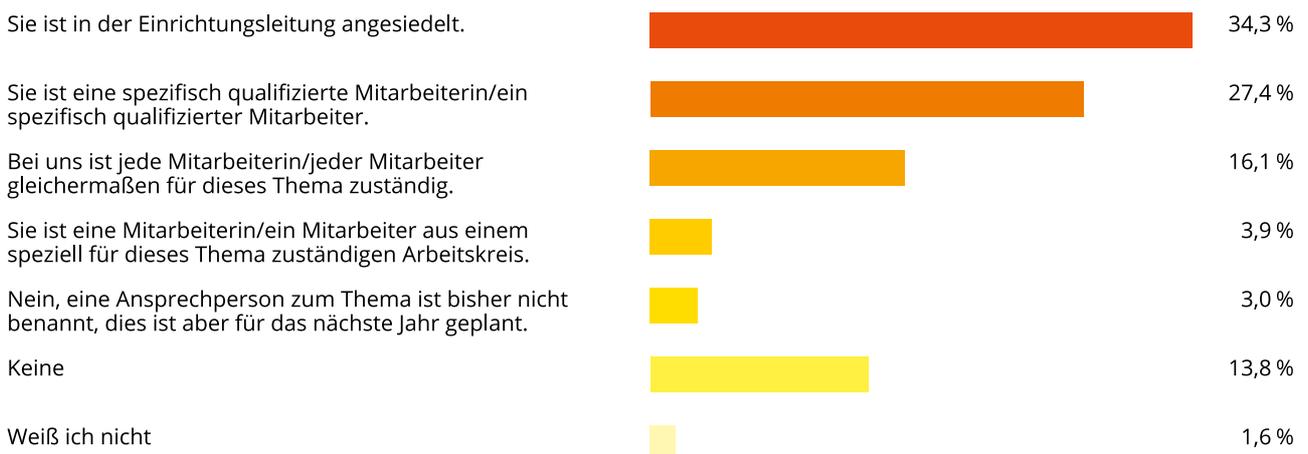
Abbildung B7: Anbieter der Fortbildung



n=345; Fehlende Werte=97
 Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Neben thematischen Fortbildungsangeboten werden in vielen Einrichtungen die Beschäftigten auch durch einrichtungsinterne Ansprechpersonen unterstützt, die im Thema sexualisierte Gewalt fortgebildet sind und die bei Fragen oder Verdachtsfällen zur Verfügung stehen (81,7 %). Knapp 16 % der Einrichtungen haben bisher keine solche interne Ansprechperson benannt, 1,6 % der Befragten wissen nichts davon (vgl. Abbildung B8).

Abbildung B8: Interne Ansprechperson für die Beschäftigten zum Thema sexualisierte Gewalt

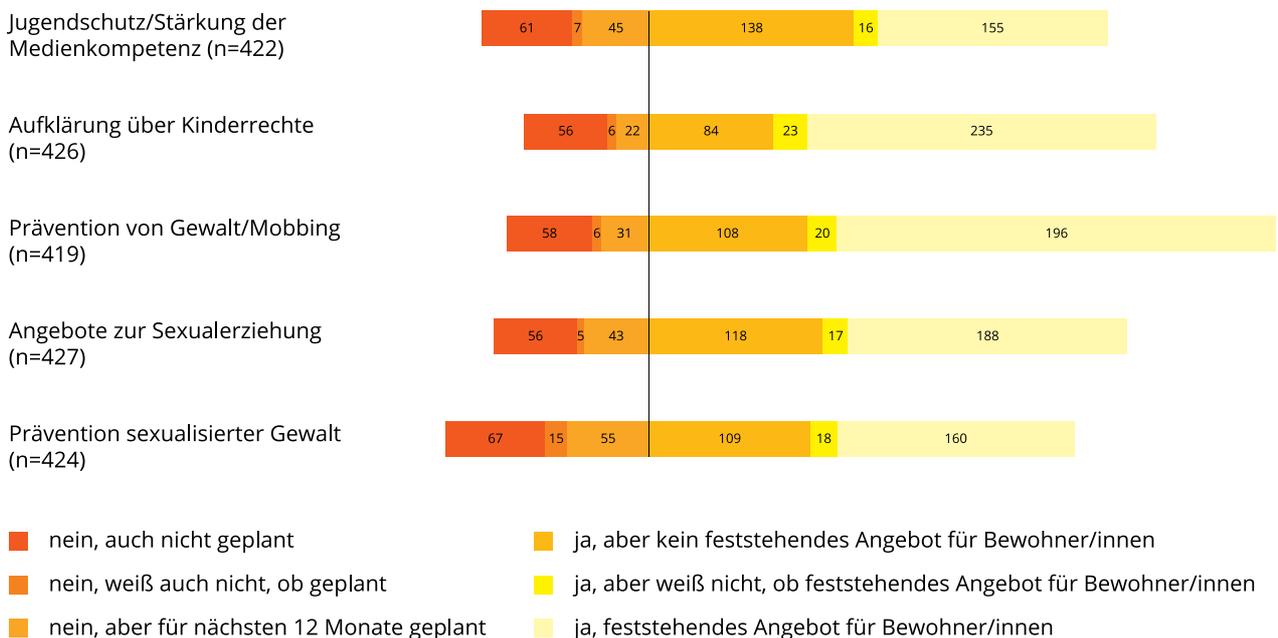


n=428; Fehlende Werte=14
 Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Neben einrichtungsinternen Personen gibt es in den meisten Einrichtungen auch externe Ansprechpersonen für das Thema sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen (82,0 %).⁵⁹ Bei Fragen zum Thema sexualisierte Gewalt können sich die Beschäftigten in den Heimen dabei vor allem an Fachkräfte in Fachberatungsstellen wenden (42,7%). Jeweils ein Drittel der Befragten gaben an, dass dem Personal auch Personen beim Landesjugendamt bzw. der Aufsichtsbehörde (36,9 %) oder beim Träger (36 %) zur Verfügung stehen (n = 436).

Spezifische Informations- und Aufklärungsangebote (wie z.B. zu Kinderrechten, Prävention von Gewalt) für die im Kontext von Heimen und sonstigen Wohnformen betreuten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen können zur Sensibilisierung sowie zum Selbstschutz gegenüber verschiedenen Formen von Gewalt beitragen. Von den meisten Einrichtungen wurde berichtet, sie hätten im letzten Jahr Informationsveranstaltungen zu Kinderrechten (77,6 %; n = 441), zur Prävention von Gewalt/Mobbing (74,0 %; n = 438) und zur Sexualerziehung (73,6%; n = 439) angeboten. Ein wenig seltener wurden Veranstaltungen zur Medienkompetenz oder zu Prävention sexualisierter Gewalt durchgeführt (70,1 %; n = 441 bzw. 65,5%; n = 438). Abbildung B9 zeigt zudem, dass ein hoher Teil dieser Veranstaltungen in den Angeboten der Einrichtung fest verankert ist.

Abbildung B9: Aufklärungs- und Informationsangebote für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im letzten Jahr

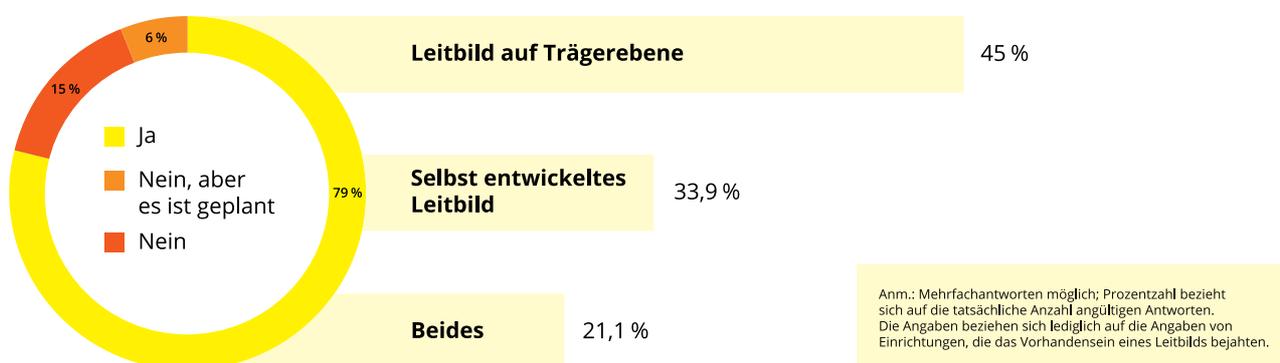


Anm.: Angaben sind in absoluten Häufigkeiten dargestellt; Angaben zu "weiß ich nicht" sind nicht in Abbildung berücksichtigt

⁵⁹ Mehrfachantworten waren möglich.

Die Verankerung der (einzelnen) Präventionsmaßnahmen in ein einrichtungsbezogenes Leitbild soll dazu beitragen, die Verantwortung für den Schutz vor sexualisierter Gewalt an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen präsent zu halten und nach außen hin publik zu machen. Über drei Viertel der Heimeinrichtungen (79 %) geben an, über ein Leitbild zu verfügen, das Aspekte zum Schutz der betreuten Kinder, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männer enthält (vgl. Abbildung B10). Ein vorhandenes Leitbild wurde häufig auf Trägerebene erarbeitet (45 %), in einem Fünftel der Fälle wirkten Träger und Einrichtung zusammen (21,1 %). In einem Drittel der Fälle nahmen sich die Einrichtungen aber auch die Zeit, um das Leitbild selbst zu entwickeln (33,9 %).

Abbildung B10: Vorhandensein eines Leitbildes der Einrichtung – Aspekte zum Schutz von Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern vor sexualisierter Gewalt



n=342; Fehlende Werte=100
Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

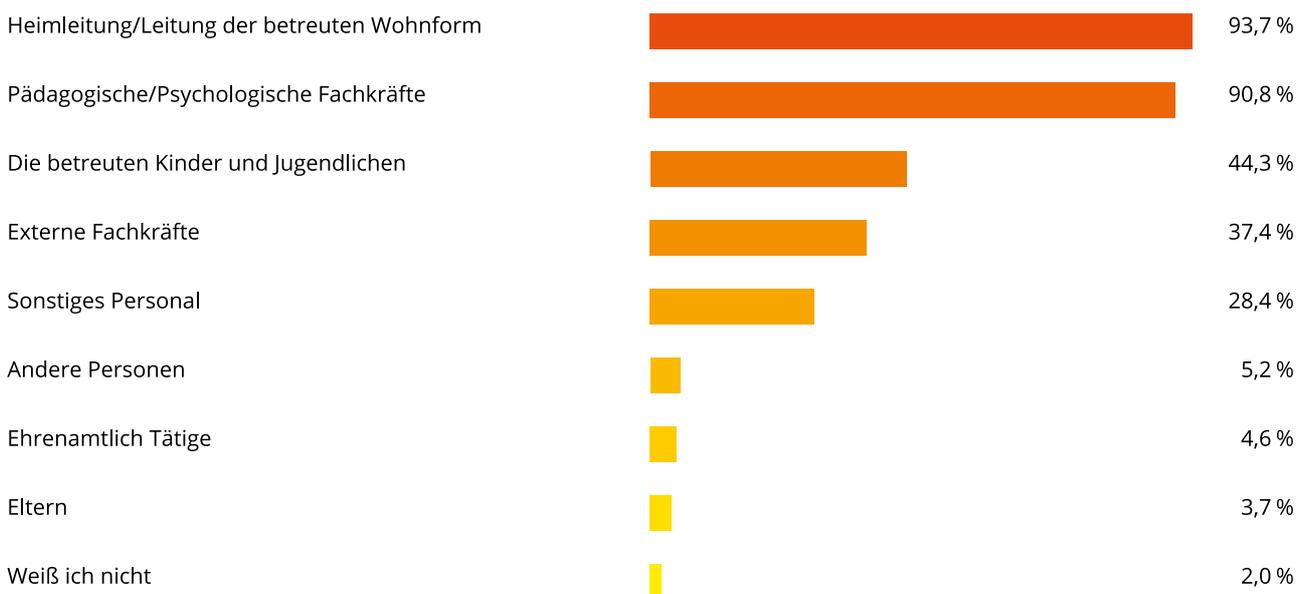
Der Schutz der untergebrachten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beginnt bereits im Zuge der Auswahl von fachlich sowie persönlich geeigneten Beschäftigten. Deswegen ist entsprechend der rechtlichen Bestimmungen nach § 72a SGB VIII geregelt, dass die Träger der öffentlichen Jugendhilfe keine einschlägig vorbestraften Personen beschäftigen dürfen und diese mit Hilfe von Vereinbarungen sicherstellen sollen, dass auch freie Träger keine entsprechenden Personen beschäftigen. Mit der Novellierung der rechtlichen Grundlagen durch das *Bundeskinderschutzgesetz* wurde zudem festgelegt, dass auch keine „rechtskräftig verurteilten“ neben- bzw. ehrenamtlich tätigen Personen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe wahrnehmen, indem sie beispielsweise Kinder oder Jugendliche beaufsichtigen, betreuen, erziehen oder ausbilden oder einen vergleichbaren Kontakt haben. Der Nachweis für das Fehlen von einschlägigen Vorstrafen muss durch ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis erbracht werden. Der Großteil aller (neben pädagogischen bzw. psychologischen Fachkräften) weiteren hauptamtlichen, ehrenamtlichen resp. freiwilligen Tätigen muss nach Angaben der Befragten ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen. Demnach wird in über drei Viertel der Einrichtungen von allen Praktikantinnen und Praktikanten (77,4 %) und vom gesamten Personal aus Verwaltung, Hauswirtschaft und Haustechnik (76,1 %) ein erweitertes Führungszeugnis verlangt. Des Weiteren wird in über drei Fünfteln der Einrichtungen von den neben- und ehrenamtlich Tätigen ein Führungszeugnis zum Nachweis eines Fehlens einschlägiger Vorstrafen eingefordert. Etwas seltener werden alle Tätigen im Rahmen eines Freiwilligendienstes dazu verpflichtet, ein Führungszeugnis vorzulegen.

Für knapp 66 % der Einrichtungen wurde angegeben, dass in beinahe jedem Bewerbungsgespräch der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt thematisiert wird. Ein Viertel (25,1 %) bespricht das Thema mit potenziellen neuen Beschäftigten selten in Auswahlgesprächen, 9,1 % der Einrichtungen verzichten ganz darauf, das Thema in diesem Rahmen anzusprechen (n = 429).

Schriftlich niedergelegte Verhaltensregeln zu einem Grenzen wahren Umgang miteinander sollen unter anderem auch Orientierung geben und auf diese Weise helfen, Übergriffe zu vermeiden oder zumindest eindeutig erkennbar zu machen. Daher werden solche Verhaltensregeln als ein Bestandteil von Schutzkonzepten angesehen. Über drei Viertel der befragten Einrichtungen (79,4 %; n = 441) verfügen, nach ihren Angaben, über schriftlich niedergelegte Verhaltensregeln. 15 % haben keine solchen Regeln schriftlich niedergelegt. 5,7 % der Einrichtungen planen, in den nächsten zwölf Monaten einen Verhaltenskodex zu entwickeln.

Sind schriftlich fixierte Verhaltensregeln in Einrichtungen vorhanden, enthalten diese in 76,5 % der Fälle Vorgaben, die dem Schutz von Mädchen und Jungen vor sexualisierter Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienen sollen (n = 344). Fast genauso viele Einrichtungen mit Verhaltenskodex haben darin Regeln festgelegt, die dem Schutz der Betreuten vor sexualisierter Gewalt untereinander dienen (78,0 %; n = 341). Regeln, welche die Grenzen der Mitarbeitenden schützen sollen, berücksichtigen über die Hälfte (59,5 %) der Einrichtungen in ihrem Verhaltenskodex (n = 341). Im Mittel gehen die verschriftlichten Verhaltensregeln auf knapp zwei der vier abgefragten Konstellationen möglicher Übergriffe ein (M = 1,7). Neben den Einrichtungsleitungen (93,7%) und dem internen Fachpersonal (90,8%) waren in jeder zweiten Einrichtung auch die betreuten Kinder und Jugendlichen an der Erstellung des Verhaltenskodexes beteiligt (44,3%). In einer starken Minderheit der Fälle (37,4%) wurden zudem externe Fachkräfte eingebunden (vgl. Abbildung B11).

Abbildung B11: Beteiligte Personengruppen bei der Erstellung des Verhaltenskodexes



n=348; Fehlende Werte=94
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Die Bekanntmachung der vorhandenen Verhaltensregeln erfolgt über verschiedene Wege. Am häufigsten werden diese den Betreuten bei Aufnahme in die Einrichtung (71,3 %) bzw. den Beschäftigten im Rahmen des Einarbeitungsprozesses ausgehändigt (66,1 %). Zudem werden diese durch Broschüren oder Aushänge bekannt gegeben (44,3 %). Oftmals werden Verhaltensregeln auch bei Besprechungen mit den Mitarbeitenden oder internen Fortbildungen verteilt (38,0 %). Während der Projekttag (21,2 %) werden ebenfalls Verhaltensregeln thematisiert. Gruppengesprächen bzw. – runden mit Kindern und Jugendlichen (10,1 %), Elternabende (5,2 %) und Internetseiten (4,9 %) dienen als weitere Plattform, um Verhaltensregeln bekannt zu machen. 6,3 % der Einrichtungen mit Verhaltensregeln verbreiten diese über andere Wege (n = 345)⁶⁰.

B6. Intervention bei Fällen von sexualisierter Gewalt

Ein Handlungsplan für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung bietet den Fachkräften eine bedeutsame Orientierungshilfe, welche Maßnahmen wann und von wem zu ergreifen sind. Vier Fünftel der Heime und sonstigen Wohnformen verfügen nach ihren Angaben über einen solchen Handlungsplan (84 %), 9 % der befragten Heime und sonstigen Wohnformen verneinen dies. Weitere 6 % der Einrichtungen gaben an, einen aktuell noch nicht vorhandenen Handlungsplan im nächsten Jahr entwickeln zu wollen (vgl. Abbildung B12).

Abbildung B12: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung



n=441; Fehlende Werte=1
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

In den meisten Einrichtungen berücksichtigt ein vorhandener Handlungsplan mehrere mögliche Konstellationen von sexualisierter Gewalt, die von verschiedenen Arten von Übergriffen in der Institution bis hin außerinstitutionellen Übergriffe reichen (z.B. in der Familie). Im Durchschnitt wird auf fast drei der vier abgefragten Konstellationen eingegangen (M = 2,7). Keine Berücksichtigung finden am

⁶⁰ Mehrfachantworten waren möglich. Die Werte beziehen sich auf die Angaben von Personen, die die Verhaltensregeln bereits bekannt machen.

ehesten Fälle von sexualisierter Gewalt in der Familie bzw. Pflegefamilie (21,4 %) oder durch andere externe Personen (14,4 %). Nahezu durchgängig werden dagegen Fallkonstellationen von Übergriffen durch Mitarbeitende in der Einrichtung (90,6%) oder unter Kindern bzw. Jugendlichen (91%) behandelt. Orientierung bieten die bereits vorhandenen Handlungspläne in den Einrichtungen nahezu durchgängig zum konkreten Vorgehen (98,4 %), der Information Dritter (vermutlich v.a. der Heimaufsicht) (98%), der Dokumentation des (Verdachts-)Falls sexualisierter Gewalt (97,5 %), Sofortmaßnahmen (96,1 %), dem Umgang mit den Betroffenen (94,0 %) und dem Datenschutz (90,0%). Vier Fünftel bis drei Viertel der Handlungspläne beschäftigen sich mit der Unterstützung Betroffener (88%), der Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden (80%) und dem Kontakt zu den Eltern des Betroffenen (75%). Alle anderen abgefragten Themen finden sich in 40 bis 50 % der Handlungspläne. Dies gilt etwa für die Beratung von Beschuldigten und deren Familien (41,1 %), den Umgang mit der Presse (42,3 %) oder die langfristige Aufarbeitung von Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt in oder im Umfeld der Einrichtung (44,2 %). Im Mittel werden in Handlungsplänen acht von vierzehn abgefragten möglichen Themen behandelt (M = 8,1).

Bereits entwickelte Handlungspläne fanden in den Einrichtungen mehrheitlich bereits Anwendung und zwar bei einem Drittel (33,6%) bereits mehrfach und bei einem weiteren Fünftel (22,1%) bei einer Gelegenheit. Ein Anteil von 40,2% der Einrichtungen gab an, noch nie einen vorhandenen Handlungsplan bei vermuteter sexualisierter Gewalt angewendet zu haben (n = 366). Von den Personen, die über eine Anwendung des institutionellen Handlungsplans berichteten, bewerteten ihn fast alle (91,1 %) mit der Note 1 oder 2 (M = 1,6; Skala analog Schulnoten; n = 202). Lediglich 9 % der Befragten werteten die Nützlichkeit des Interventionskonzepts mit befriedigend (Note 3).

Unabhängig von einem ausformulierten Handlungsplan gaben mehr als vier Fünftel der stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (87 %) an, eine Ansprechperson benannt zu haben, an die sich die Kinder, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männer wenden können, wenn sie von sexualisierter Gewalt betroffen sind. In 7 % der Fälle gibt es keine solche(n) Ansprechperson(en), 4 % geben an, in der nahen Zukunft geplant zu haben, eine Ansprechperson zu benennen. Am häufigsten handelt es sich bei den Ansprechpersonen um Personen in der Einrichtung (z.B. Gruppensprecher/in, Vertrauenserzieher/in; 73,2 %). Immerhin in mehr als der Hälfte der Einrichtungen mit Ansprechperson war eine externe Person benannt (57,3%) und in fast zwei Fünftel der Einrichtungen stand auch eine Person beim Träger zur Verfügung (39,1%). Wie Abbildung B13 zu entnehmen, werden die Namen (und ggfs. Kontaktdaten) der Ansprechpersonen für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, den betreuten Kindern und Jugendlichen meist bei ihrem Einzug in die Wohngruppe resp. Heim ausgehändigt (57,1 %) und häufig auch per Aushang bekannt gemacht (42,6 %). Nahezu ein Viertel der Einrichtungen gibt an, Namen und Adressen regelmäßig an die Kinder und Jugendlichen zu verteilen (24,1 %). Öffentlich zugänglich sind Informationen teilweise über Broschüren (26,3 %) oder eine Bekanntgabe auf der Internetseite der Einrichtung (8,0 %). Die Eltern werden, so die Angaben der Befragungspersonen, in etwa einem Fünftel der Einrichtungen mit ausdrücklich benannter Ansprechperson für Kinder und Jugendliche im Fall sexualisierter Gewalt hierüber informiert (22,8 %).

Abbildung B13: Bekanntmachung der Ansprechperson für die Betreuten bei erlebter sexualisierter Gewalt



n=373 ; Fehlende Werte=69
 Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

B7. Kooperation

Damit der Schutz vor sexualisierter Gewalt (besser) gelingen kann, werden in der Regel multidisziplinäre wie auch intersektorale Kooperationsstrukturen mit anderen Institutionen und Personengruppen als notwendig angesehen. Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmenden gefragt, mit wem sie hinsichtlich der Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kooperieren und wie sie vorhandene Kooperationen bewerten.

Nahezu alle Heime und sonstigen betreuten Wohnformen (92,5 %) berichten im Hinblick auf sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen von einer Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen und Fachpersonen (n = 409; vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Entsprechend der rechtlichen Vorgaben (gem. §§ 4 SGB VIII; 8a SGB VIII) verwundert es kaum, dass fast alle der Befragten eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt/ASD (93,2 %) und der für die Heimaufsicht zuständigen Behörde, dem Landesjugendamt, (93,2 %) angaben. Diese beiden Partner stellen den innersten Kern der Kooperationsbeziehungen von Heimeinrichtungen in Fällen sexualisierter Gewalt dar.

Jeweils mehrheitlich werden Kooperationsbeziehungen zu Partnern geschildert, die über eine besondere Kompetenz verfügen (Fachberatungsstellen 58,7%), die bei der Stabilisierung und therapeutischen Behandlung betroffener Kinder bzw. Jugendlicher helfen (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrien 74,3%) oder die Ermittlungen führen können (Polizei 68,9%). Zu einem dritten Kreis von Partnern, zu denen nur noch eine starke Minderheit der Heime und sonstigen betreuten Wohnformen Kooperationsbeziehungen in Fällen sexualisierter Gewalt unterhält, zählen schließlich weniger spezifische Hilfeeinrichtungen (z.B. Erziehungsberatung 40,1 %) oder andere Behörden (z.B. Sozialamt 26,7 %). Im Durchschnitt nennen die teilnehmenden Einrichtungen sechs Kooperationspartner in Fällen sexualisierter Gewalt (M = 6,4). Die Befragten bewerteten die Kooperation mit allen Partnern als „gut“ oder „befriedigend“. Am besten bewerteten sie die Zusammenarbeit mit speziellen Fachberatungsstellen (Durchschnittsnote 1,73) und Erziehungsberatungsstellen (Durchschnittsnote 1,97). Am wenigsten gut bewertet werden Sozialämter mit einer durchschnittlichen Note von 3,03. Auch Familiengerichte landen im durchschnittlichen Bereich mit 2,97.

Tabelle 6: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Heime (in Schulnoten)

	Kooperation vorhanden (in %)	Note 1 (sehr gut)	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6 (sehr schlecht)	Anzahl an gültigen Angaben (n)	Durchschnittliche Note
Heimaufsicht/Landesjugendamt	84,4 %	127	125	47	17	7	5	328	2,0
Jugendämter/ASD	93,2 %	103	165	73	12	3	5	361	2,1
Familiengerichte	35,0 %	12	39	45	24	7	7	134	3,0
Gesundheitsämter	30,8 %	12	44	27	14	6	8	111	2,8
Sozialämter	26,7 %	9	29	31	10	5	10	94	3,0
Polizei	68,9%	73	131	44	19	3	1	271	2,1
Erziehungsberatungsstellen	40,1 %	46	78	19	6	1	2	152	2,0
Frauenhäuser/-zentren	22,7 %	18	32	16	8	4	6	84	2,6
Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt	58,7 %	105	91	18	3	3	3	223	1,7
Kinderschutzbambulanzen	29,3%	39	42	12	3	4	5	105	2,1
Niedergelassene Kinderärzt/innen	58,2 %	65	105	40	8	3	3	224	2,1
Niedergelassene Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten	69,9 %	90	116	51	11	4	4	276	2,0
Kinder- und Jugendpsychiatrien	74,3 %	69	111	52	43	18	4	297	2,5
Andere Institutionen	9,8 %	-	-	-	-	-	-	-	-

n = 409; Fehlende Werte = 33

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

Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Heime (in Schulnoten)

Wird differenziert für verschiedene Elemente von Schutzkonzepten danach gefragt, inwieweit bei der Entwicklung und Umsetzung Kooperationen eine Rolle gespielt haben, so berichten bezüglich der Etablierung von *Beschwerdeverfahren* 76,7 % der Heime/sonstigen betreuten Wohnformen eine Zusammenarbeit mit externen Stellen (n = 434). 19,8 % der Heime verneinen an dieser Stelle eine Zusammenarbeit und 3,5 % haben kein Beschwerdeverfahren etabliert. Bei angegebener Kooperation werden in 56,5 % der Fälle der Träger genannt, ebenso die Heimaufsicht/Landesjugendamt (54,1 %) und das Jugendamt (45,9 %). Kooperationen mit Fachberatungsstellen (26,1 %) oder anderen Institutionen (16,2 %) werden weniger häufig genannt.⁶¹

Bezüglich der Entwicklung und Implementierung eines *Leitbilds* gaben 70,8 % der Einrichtungen an, mit externen Stellen zusammengearbeitet zu haben oder noch zusammenzuarbeiten, 24,2 % gaben keine Zusammenarbeit an und 3,8 % haben kein Leitbild. Am häufigsten wird auch bei der Weiterentwicklung des Leitbilds der Träger (80,3 %) als Kooperationspartner angegeben und am zweithäufigsten die Heimaufsicht/das Landesjugendamt (22,8 %). Daneben spielen beim Leitbild andere Institutionen (12,5 %) und Fachberatungsstellen (13,8 %) eine geringere Rolle (n = 422).⁶² Ein differenzierter Blick zeigt, dass in Fällen, in denen zuvor von einem Leitbild auf Trägerebene berichtet wurde, zwar in der Mehrheit der Fälle (34,2 %) eine Kooperation angegeben wurde, aber nicht ausschließlich. So gaben 17 %, die über ein Leitbild auf Trägerebene verfügen, keine Kooperationsaktivitäten an. Auffallend war, dass 21,5 % der Einrichtungen eine Zusammenarbeit mit dem Träger angaben, selbst wenn das Leitbild in der Einrichtung erarbeitet wurde.

Ähnlich sieht es bei der Ausformulierung und Implementation von *Regeln zum fairen bzw. grenzachtenden Umgang* aus. Hier haben 70,8 % kooperiert, 25,2 % hatten keine Kooperation und 4,0 % verneinen ein bereits existierendes Regelwerk zum fairen bzw. grenzachten Umgang. Träger (65,9 %) und Heimaufsicht/Landesjugendamt (34,4 %) gehören auch bei der Weiterentwicklung von Regeln zu den wichtigsten Kooperationspartnern, Fachberatungsstellen (26,6 %) und andere Institutionen (15,5 %) spielen auch hier eine untergeordnetere Rolle (n = 425).⁶³

In Bezug auf die Entwicklung und die Durchführung von *Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt* für Personal werden für mehr als 80 % der Heime externe Kooperationspartner genannt (82,4%). 11,5 % arbeiten nicht mit externen Stellen zusammen. 5,9 % der Heime gaben an, keine Fortbildungen zu dem Themenkomplex zu haben. Fachberatungsstellen (52,2%) stellen die häufigsten Kooperationspartnerinnen für Fortbildungen dar. Jedoch bietet auch der Träger (44,4 %) Unterstützung bei Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt an (n = 426).⁶⁴

Bei der Entwicklung bzw. Durchführung von *Angeboten um die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu informieren und zu stärken*, arbeiten 73,9 % mit externen Stellen zusammen und 20,1 % berichten an dieser Stelle von keiner Kooperation. Auch hier geben 5,9 % an, dass sie keine solchen Angebote innerhalb ihrer Einrichtung anbieten. Bei bestehender Kooperation werden Fachberatungsstellen

⁶¹ Mehrfachantworten waren möglich.

⁶² Mehrfachantworten waren möglich.

⁶³ Mehrfachantworten waren möglich.

⁶⁴ Mehrfachantworten waren möglich.

(48 %), knapp gefolgt vom Träger (45 %) als häufigster Kooperationspartner genannt. Das Jugendamt nennen nur 23,8 % (n = 422).⁶⁵

Informationsangebote für Eltern wurden bzw. werden in 41,5 % der befragten Einrichtungen mit Unterstützung von externen Stellen entwickelt bzw. angeboten, in 41,8 % der Heime ohne Unterstützung und in 16,8 % gar nicht. Zur Unterstützung werden vor allem der Träger (64,8 %) und das Jugendamt (40,3 %), aber auch Fachberatungsstellen (28,9 %) herangezogen (n = 400).⁶⁶

Bei der Weiterentwicklung bzw. Umsetzung von *Handlungsplänen für Fälle vermuteter sexualisierter Gewalt* haben 75,9 % mit einer externen Stelle kooperiert oder tun dies noch, 17,5 % entwickeln Handlungspläne ohne Unterstützung weiter. 6,6 % der Einrichtungen gaben an, dass sie keinen Handlungsplan haben (n = 73). Als Kooperationspartner wurde hier, vor dem Jugendamt (46,6 %), der Heimaufsicht/dem Landesjugendamt (40,6 %) und den Fachberatungsstellen (35,6 %) vorwiegend der Träger (60,6 %) genannt (n = 424).⁶⁷

Neben den Elementen von Schutzkonzepten wurde nach Kooperationen bei der Durchführung von *Gefährdungseinschätzungen* in Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt gefragt. Hier holten sich 79,0 % der Heime Unterstützung bei externen Stellen, 12,9 % erarbeiteten Gefährdungseinschätzungen ohne Unterstützung durch externe Stellen und 8,1 % der Einrichtungen sahen sich eher nicht in der Lage, Gefährdungseinschätzung bei Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt durchzuführen oder empfanden dies nicht als ihre Aufgabe. Auch bei der Gefährdungseinschätzung werden fast gleich oft der Träger (54,4 %) und das Jugendamt (53,2 %) benannt. Etwas weniger werden Fachberatungsstellen (40,1 %) und die Heimaufsicht/das Landesjugendamt (30,7 %) herangezogen (n = 420).⁶⁸

B8. Unterstützungsbedarfe

Insgesamt wünschten sich die Heime beinahe zu gleichen Teilen zusätzliche Unterstützung (47,0 %) oder gaben an, keine weitere Unterstützung beim Umgang mit sexualisierter Gewalt zu benötigen (46,3 %). Die restlichen 6,7 % waren bezüglich weiterer Bedarfe unentschieden (n = 430). Bei einem geäußerten zusätzlichen Bedarf wünschten sich die befragten Personen aus dem Heimkontext am häufigsten Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen – für Kinder und Jugendliche (74,5 %) oder für die Mitarbeitenden (74,0 %), gefolgt von Vorlagen für bestimmte Bestandteile von Schutzkonzepten (wie Handlungspläne, Ehrenkodizes; 65,5 %) und Informationsmaterialien für die Eltern bzw. Sorgeberechtigten (65,0 %). Darüber hinaus wurde häufig ein Bedarf an spezifischen Fortbildungsangeboten angezeigt. 57,5 % benannten auch einen Bedarf an Leitfäden für Gespräche mit Betroffenen (n = 200).

Auf die Frage nach der eingeschätzten Relevanz verschiedener Arten von Ressourcen und Rahmenbedingungen für die gelingende Umsetzung von Konzepten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt in Heimen oder anderen Wohnformen sprach die Mehrheit der

⁶⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

⁶⁶ Mehrfachantworten waren möglich.

⁶⁷ Mehrfachantworten waren möglich.

⁶⁸ Mehrfachantworten waren möglich.

Befragten der Implementierung des Themas in Ausbildungscurricula von Fachkräften eine besondere Relevanz zu (79,4 %). Aber auch finanzielle und zeitliche Ressourcen, die thematische Auseinandersetzung im Team und eine fachliche Orientierung durch Leitlinien und Fortbildungen wurden überwiegend als „sehr wichtig“ eingeschätzt. Die Angaben der befragten Personen spiegeln insgesamt eine Sicht, wonach gelingende Schutzkonzepte in mehrfacher Hinsicht von günstigen Rahmenbedingungen und vorhandenen Ressourcen abhängen.

B9. Zusammenfassung

- ▶ Anlass für die Entwicklung eines institutionellen Schutzkonzepts waren in den meisten Einrichtungen die gesetzlichen Vorgaben (53,5 %), in 45,4 % der Fälle war ein konkreter Vorfall oder Verdachtsfall in der jeweiligen Einrichtung der ausschlaggebende Impuls.
- ▶ Lediglich ein Viertel der Befragten gaben für ihre Einrichtung an (24,5 %), eine systematische Bestandaufnahme der bereits vorhandenen Aktivitäten und Verfahren, die zur Prävention an sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen beitragen, gemacht zu haben (Potenzialanalyse), weitere 11,4 % planen dies für die nächsten zwölf Monate. In etwas mehr Einrichtungen (34,4 %) wurde geprüft, inwiefern Strukturen bzw. arbeitsfeldtypische Risiken in der eigenen Einrichtung bestehen, die sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern bzw. Jugendlichen begünstigen (Risikoanalyse). 11,9 % der Einrichtungen planen eine Risikoanalyse in den nächsten zwölf Monaten. Nur 16,3 % der Einrichtungen gaben an, sowohl eine Potenzial- als auch eine Risikoanalyse durchgeführt zu haben.
- ▶ Bei der Frage nach der Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an Entscheidungsprozessen gaben nahezu alle Einrichtungen (97 %) an, eine solche Beteiligung zu praktizieren. Ganz überwiegend handelt es sich (88,9 %) um allgemeine Gremien, an denen die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beteiligt sind. Ein etwas anderes Bild zeichnen die Ergebnisse bei den Angeboten nach, um die Sichtweisen der Eltern in institutionelle Entscheidungsprozesse einzubeziehen: Zwar wird auch für Eltern angegeben, dass sie ganz häufig, nämlich in 80 % der befragten Einrichtungen beteiligt werden, jedoch überwiegend nur über Einzelgespräche und nicht als Gruppe mit gemeinsamen Interessen in Gremien.
- ▶ Ein geregelter Beschwerdeverfahren, das den in Heimen untergebrachten Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern die Möglichkeit bietet, Kritik zu äußern, existiert in über 90 % der Einrichtungen. Soweit hierzu Angaben gemacht werden konnten, werden die Beschwerdeverfahren von Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern auch genutzt. In den meisten Einrichtungen handelt es sich um ein Beschwerdeverfahren, welches auch für Fälle von sexualisierter Gewalt gedacht ist (91,5 %).
- ▶ In der Mehrheit der Heime und sonstigen betreuten Wohnformen gibt es konkrete interne Ansprechpersonen (81,7 %) für die Beschäftigten zum Thema sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Daneben verfügen hierzu 82 % der Einrichtungen über weitere externe Ansprechpersonen.
- ▶ Informationsangebote für Kinder und Jugendliche zur Prävention von sexualisierter Gewalt und angrenzenden Themen werden (in Abhängigkeit vom Thema) in etwas über drei Fünftel (65,5 %) bis über drei Viertel (77,6%) der Einrichtungen (in Hinblick auf Angebote zur Aufklärung über

Kinderrechte) angeboten. Die Prävention von sexualisierter Gewalt ist derzeit in 65,5 % der Heime Thema von Informationsangeboten für Kinder und Jugendliche.

- ▶ Mit der Möglichkeit von Fällen sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat sich der Großteil der Einrichtungen auseinandergesetzt und einen Handlungsplan entwickelt (83,7 %).
- ▶ Ein weiterer Unterstützungsbedarf im Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern“ wird von knapp der Hälfte der Einrichtungen bejaht (47,0 %). Dabei werden verschiedene Bedarfe geäußert. Am häufigsten werden weitere Informationsmaterialien für die betreuten Kinder und Jugendliche bzw. die Mitarbeitenden gewünscht, teilweise ebenso weitere Fortbildungen und Unterstützung bei Risikoanalysen.
- ▶ Kooperationsbeziehungen bei der (Weiter-)Entwicklung und Umsetzung bestimmter Elemente von Schutzkonzepten (z.B. Beschwerdeverfahren, Leitbildern, Verhaltensregeln) erfolgten vorwiegend im Rahmen kooperativer Prozesse. Insgesamt spiegeln die Angaben der befragten Einrichtungen dem Träger einen bedeutsamen Stellenwert bei der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen wider. Bei der Weiterentwicklung bzw. Umsetzung von Handlungsplänen zu Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt wurde vorwiegend mit dem Träger (60,6 %), dem Jugendamt (46,6 %) und der Heimaufsicht/dem Landesjugendamt (40,6 %) zusammengearbeitet.
- ▶ Insgesamt zeigen die vorliegenden Ergebnisse im Handlungsfeld Heime/sonstige betreute Wohnformen, dass die befragten Einrichtungen durchschnittlich neun der zehn im Konzept des UBSKM enthaltenen Elemente von Schutzkonzepten⁶⁹ bereits entwickelt und in ihrer Einrichtung implementiert haben.

⁶⁹ Für die vertiefte Analyse wurde ein Summenscore aus den Angaben zu den Fragen (1) „Beschwerdeverfahren bei Fällen sexualisierter Gewalt“, (2) „Verhaltensregeln“, (3) „Spezifische Fortbildungen für die Beschäftigten“, (4) „Handlungsplan“, (5) „Ansprechstellen für die Beschäftigten/Betreuten“, (6) „Leitbild“, (7) „Kooperation“, (8) „Partizipation der Betreuten/Eltern“, (9) „Präventionsangebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ und (10) „Thematisierung von sexualisierter Gewalt in Bewerbungsgesprächen“ gebildet.

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

Vorneweg sei zur Einordnung der vergleichenden Ergebnisdarstellung darauf hingewiesen, dass Veränderungen im Prozess der Entwicklung, Implementierung und Umsetzung von Schutzkonzepten vor dem Hintergrund der Erhöhung der aktuellen Stichprobengröße um über 20 % zu interpretieren sind. Im Vergleich zur vorherigen Monitoring-Welle im Jahr 2013⁷⁰ ist ein Anstieg von 8 % derjenigen Einrichtungen, die angaben, ein umfassendes Präventionskonzept zu besitzen, zu verzeichnen, während der Anteil der Einrichtungen, die bisher nur einzelne Maßnahmen zur Prävention nutzten im aktuellen Monitoring zurückgegangen sind.

Im Hinblick auf schriftlich niedergelegte Regeln zum fachlich angemessenen Umgang mit den betreuten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist im Vergleich zum letzten Monitoring in 2013 ein ansteigender Trend der Einrichtungen, die schriftlich niedergelegte Verhaltensregeln berichten, um ca. 13 % zu beobachten.

Daneben ist auch ein Zuwachs in den Angeboten, die die betreuten Kinder und Jugendlichen über sexualisierte Gewalt bzw. die Prävention von sexualisierter Gewalt informieren und sie stärken sollen, um ca. 15 % zu verzeichnen. Bei einem Blick auf die Inhalte der Angebote zeigt sich, dass insbesondere Angebote zur Sexualerziehung weit verbreitet sind.

Bei den institutionellen Handlungsplänen, die Orientierung und Handlungssicherheit im Umgang mit (Verdachts-)Fällen sexualisierter Gewalt bieten sollen, zeigt sich eine Weiterentwicklung. 12,5% mehr Einrichtungen gaben an, über einen Handlungsplan in Fällen sexualisierter Gewalt zu verfügen.

In der Mehrheit der Fälle existieren zwischenzeitlich Ansprechpersonen im Hinblick auf Fragen der Prävention und Intervention bei sexualisierter Gewalt für die Betreuten. In den letzten vier Jahren hat sich zwischen den Monitoring-Wellen eine positive Veränderung um ca. 13 % ergeben. Die Ansprechpersonen für die Heimbewohner/innen sind nach wie vor vorwiegend direkt vor Ort in den Einrichtungen tätig.

Die Teilnahme an spezifischen Angeboten zur Qualifizierung und Fortbildung zum Themenkomplex sexualisierte Gewalt vonseiten der haupt- und ehrenamtlich Tätigen hat in den letzten Jahren einen erneuten, jedoch geringen Zuwachs um ca. 3 % erfahren.

Mit Blick auf das letzte Monitoring im Jahr 2013 ist weiterhin ein Unterstützungsbedarf von Seiten der Einrichtung im Hinblick auf das Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern“ gegeben (s. Abschnitt B8). Wie schon bei der vorherigen Erhebung wünschen sich die Mehrheit der Einrichtungen Informationsmaterialien für die Mitarbeitenden sowie für die Kinder und Jugendlichen.

⁷⁰ Die in den Vergleich einbezogenen Daten beziehen sich vorwiegend auf UBSKM (2013a) und UBSKM (2013b). Der Vergleich zwischen den Befunden des aktuellen mit denen der vorherigen Monitoring (im Jahr 2013) ist als Trend zu interpretieren. Veränderungstendenzen können sich u.a. auch aus den veränderten Rückläufen bzw. kleineren Anpassungen resp. Differenzen in den Frageformulierungen ergeben. Minimale Abweichungen zu den berichteten Prozentangaben sind darauf zurückzuführen, dass in den Vergleich ausschließlich die gültigen Angaben ohne Berücksichtigung der „Weiß ich nicht“-Kategorie einbezogen wurden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Veränderungstendenzen im Feld der Heime im Vergleich zum vorherigen Monitoring recht gering ausfallen, was aber vor dem Hintergrund, dass die Heime bereits 2013 im Verhältnis zu den anderen Handlungsfeldern einen weiteren Stand der Entwicklung, Implementierung und Umsetzung von Schutzkonzepten aufwiesen, betrachtet werden muss.

IV. BEFUNDE AUS DEM BEREICH GESUNDHEIT

C. Kliniken

C1. Stichprobe

Bei einer Stichprobengröße von 165 Kliniken waren 70,9 % Somatische Kliniken, 32,7 % Psychiatrische Kliniken und 14,5 % Rehakliniken.⁷¹ Die vorliegende Stichprobe setzt sich mehrheitlich aus Kliniken bzw. Kliniken mit Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche zusammen (79,0 %). In knapp jedem fünften Fall handelt es sich um eine Klinik mit einer gemeinsamen Fachabteilung bzw. mit gemeinsamen Fachabteilungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. 9,9 % der Stichprobe sind entsprechend dem medizinischen Profil eine Rehabilitationseinrichtung (n = 162).

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

Im Durchschnitt wurden die Kinder und Jugendlichen laut der Angaben der befragten Kliniken von insgesamt 25 Ärztinnen und Ärzten behandelt bzw. medizinisch betreut, wobei die Spannweite von einer bis zu 197 Ärztinnen bzw. Ärzten reicht (n = 129). Pflegerisches Personal ist deutlich häufiger vertreten (im Durchschnitt 78 pro Klinik). Auch hier ist eine sehr große Spannweite von lediglich einer Person bis zu 500 Personen zu verzeichnen (n = 130),⁷² Psychologisches Personal ist nur selten vorhanden. Pro Klinik sind rund sechs Beschäftigte im psychologischen Bereich tätig (n = 130), in 6,9 % der Kliniken ist kein psychologisches Personal vorhanden (n = 9). Pädagogisches Personal (z.B. Sozialdienst) ist in 8,2 % der Kliniken nicht vorhanden (n = 10). Pro Klinik sind im Mittel sechs Personen im pädagogischen Bereich tätig (n = 122). Kinderschutzgruppen⁷³ gibt es in mehr als jeder zweiten Klinik (55,2 %; n = 91).⁷⁴

⁷¹ Mehrfach erfolgte eine Zuordnung als somatische und psychiatrische Klinik.

⁷² Bei Kliniken, die lediglich eine Ärztin oder einen Arzt angaben, handelt es sich um Rehabilitationseinrichtungen.

⁷³ Kinderschutzgruppen an Kliniken bzw. in Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche ermöglichen durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung einen (inter)professionellen Umgang bei Verdachtsfällen einer Kindeswohlgefährdung mit den oftmals komplexen Behandlungsbedarfen und rechtlichen Herausforderungen (vgl. dazu auch: Thun-Hohenstein 2016). Anhand strukturierter Abläufe werden Diagnosen, die Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung nahelegen, innerhalb eines innerklinischen, multiprofessionellen Teams, die sich je nach regionaler Verfügbarkeit aus ärztlichen und nicht-ärztlichen Personen zusammensetzen, abgeklärt (vgl. Herrmann u.a. 2016).

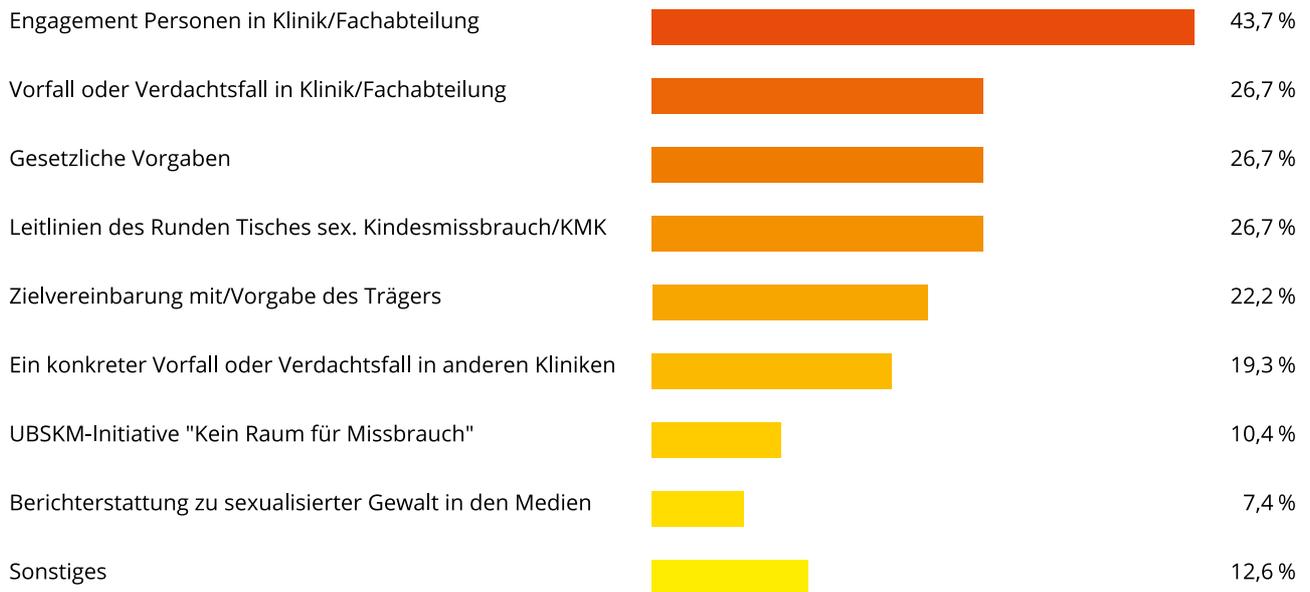
⁷⁴ Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Beschäftigten, nicht auf Vollzeitäquivalente.

Von den Teilnehmenden waren 55,1 % männlich (n = 87) und 44,9 % weiblich (n = 71). Durchschnittlich sind die antwortenden Personen 49 Jahre alt, wobei die jüngste teilnehmende Person im Jahr 1987, die älteste 1952 geboren wurde (n = 150). Am häufigsten wurde der Fragebogen von einer leitenden Ärztin bzw. einem leitenden Arzt ausgefüllt (36,3 %; n = 58) oder der Klinikleitung (26,9 %; n = 35,2). Weniger häufig unter den Teilnehmenden vertreten sind Personen aus der Pflege- und Erziehungsdienstleistung (8,1 %; n = 13), Ärztinnen oder Ärzte ohne leitende Funktion (8,8 %; n = 14), Präventionsbeauftragte (1,3 %; n = 2) oder Mitarbeitende in der Personalabteilung (1,3 %; n = 2). Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 21,18 Jahre mit einer Spannweite von einem bis 47 Jahren Berufserfahrung.

C2. Anstoß für die Entwicklung des Schutzkonzeptes

48 % der Kliniken sahen sich im Besitz eines Schutzkonzeptes und beantworteten Fragen zu dessen Genese. Den Anstoß für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes gab in diesem Handlungsfeld vor allem das besondere Engagement einer Einzelperson bzw. einer Personengruppe (43,7 %). Leitlinien des *Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch*, gesetzliche Vorgaben bzw. ein konkreter Vorfall oder Verdachtsfall innerhalb der Klinik führten bei rund einem Viertel der Einrichtungen zur Entwicklung eines Schutzkonzeptes (jeweils 26,7 %). Fast ebenso häufig dienten Zielvereinbarungen mit/Vorgabe des Trägers als Anstoß (22,2 %). Als weitere Anlässe wurden ein Vorfall oder Verdachtsfall in anderen Kliniken (19,3 %), die Initiative „Kein Raum für Missbrauch“ des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (10,4 %), die Berichterstattung zu sexualisierter Gewalt in den Medien (12,6 %) oder sonstige Anstöße genannt (12,6 %) (n = 135) (vgl. Abbildung C1: Anstoß zur Entwicklung des Schutzkonzeptes).

Abbildung C1: Anstoß zur Entwicklung des Schutzkonzeptes



n=80; Fehlende Werte=85
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

C3. Potenzial- und Risikoanalyse

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

Kliniken, die bereits eine *Potenzialanalyse* durchführt haben, prüften dabei am häufigsten vorhandene Fortbildungen für Mitarbeitende (82,9 %) bzw. vorhandene Beschwerdeverfahren (80,5 %). Ähnlich oft wurden Anknüpfungspunkte in Handlungsplänen für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung (78,0 %) sowie Kooperationen mit anderen Institutionen (78,0 %) gesucht. Weniger oft wurden die Verankerung grundlegender Prinzipien des Miteinanders im Leitbild gesehen (56,1 %) und die Angebote für Kinder und Jugendliche (29,3 %) sowie die Partizipationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche (24,4 %) als Themen der Potenzialanalyse genannt (n=41) (vgl. Abbildung C2).

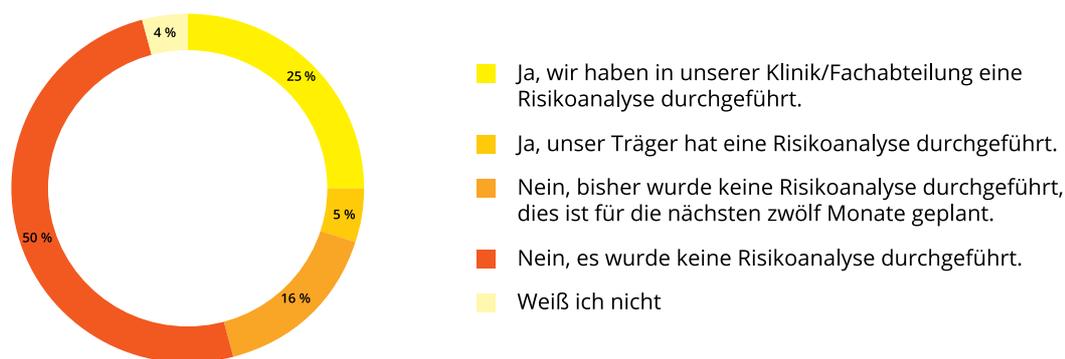
Abbildung C2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden



n=41; Fehlende Werte=124
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Neben einer Potenzialanalyse können auch Schwachstellen und Risiken in der Klinik, die sexualisierte Gewalt begünstigen, betrachtet werden und als Grundlage für Anpassungen und Veränderungen dienen. Insgesamt wurde eine solche Analyse in 41 Kliniken bzw. Fachabteilungen (25,6 %) durchgeführt, bei acht Einrichtungen hat dies der Träger übernommen (5,0 %). Über die Hälfte aller Kliniken analysierten ihre Strukturen bisher noch nicht im Hinblick auf Risiken (65,6%) (n = 160) (vgl. Abbildung C3).

Abbildung C3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)



n=160; Fehlende Werte=5
Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Bei einer bereits durchgeführten *Risikoanalyse* wurde vor allem betrachtet, ob besondere Situationen oder Räumlichkeiten die Ausübung sexualisierter Gewalt durch das Klinikpersonal begünstigen (jeweils 84,8 %). Situationen, welche die Ausübung sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen begünstigten, fokussierten 78,3 % der Kliniken. Fast gleich häufig gaben Kliniken den Aspekt der Kommunikation und den Umgang des Klinikpersonals mit Kindern und Jugendlichen als Thema der Risikoanalyse an (76,1 %). Weiterhin wurde analysiert, inwieweit besondere Abhängigkeitsverhältnisse zwischen dem Klinikpersonal und den Kindern und Jugendlichen die Ausübung sexualisierter Gewalt begünstigen (71,7 %), ob von sexualisierter Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in der Klinik eine Ansprechperson finden, die ihnen weiterhelfen kann (58,7 %), ob besondere Abhängigkeitsverhältnisse unter Kindern und Jugendlichen bestehen (54,3 %), ob die Kommunikation und der Umgang unter Kindern und Jugendlichen die Ausübung sexualisierter Gewalt begünstigt (50,0 %) (n = 46).⁷⁵ Bei dem zuletzt genannten Aspekt zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den einbezogenen Fachrichtungen der Kliniken. So wurde dieser Aspekt nur in 3,4 % der Somatischen Kliniken, jedoch in 41,7 % der Psychiatrischen Kliniken und in 25,0 % der Rehakliniken betrachtet (p < .001).⁷⁶

Bei der Durchführung suchten sich 68,3 % der Kliniken mit Risikoanalyse externe Unterstützung. Am häufigsten wurde dabei mit dem Träger der Klinik (60,7 %) kooperiert. Fachberatungsstellen standen

⁷⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

⁷⁶ Vertiefte Analysen werden nur dann berichtet, wenn sie mit hoch signifikanten Ergebnissen einhergehen.

bei 39,3 % der Kliniken unterstützend zur Seite, bei 32,1 % das Jugendamt. Mit sonstigen Stellen kooperierten 10,7 % der Kliniken (n = 28).⁷⁷

C4. Prävention allgemein

Als ein allgemeines präventives Prinzip gegen äußerst verschiedene Missstände, einschließlich sexualisierter Gewalt, kann die Partizipation gezählt werden. 81,0 % der Kliniken, die Fragen hierzu beantwortet hatten, gaben an, dass sie sich bemühen, Kindern und Jugendlichen Gehör zu verschaffen. 40,9% dieser Kliniken nutzen dazu verschiedene Gremien (z.B. Stationsbesprechungen). Andere Verfahren (z.B. anonymer Briefkasten, Evaluationsfragebögen) stehen Kindern und Jugendlichen in 95,9 % der Kliniken mit partizipativer Orientierung zur Verfügung (n = 132).⁷⁸

Nahezu durchgängig berichten die teilnehmenden Kliniken, dass sie Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines geregelten Beschwerdeverfahrens eine Möglichkeit anbieten, Kritik zu äußern und auf Probleme aufmerksam zu machen (84,2 %). Dabei wurde die Möglichkeit in analoger Form am häufigsten angegeben (84,9 %). Ansprechpersonen (64,7 %) und digitale Formen (39,6 %) sind weniger verbreitet (n = 139).⁷⁹ Dabei können vor allem Psychiatrische Kliniken (83,3 %) und Rehabilitationseinrichtungen (70,8 %) auf eine Ansprechperson zurückgreifen. Somatische Kliniken (41,4 %) berichten signifikant seltener davon, Ansprechpersonen als Teil eines geregelten Beschwerdeverfahrens etabliert zu haben ($p < .001$). Alle Kliniken mit geregeltem Beschwerdeverfahren zusammen schilderten für das vergangene Jahr 296 Beschwerden, im Durchschnitt waren es 4,62 Beschwerden pro Klinik (n = 64).

C5. Prävention sexualisierter Gewalt

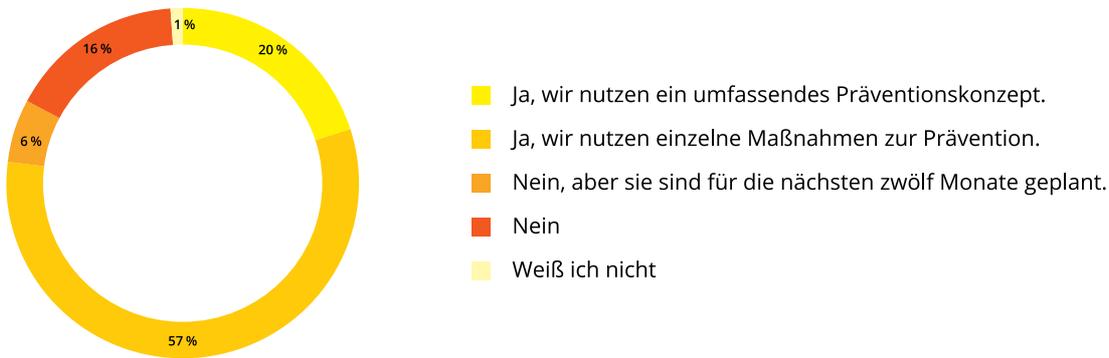
Spezifische Maßnahmen zur Prävention sexualisierter Gewalt (z.B. Fortbildungen, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner) berichten 56,7 % der Kliniken. Weitere 20,1 % der Kliniken verfügen ihrer eigenen Einschätzung nach sogar über ein umfassendes Präventionskonzept. 6,1 % der Kliniken, die bisher keine Präventionsansätze verfolgen, planen dies in den nächsten zwölf Monaten (n = 164) (vgl. Abbildung C4).

⁷⁷ Mehrfachantworten waren möglich.

⁷⁸ Mehrfachantworten waren möglich.

⁷⁹ Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung C4: Ansätze zur Prävention sexualisierter Gewalt in den befragten Kliniken



n=164; Fehlende Werte=1
Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Die Befragten beurteilten die Möglichkeit ihrer Klinik zur Prävention sexualisierter Gewalt von Personal gegenüber Kindern und Jugendlichen im Mittel als „gut“ (M = 4,05).⁸⁰ Die Möglichkeit zur Prävention sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen wurde etwas „weniger gut“ bewertet (M = 3,63). Immerhin noch mittelmäßig sehen die Befragten ihre Möglichkeit zur Prävention sexualisierter Gewalt in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen (M = 3,27; n = 116).

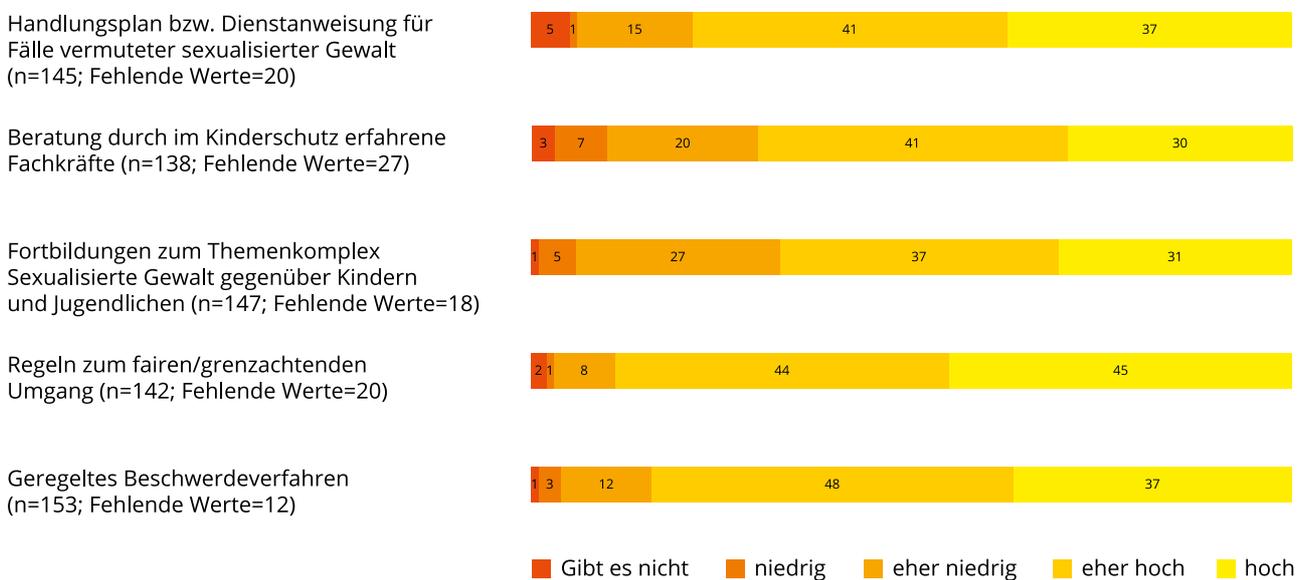
Nach der Selbsteinschätzung⁸¹ der Befragten zum Umsetzungsgrad von fünf Elementen von Schutzkonzepten ist dieser für jedes einzelne Element mehrheitlich „hoch“ bis eher „hoch“ (n = 110) (vgl.

⁸⁰ Hier konnten die Befragten auswählen zwischen sehr schlecht (=1) bis hin zu sehr gut (=5).

⁸¹ Die Befragten hatten die Auswahlmöglichkeit von hoch (=1) bis niedrig (=4).

). 33,9 % der Einrichtungen, die diese Fragen beantwortet haben, schreiben sich bei allen abgefragten Elementen einen „eher hohen“ oder „hohen“ Umsetzungsgrad zu.

Abbildung C5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in Kliniken⁸²



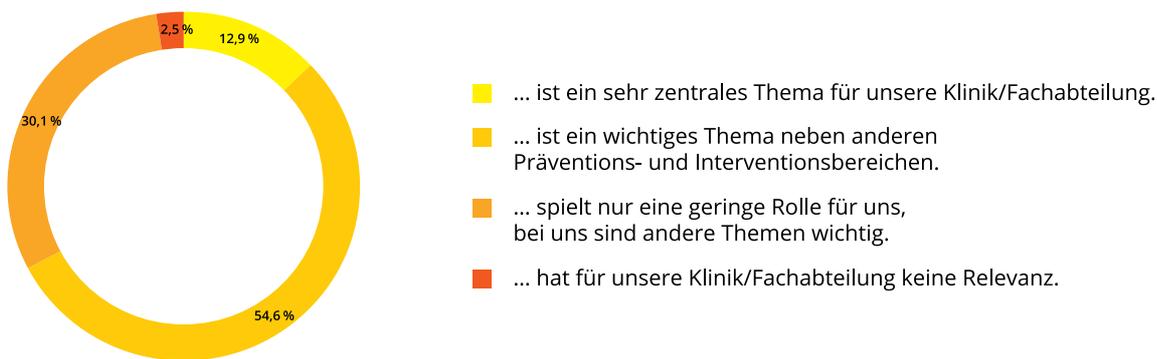
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

⁸² Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

Viele Kliniken sehen eine relativ hohe Relevanz des Themas für sich. So geben 54,6 % an, das Thema Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen sei, neben anderen Präventions- und Interventionsbereichen, ein wichtiges Thema. Für ein Zehntel der Kliniken bzw. Fachabteilungen stellt es ein zentrales Thema dar (12,9 %). Eine geringe Rolle spielt das Thema in rund jeder dritten Klinik (30,1 %), gar keine Relevanz sprachen 2,5 % der Einrichtungen dieser Thematik zu (n = 163) (vgl. Abbildung C6).

Abbildung C6: Einschätzung der Relevanz des Themas "Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen"



n=163 ; Fehlende Werte=2
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

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

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

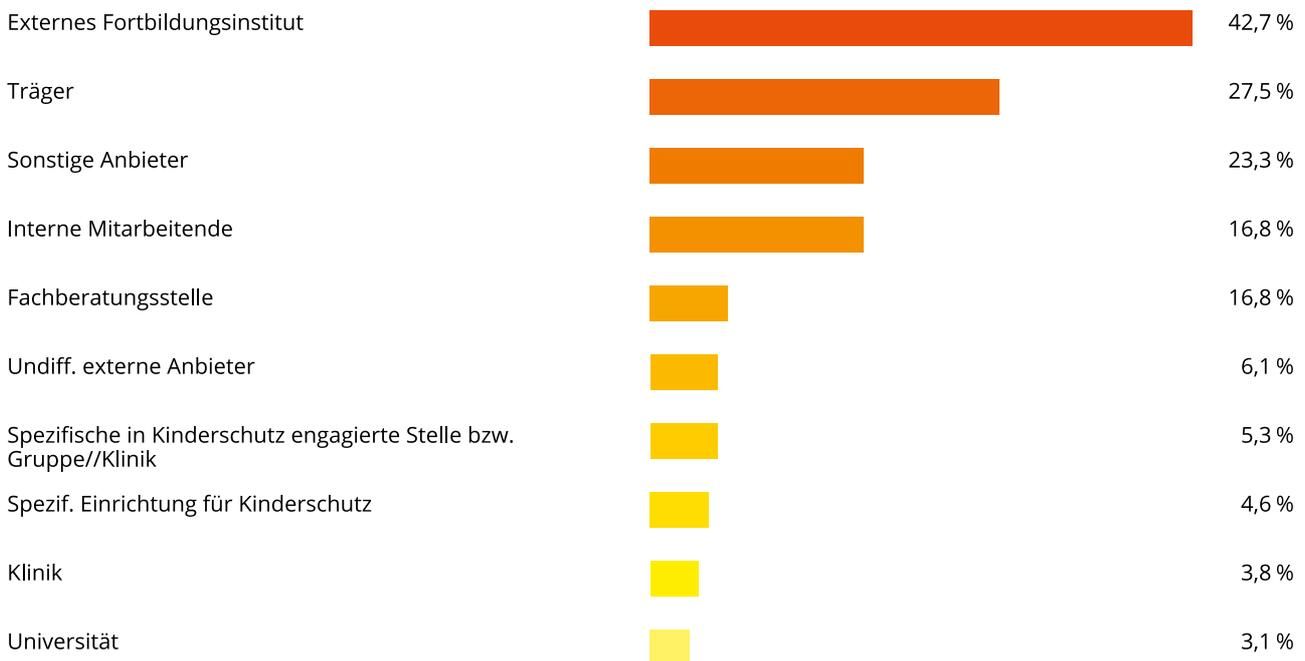
68,5 % der Kliniken geben an, eine externe Ansprechperson für Beschäftigte zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ benannt zu haben. Sofern dies der Fall ist, sind diese häufig beim Jugendamt angesiedelt (72,6 %). Jede zweite Klinik hat eine externe Ansprechperson bei

einer Fachberatungsstelle (54,9 %), beim Träger jede fünfte (24,8 %) (n = 113).⁸³ Eine externe Ansprechperson zu benennen, planen 5,5 % aller Kliniken in den nächsten zwölf Monaten.

Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“, die zur Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals dienen, werden von 82,4 % der Kliniken berichtet (n = 136). Diese wurden vor allem von Ärztinnen und Ärzte besucht (91,9 %). Neben Leitungen (53,7 %) besuchten teilweise auch Mitarbeitende der Verwaltung und des medizinisch-technischen Bereichs Fortbildungen zu diesem Themenkomplex (44,9 %). Sozialpädagogisches Personal erhielt in rund drei Viertel der Kliniken Fortbildungen speziell zum Thema (62,5 %), ebenso Ehrenamtliche (24,3 %) (n = 136).⁸⁴

Durchgeführt wurden Fortbildungen zu sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen vor allem durch externe Fortbildungsinstitute (42,7 %). Auch der Träger (27,5 %) wird als Anbieter genannt, ebenso Fachberatungsstellen (16,8 %) und interne Mitarbeitende (16,8 %). Die Kategorie nicht näher spezifizierter weiterer Anbieter wurden relativ häufig angekreuzt (22,9 %), was darauf hindeutet, dass wichtige Gruppen von Anbietern in den vorgegebenen Antwortalternativen gefehlt haben (n = 135) (vgl. Abbildung C7).

Abbildung C7: Anbieter der Fortbildungen



n=135; Fehlende Werte=30
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Der Aufgabe, Leitbilder als einen Aspekt des Schutzkonzeptes zu formulieren, haben sich 59,4 % der Kliniken, von denen Angaben vorliegen, angenommen. Wird unterstellt, alle Kliniken, zu denen

⁸³ Mehrfachantworten waren möglich.

⁸⁴ Mehrfachantworten waren möglich.

Antworten fehlen, hätten kein Leitbild, sinkt dieser Anteil auf 35,8%. Sofern ein Leitbild vorhanden ist, wurde dies bei 59,2 % zumindest teilweise auf Trägerebene entwickelt, und bei 53,1 % der Leitbilder handelt es sich zumindest teilweise um eine Eigenentwicklung (n = 98).⁸⁵ Ein Leitbild zu entwickeln, planen 10,3 % aller Einrichtungen, von denen Angaben vorliegen, bzw. 6% aller 165 teilnehmenden Kliniken.

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

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

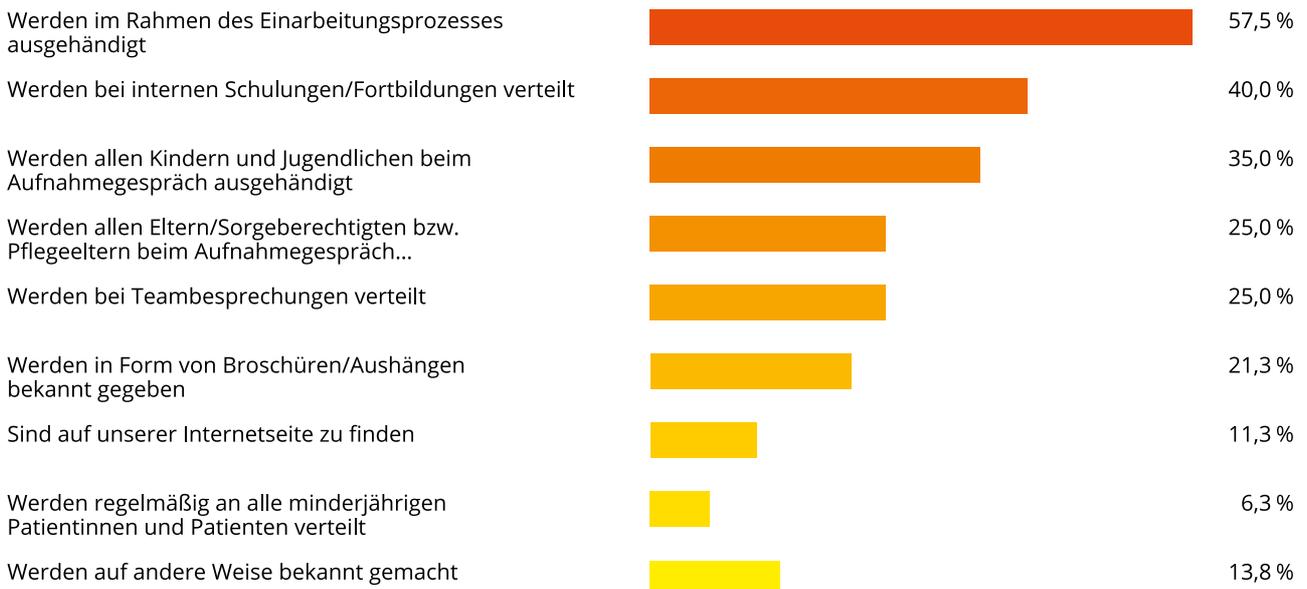
Vorhandene schriftliche Verhaltensregeln werden unterschiedlich bekannt gemacht (vgl.

Abbildung C8). In mehr als jeder zweiten Klinik mit einem solchen Kodex wird dieser den Mitarbeitenden im Rahmen des Einarbeitungsprozesses ausgehändigt (57,5 %). Weniger häufig erhalten die Mitarbeitenden Informationen über die Verhaltensregeln bei internen Schulungen oder Fortbildungen (40,0 %) oder in Teambesprechungen (25,0 %). Mit Kindern und Jugendlichen werden vorhandene Verhaltensregeln in 35,0 % der Kliniken beim Aufnahmegespräch thematisiert, mit Eltern bzw. Sorgeberechtigten in jeder vierten Klinik, die über ein solches Regelwerk verfügt (25,0 %). Weiterhin werden Verhaltensregeln teilweise in Form von Broschüren oder Aushängen (21,3 %) bzw. auf Internetseiten (11,3 %) bekannt gemacht (n = 80)⁸⁶.

⁸⁵ Mehrfachantworten waren möglich.

⁸⁶ Mehrfachantworten waren möglich. Die Werte beziehen sich auf die Angaben von Personen, die die Verhaltensregeln bereits bekannt machen.

Abbildung C8: Thematisierung erstellter Verhaltensregeln



n=80; Fehlende Werte=85
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

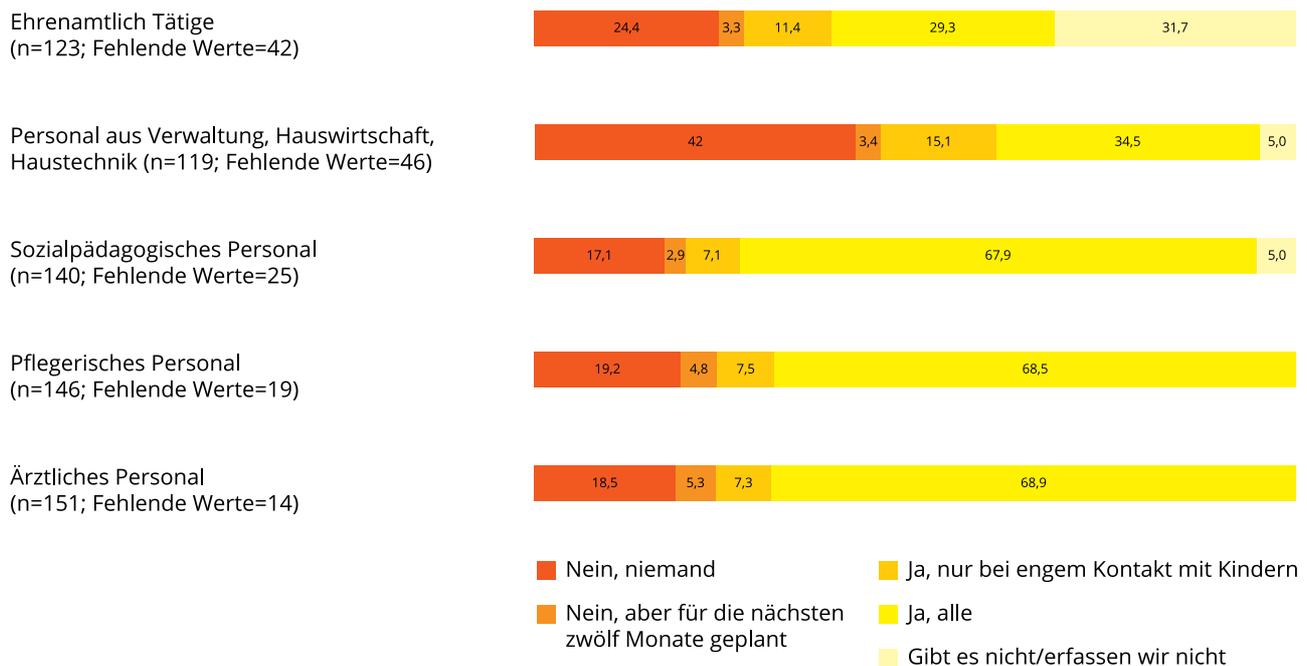
Um das Personal zu sensibilisieren, kann die Wichtigkeit des Themas *Sexualisierte Gewalt in Bewerbungsgesprächen* thematisiert werden. Die meisten Kliniken gaben an, den Schutz von minderjährigen Patientinnen und Patienten vor sexualisierter Gewalt selten (33,1 %) oder nie (38,2 %) in Bewerbungsgesprächen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

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

Ähnlich sieht es beim *pflegerischen Personal* aus. Mit nahezu identischen Prozentzahlen gaben rund zwei Drittel der Befragten für ihre Klinik an, dass ein erweitertes Führungszeugnis regelhaft verlangt wird (68,5 %), bzw. in 7,5 % der Kliniken nur, wenn ein enger Kontakt zu Kindern und Jugendlichen besteht (n = 146). Auch bei den anderen beiden Antwortkategorien bestehen kaum Unterschiede zur Situation beim *ärztlichen Personal* (geplante Einführung einer Vorlagepflicht; 4,8%, keine Vorlage: 19,2%). Fast ebenso häufig wird das *sozialpädagogische Personal* aufgefordert, ein erweitertes Führungszeugnis vorzulegen (67,9 %). In 7,1 % der Kliniken wird dies jedoch nur verlangt, wenn ein enger Kontakt zu Kindern und Jugendlichen vorhanden ist (n = 133). Das *Personal aus der Verwaltung* wird nur in jeder dritten Klinik nach einem Führungszeugnis gefragt (34,5 %). Hier wird deutlich, dass im

Vergleich zu den sonstigen Beschäftigten die Vorlage des Führungszeugnisses vor allem bei engem Kontakt zu Kindern und Jugendlichen verlangt wird (15,1 %). Häufig jedoch müssen diese Beschäftigten gar kein Führungszeugnis vorlegen (42,0 %) (n = 113). Ehrenamtliche müssen dies in 42,9 % der Kliniken tun bzw. in 16,7 % nur bei engem Kontakt (n = 84) (vgl. Abbildung C9).

Abbildung C9: Personengruppen, die ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen⁸⁴



Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

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

C6. Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt

Bei Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt oder anderen Formen von Kindeswohlgefährdung kann ein Handlungsplan (auch Notfallplan, Interventionsplan u.Ä.) Orientierungshilfe bieten und damit das Handeln qualifizieren und zuverlässiger machen. Für 75,6 % der Kliniken wurde angegeben, dass ein solcher Handlungsplan vorliegt. Für 14,6 % der Einrichtungen wurde dies verneint und 8,5 % aller Kliniken planen, einen Handlungsplan in den nächsten zwölf Monaten zu entwickeln (n = 164) (vgl. Abbildung C10).

⁸⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

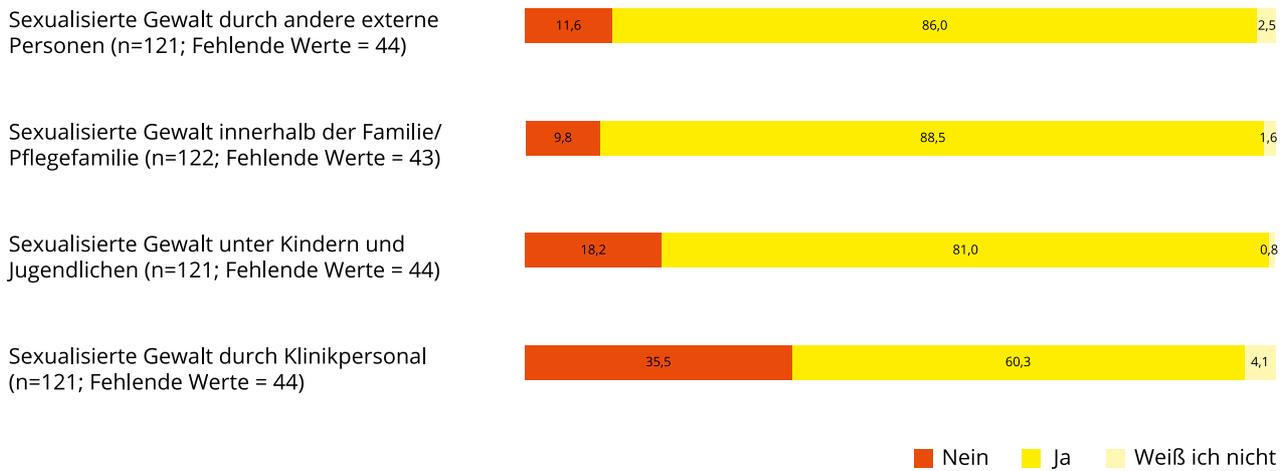
Abbildung C10: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung



n=164; Fehlende Werte=1
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Sofern ein Handlungsplan in Kliniken existiert, sind dort verschiedene mögliche Konstellationen vorzufinden. Situationen mit sexualisierter Gewalt durch das Klinikpersonal berücksichtigen demnach 60,3 % der Kliniken in ihren Handlungsplänen (n = 121). Häufiger wird sexualisierte Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (81,0 %; n = 121) thematisiert, sexualisierte Gewalt innerhalb der Familie bzw. Pflegefamilie (88,5 %; n = 122) und sexualisierte Gewalt durch andere externe Personen (86,0 %; n = 121). Nach den Selbstberichten von Kliniken gehen 45,97 % der Handlungspläne auf alle vier genannten Fallkonstellationen ein (vgl. Abbildung C11).

Abbildung C11: Fallkonstellationen, die im Rahmen des Handlungsplans berücksichtigt werden⁸⁸



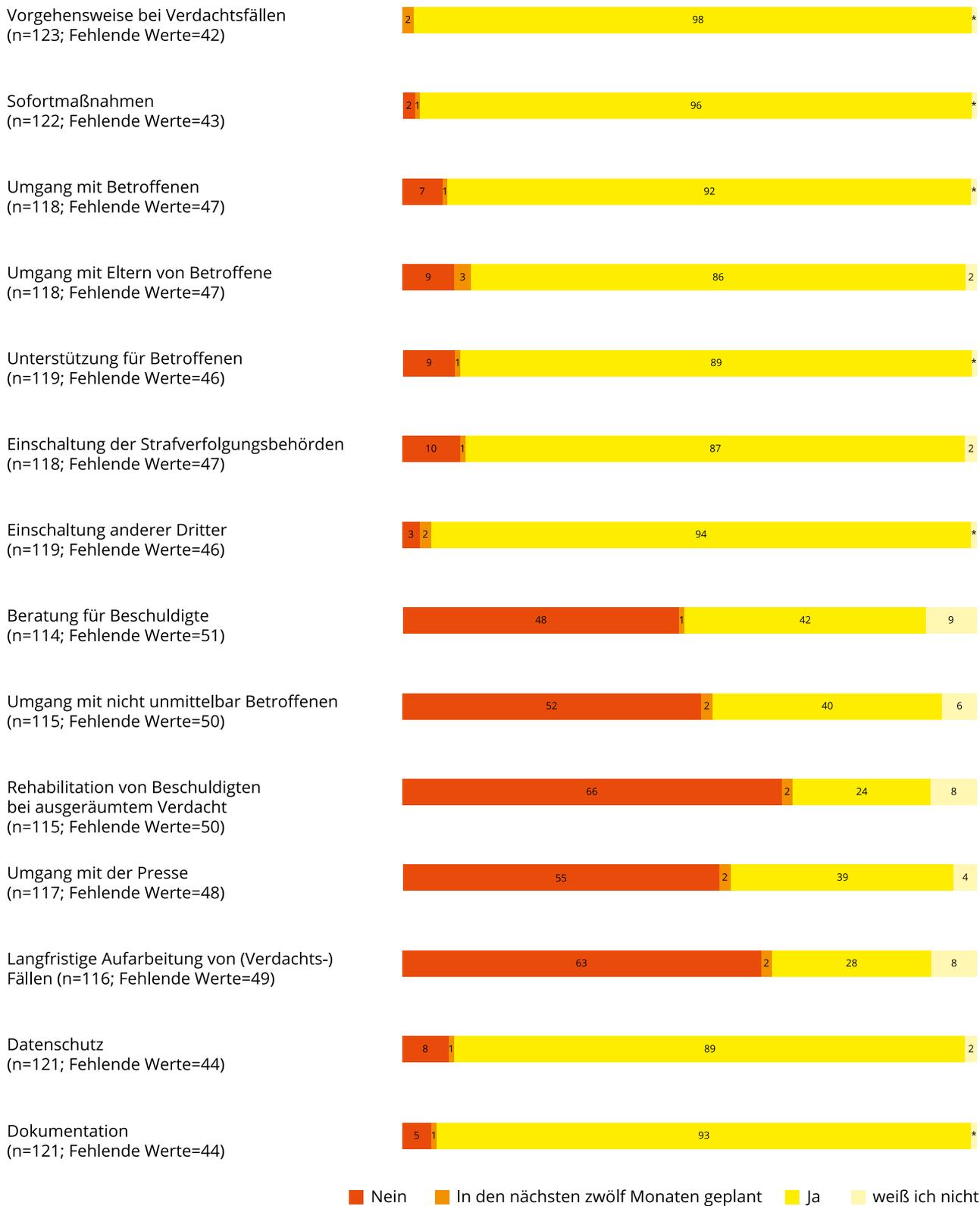
Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

Handlungspläne können auf verschiedenartige Aspekte fachlichen Handelns eingehen und sich damit in dem Ausmaß, in dem sie Orientierung bieten, unterscheiden (vgl. Abbildung C12). Besonders häufige Beachtung finden Aspekte wie das Vorgehen bei Verdachtsfällen (97,6 %; n = 123), Sofortmaßnahmen (95,9 %; n = 122), Einschaltung Dritter (v.a. des Jugendamtes, 94 %, n=119), Umgang mit Betroffenen (91,5 %; n = 118), Dokumentation (93,4 %; n = 121), Datenschutz (89,3 %; n = 121) und die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden (87,3 %; n = 118) (vgl. Abbildung C12). Wird angenommen, dass die sieben am häufigsten genannten Aspekte Kernelemente von Handlungsplänen aus Sicht der Kliniken darstellen, dann kann keine Klinik angeben, alle diese Kernelemente zu berücksichtigen. Vier oder mehr Aspekte werden von 69,1 % der Kliniken berücksichtigt, weniger als vier entsprechend von 30,9 % der Kliniken.

⁸⁸ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

Abbildung C12: Aspekte, zu denen der Handlungsplan Orientierungshilfe bietet⁸⁹



Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.
 * "Weiß ich nicht" liegt bei ungefähr 1%

Angaben in %

⁸⁹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Balken verzichtet.

In 63,9 % der Kliniken mit Handlungsplan wurde dieser nach Angaben der Befragten schon mehrmals eingesetzt. In weiteren 13,1 % der Kliniken kam ein vorhandener Handlungsplan bisher einmal zum Einsatz. Ein weiterer Anteil von 13,1 % der Kliniken berichtete, über einen Handlungsplan zu verfügen, diesen bisher aber noch nicht eingesetzt zu haben. Die restlichen 9,8 % wussten nichts über die Anwendung des Handlungsplan bei einem Fall von sexualisierter Gewalt (n = 122). Kliniken, die den Handlungsplan mindestens einmal anwendet hatten, beurteilten diesen im Durchschnitt als ziemlich hilfreich mit einem Mittelwert von 1,78.⁹⁰ Nahezu durchgängig (95,7 %) erfolgte eine Bewertung zum Einsatz gekommener Handlungspläne im positiven Skalenbereich (Skalenwerte 1–3 bei einer sechsstufigen Skala und Skalenwert 1 gleich „sehr hilfreich“. Als „gar nicht hilfreich“ wurde der Handlungsplan in keinem Fall bewertet (n = 94).

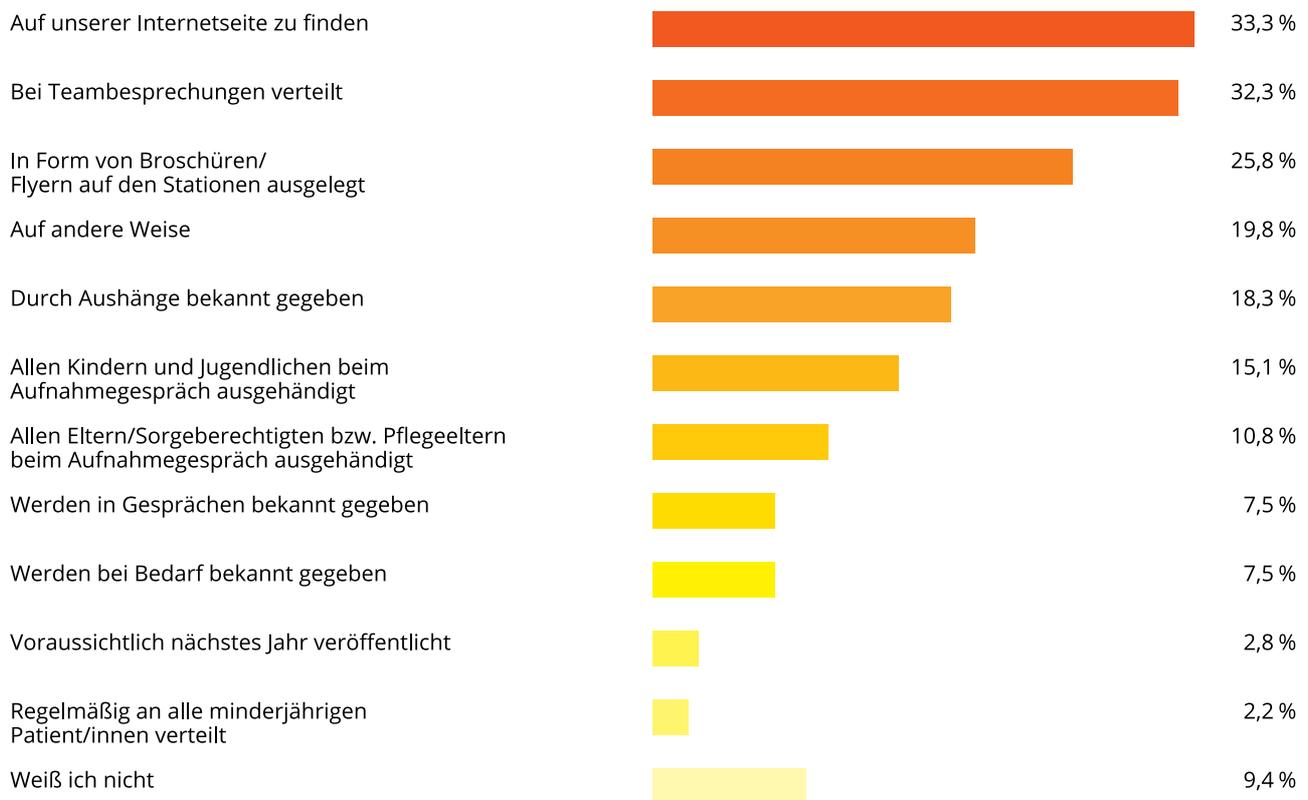
Ein Aspekt in den Handlungsplänen kann sich auf eine *Ansprechperson* beziehen, an die sich Kinder und Jugendliche, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, wenden können. Unabhängig davon, ob ein Handlungsplan etabliert wurde oder nicht, wird von 69,1 % der Kliniken, zu denen Angaben vorliegen, berichtet,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

In jeder dritten Klinik fungiert weiterhin eine externe Stelle als Ansprechperson (z.B. Jugendamt, Fachberatungsstelle, Obhutperson) (37,7 %). Selten ist eine Ansprechperson auf der Ebene des Trägers benannt (11,4 %) (n = 114).⁹¹ Für 18,8 % aller Kliniken, wird die Frage nach einer bereits benannten Ansprechperson für Kinder bzw. Jugendliche im Fall sexualisierter Gewalt verneint (n = 31). In Kliniken, die schon eine Ansprechperson etabliert haben, werden die Kontaktdaten überwiegend auf der Internetseite der Klinik bekannt gemacht (33,7 %). Das Personal erhält die Kontaktdaten der Ansprechperson vor allem in Teambesprechungen (32,3 %). Kinder und Jugendliche, sowie deren Eltern erhalten die Kontaktdaten in Form von Broschüren (25,8 %), bei Aufnahmegesprächen (15,1 % bzw. 10,8 %) oder diese werden auf andere Weise bekannt gegeben (19,8 %) (n = 93) (vgl. Abbildung C13).

⁹⁰ Die Befragten konnten zwischen sehr hilfreich (=1) und gar nicht hilfreich (=6) auswählen.

⁹¹ Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung C13: Bekanntmachung der Ansprechperson für die in der Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen mit erlebter sexualisierter Gewalt



n=106 ; Fehlende Werte=59
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

C7. Kooperation

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

Rehabilitationseinrichtungen (37,5 %) mit der Polizei als die Somatischen Kliniken (81,6 %) und Psychiatrischen Kliniken (75,0 %) ($p < .001$).

Sofern Kooperationen bestehen, werden diese aus Sicht der Kliniken von den Befragungspersonen als „sehr gut“ bis „gut“ beschrieben. An der Spitze der positiven Bewertungen steht die Kooperationsbeziehung mit Kinderschutzambulanzen, wenngleich hier nur etwas mehr als die Hälfte der Kliniken auf Erfahrungen zurückgreifen kann ($M = 1,77$).⁹² Fast genauso positiv werden die Kooperationen mit Jugendämtern ($M = 1,89$), Polizei ($M = 1,80$) und niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten ($M = 1,92$) bewertet, zu denen regelhaft Kooperationsbeziehungen bestehen. Am wenigsten positiv werden Kooperationen mit Sozialämtern ($M = 2,49$) und Frauenhäusern/Frauzentren ($M = 2,37$) eingeschätzt, wobei auch diese Kooperationen im Mittel noch als „gut“ angesehen werden (vgl. Tabelle 6).

⁹² Die Befragten konnten hier Schulnoten von 1 bis 6 vergeben.

Tabelle 7: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Kliniken (in Schulnoten)

	Kooperation vorhanden (in %)	Note 1 (sehr gut)	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6 (sehr schlecht)	Anzahl an gültigen Angaben (n)	Durchschnittliche Note
Jugendämter/ASD	95,7 %	63	57	20	7	4	0	151	1,9
Familiengerichte	65,2 %	28	46	11	4	5	3	97	2,2
Gesundheitsämter	52,4 %	23	25	13	7	4	2	74	2,3
Sozialämter	48,8 %	20	22	22	3	3	5	75	2,5
Polizei	76,2 %	49	48	12	2	2	1	114	1,8
Erziehungsberatungsstellen	64,0 %	29	41	15	4	1	2	92	2,1
Frauenhäuser/-zentren	48,8 %	21	25	13	6	2	4	71	2,4
Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt	57,9 %	36	31	11	6	1	4	89	2,1
Kinderschutzambulanzen	61,6 %	49	26	3	4	2	3	87	1,8
Niedergelassene Kinderärzt/innen	86,0 %	56	52	14	6	5	1	134	1,9
Niedergelassene Psychotherapeut/innen	68,3 %	29	45	17	7	7	2	107	2,3
Zusammenarbeit mit anderen Institutionen	4,9 %								

n = 164; Fehlende Werte = 1

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

C8. Unterstützungsbedarfe

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

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

Weitere Unterstützungsbedarfe beziehen sich auf Vorlagen für Risikoanalysen, Handlungspläne, Verhaltenskodexe (55,6 %) oder Leitfäden für Erstgespräche mit Betroffenen (51,9 %). Hinweise auf fachlich fundierte Internetseiten (46,9 %), Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit (38,3 %) und Informationen über externe Hilfsangebote (30,9 %) werden als weitere Unterstützungswünsche genannt (n = 81).⁹³

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

Bei der Frage nach der Wichtigkeit von Ressourcen und Rahmenbedingungen, um in Kliniken Konzepte zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt umsetzen zu können, wurden alle vier als Antwortmöglichkeiten vorgegebenen Ressourcen als „eher wichtig“ betrachtet.⁹⁴ Dies gilt für Fortbildungen zum Thema „Schutz vor sexualisierter Gewalt“ (M = 1,63; n = 160), ferner zur Struktur von Gelegenheiten gemeinsamer Reflexion eines angemessenen pädagogischen Umgangs mit Nähe und Distanz (M = 1,64; n = 157), ebenso für zeitliche Ressourcen bei der Entwicklung eines Konzepts zum Schutz vor sexualisierter Gewalt (M = 1,66; n = 155) sowie für finanzielle Ressourcen bezüglich von Fortbildungen, Projekten, Beratungsangeboten und Superversionen speziell zum Thema (M = 1,79; n = 156).

⁹³ Mehrfachantworten waren möglich.

⁹⁴ Hier konnten die Befragten auf einer 4-Punkt Skala mit den Polen „sehr wichtig“ (=1) und „unwichtig“ (=4) wählen.

C9. Zusammenfassung

- ▶ Von den befragten Kliniken wurden unterschiedliche Anstöße für die Entwicklung von Schutzkonzepten geschildert. Die Bedeutung des besonderen Engagements von Einzelpersonen bzw. Personengruppen innerhalb der Kliniken sticht jedoch besonders hervor (43,7 %). In jeder vierten Klinik war ein konkreter Vorfall Anlass, um in die Entwicklung eines Schutzkonzeptes einzusteigen (26,7 %). Interessanterweise wurden auch die Leitlinien des *Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch* (26,7 %) sowie die Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ des *Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (10,4 %) teilweise als Anlass für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes genannt.
- ▶ Für rund jede fünfte Klinik wurde die Durchführung einer Potenzialanalyse angegeben (25,6 %). Dabei wurden in der Regel mehrere Aktivitäten und Verfahren angeführt, auf die bei der (Weiter-)Entwicklung eines Schutzkonzeptes aufgebaut werden kann.
- ▶ Für genauso viele Kliniken wurde die Durchführung einer Risikoanalyse angegeben (25,6 %). Die vorbereitenden Schritte der Potenzial- und Risikoanalyse bei der Entwicklung eines Schutzkonzeptes können damit als bislang mäßig verbreitete Aktivitäten in diesem Handlungsfeld gesehen werden. 14,5 % der teilnehmenden Kliniken haben sowohl eine Potenzial- als auch eine Risikoanalyse durchgeführt.
- ▶ Von fast allen Kliniken wurde angegeben, minderjährige Patientinnen und Patienten würden ermutigt, Kritik zu äußern (81,0 %). Ebenso häufig wurde die Frage nach einem vorhandenen, geregelten Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche bejaht (84,2%), das auch genutzt werde. Drei Viertel der Befragten aus einer Klinik mit Beschwerdeverfahren gehen davon aus, dass dies auch für Fälle sexualisierter Gewalt geeignet sei (75,0 %).
- ▶ Für Beschäftigte in drei Vierteln der Kliniken wurde angegeben, es gebe eine interne Ansprechperson zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ (75,0 %), in ebenso vielen Kliniken können sich Beschäftigte an eine externe Ansprechperson wenden (68,5 %).
- ▶ Mit der Möglichkeit von Vorfällen sexualisierter Gewalt an minderjährigen Patientinnen und Patienten haben sich drei Viertel der Kliniken auseinandergesetzt und einen Handlungsplan entwickelt (75,6 %). Vorhandene Handlungspläne wurden überwiegend mit positiv wahrgenommenen Ergebnissen bereits eingesetzt.
- ▶ Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“, die zur Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals dienen, werden von 82,4 % der Kliniken berichtet.
- ▶ Nahezu alle Kliniken sind in Kooperationsstrukturen mit dem Kinderschutz eingebunden (99,4%), die sich aus Sicht der Kliniken auch überwiegend positiv gestalten. Speziell bei der Entwicklung von Schutzkonzepten gilt dies beispielsweise für die Durchführung einer Risikoanalyse (68,3 %).
- ▶ 51,9 % der Kliniken bejahen weiteren Unterstützungsbedarf im Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“. Die am häufigsten genannten Bedarfe liegen bei Informationsmaterialien (sowohl für Mitarbeitende, als auch für Eltern, Kinder und Jugendliche) sowie bei Fortbildungen zu verschiedenen Aspekten.
- ▶ Mehrheitlich bejahten die Befragten für Ihre Kliniken eine hohe Relevanz der Thematik des Schutzes von Kindern bzw. Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt. Vor diesem Hintergrund zeigt sich im Vergleich zur letzten Welle des Monitorings eine insgesamt positive Entwicklung im Handlungsfeld (vgl. nachfolgenden Informationskasten zum Vergleich der Monitoring-Wellen). Die

teilnehmenden Kliniken haben sich mehrheitlich mehrere Elemente bis hin zu einem umfassenden Schutzkonzept angeeignet (76,8 %). Durchschnittlich bejahen Kliniken bereits knapp sieben Elemente von Schutzkonzepten implementiert zu haben.⁹⁵

⁹⁵ Für die vertiefte Analyse wurde ein Summenscore aus den Angaben zu den Fragen (1) „Beschwerdeverfahren bei Fällen sexualisierter Gewalt“, (2) „Verhaltensregeln“, (3) „Spezifische Fortbildungen für die Beschäftigten“, (4) „Handlungsplan“, (5) „Ansprechstellen für die Beschäftigten/Betreuten“, (6) „Leitbild“, (7) „Kooperation“, (8) „Partizipation der Betreuten/Eltern“ und (9) „Thematisierung von sexualisierter Gewalt in Bewerbungsgesprächen/Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses“ gebildet. Im Fragebogen wurden Informationsangebote für Kinder und Jugendliche nicht abgefragt, sodass hier eine max. Anzahl von neun Elementen eines Schutzkonzeptes zugrunde gelegt werden muss.

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

Im Vergleich zum vorherigen Monitoring⁹⁶ ist eine leichte Tendenz zu mehr präventiven Einzelmaßnahmen (knapp 2 %) und umfassenden Schutzkonzepten (5 %) zu erkennen. Dementsprechend ist die Anzahl an Kliniken ohne präventive Ansätze leicht gesunken (um knapp 7%). Weiterhin ist ein Anstieg von Kliniken mit einem schriftlich niedergelegten Verhaltenskodex um knapp 20 % zu beobachten.

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

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

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

⁹⁶ Die in den Vergleich einbezogenen Daten beziehen sich vorwiegend auf UBSKM (2013a) und UBSKM (2013b). Der Vergleich zwischen den Befunden des aktuellen mit denen der vorherigen Monitoring (im Jahr 2013) ist als Trend zu interpretieren. Veränderungstendenzen können sich u.a. auch aus den veränderten Rückläufen bzw. kleineren Anpassungen resp. Differenzen in den Frageformulierungen ergeben. Minimale Abweichungen zu den berichteten Prozentangaben sind darauf zurückzuführen, dass in den Vergleich ausschließlich die gültigen Angaben ohne Berücksichtigung der „Weiß ich nicht“-Kategorie einbezogen wurden.

D. Ambulanter Gesundheitsbereich

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

D1. Stichprobe

Die Stichprobe im Handlungsfeld „Ambulanter Gesundheitsbereich“ setzt sich insgesamt aus 1.157⁹⁷ Personen zusammen:

- ▶ 325 Personen der Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ 149 Personen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ▶ 559 Personen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- ▶ 97 Personen der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin
- ▶ 104 Personen der Gynäkologie
- ▶ 50 Personen, die angaben, eine sonstige Fachrichtung zu vertreten (z.B. sonstige therapeutische Ausrichtung, sonstige ärztliche Richtung).⁹⁸

Rund 67,2 % der befragten Personen aus dem ambulanten Gesundheitsbereich sind weiblich, 32,6 % männlich und 0,2 % der Befragten ordnen sich einer anderen Kategorie zu (N = 1.157). Das mittlere Alter der Befragten liegt bei 53 Jahren (n = 1.145), knapp drei Viertel der Befragungsteilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 47 und 66 Jahren alt (71,8 %).⁹⁹

Über 60 % der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten sind in einer niedergelassenen Einzelpraxis tätig, während 38 %¹⁰⁰ angeben, in einer kooperativen –

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

⁹⁸ Auf eine statistisch begründete Gewichtung zwischen den Befragten hinsichtlich deren medizinischer Fachrichtungen wurde vor dem Hintergrund der Annahme, dass alle fünf Fachrichtungen gleichermaßen mit der Behandlung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen betraut sind, verzichtet. Nichtsdestotrotz lassen sich die Berufsgruppen gedanklich aufgrund deren unterschiedlicher (körperlicher) Interaktion mit den Patientinnen/Patienten in drei Gruppen unterteilen, die jeweils unterschiedlich akzentuierte/nuancierte Perspektiven auf Schutzkonzepte mit sich bringen: *keine sensible* Körperberührungen, *sensible* Körperberührungen (z.B. Untersuchungen mit entblößtem Oberkörper) und *hochsensible* Körperberührungen (z.B. Untersuchungen der Genitalien).

⁹⁹ Mehrfachantworten waren möglich.

¹⁰⁰ In der kooperativen Struktur finden sich auch einzelne Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten wieder (n = 20), die vermutlich jenseits von einer Gemeinschaftspraxis mit anderen Praxen zusammenarbeiten.

vorwiegend fachgleichen – Struktur (wie z.B. Gemeinschaftspraxen) tätig zu sein. Das Verhältnis zwischen den Praxisformen spiegelt die aktuelle Verteilung im Feld wieder (vgl. Infas 2016).

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

Mit einem Anteil von knapp zwei Dritteln der Befragten (64 %) dominieren in der Stichprobe die Praxen, in denen nur eine Ärztin/ein Arzt bzw. Therapeutin/Therapeut im Rahmen einer Einzelpraxis tätig ist (M = 2,2; n = 1.134). In den befragten Praxen, die in eine kooperative Praxisstruktur aufweisen (beispielsweise Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren) befinden sich unter den dort Beschäftigten durchschnittlich vier Personen (n = 424).¹⁰¹ Die Praxen weisen im Durchschnitt mit 80,6 % mindestens eine Ärztin bzw. Therapeutin auf (n = 414). Insgesamt dominieren im Großteil der Praxen – unabhängig von der Praxisform – weibliche Personen, d.h. in knapp 80 % der Praxen setzt sich das Personal aus 75 bis 100 % Frauen zusammen (n = 1.035).

D2. Präventive Maßnahmen allgemein

Mit Blick auf die Prävention von Grenzverletzungen und Übergriffen jeglicher Art wird die *Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen* als bedeutsam angesehen. Die Mehrheit der Praxen (84,8 %) berichtet, dass Kinder und Jugendliche dazu ermutigt werden, unangenehme Situationen in einer Behandlung zu thematisieren und diese gegebenenfalls zu unterbrechen. In knapp einem Drittel der Praxen (32,5 %) dürfen Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie durch eine Ärztin oder einen Arzt behandelt werden möchten. 6,9 % der Praxen bieten keine Entscheidungsmöglichkeiten an, bei 1,3 % der Praxen ist es geplant, Kindern und Jugendlichen zukünftig solche Möglichkeiten zu bieten (n = 1.122).¹⁰²

Ein genauer, zwischen den Fachrichtungen differenzierender Blick weist einen hoch signifikanten Unterschied bei der Berücksichtigung der Wünsche von Kindern und Jugendlichen nach, wobei in den therapeutischen bzw. in den gemischt ärztlich und therapeutisch geleiteten Praxen noch mehr Möglichkeiten bestehen, diese während der Behandlung zu berücksichtigen, als in den ärztlichen Praxen (therapeutische Praxen: 94,9 %, ärztliche Praxen: 88,6 %, gemischte Praxen: 98,4 %; Exakter Test nach Fisher: $p < .001$). Im Rahmen der Erhebung wurde die Berücksichtigung der Wünsche im ärztlichen bzw. therapeutischen Setting abgefragt, beispielsweise, ob in der Praxis Kinder und Jugendliche selbst

¹⁰¹ Die Spannweite der in den Praxen insgesamt Tätigen bewegt sich zwischen einer Person und 80 Personen (n = 1.114) und bei den Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten zwischen einer Person und 30 Personen (n = 424). Da es sich im Erhebungsinstrument um eine Filterfrage handelte, wurden die Angaben zur Anzahl der in den Praxen tätigen Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten bei Personen, die angaben in einer Einzelpraxis zu arbeiten, nicht erfasst, da angenommen wurde, dass es außer jenen keine weitere Personen gebe. Vor diesem Hintergrund bilden die gültigen Nennungen (n = 424) lediglich Angaben von Personen ab, die nicht in Einzelpraxen arbeiten. Die starken Unterschiede in der Anzahl des in den Praxen tätigen Personals wie auch der Ärztinnen/Ärzte bzw. Therapeutinnen/Therapeuten spiegelt die Heterogenität des Feldes der ambulanten Gesundheitsversorgung wider: Neben medizinischen Versorgungszentren sind – das kann angenommen werden – u.U. auch Kinderschutzambulanzen in der Stichprobe eingeschlossen, die zwar größtenteils im klinischen Setting einer Klinik verortet bzw. an eine klinische Abteilung angeschlossen sind, aber eine ambulante Versorgung leisten.

¹⁰² Mehrfachantworten waren möglich.

entscheiden dürfen, von wem sie behandelt werden oder ob Kinder und Jugendliche ermutigt werden, Unangenehmes in einer Behandlung zu thematisieren.

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

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

D3. Präventive Maßnahmen hinsichtlich sexualisierter Gewalt

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

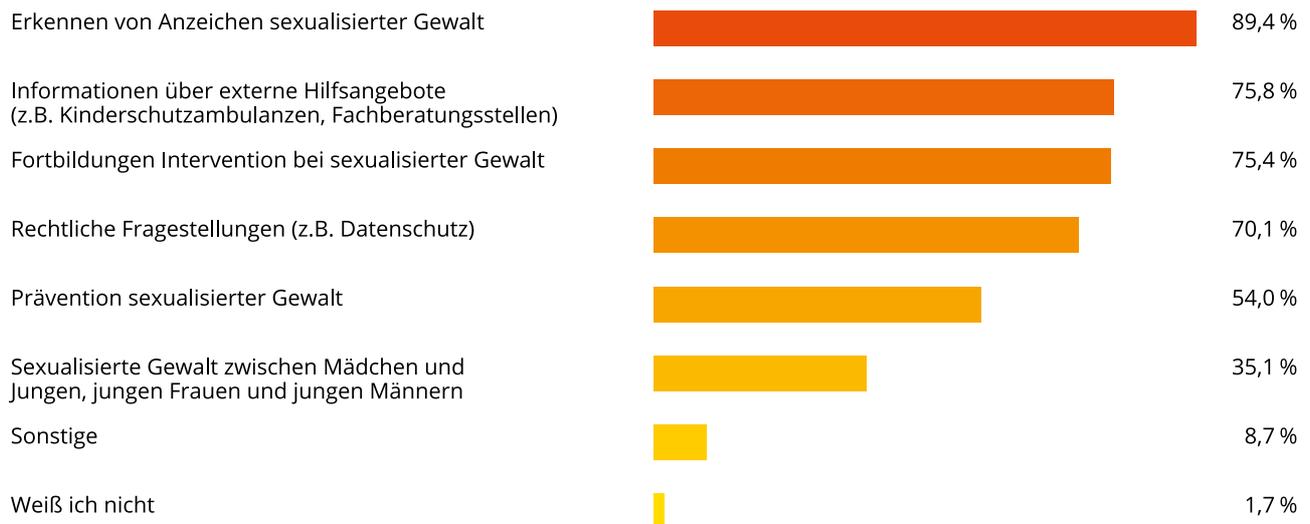
Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ haben insgesamt 67 % der Befragten besucht. 30 % haben noch an keiner entsprechenden Fortbildungsmaßnahme teilgenommen. Bezogen auf den medizinischen und den therapeutischen Fachhintergrund der Befragten zeigen sich hoch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

In den meisten Fällen haben die befragten Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten selbst daran teilgenommen. Die Personen, die bereits Fortbildungsmaßnahmen besucht haben, gaben an, dass vorwiegend die Themen „Erkennen von Anzeichen sexualisierter Gewalt“ (89,4 %; n = 763)¹⁰³,

¹⁰³ Mehrfachantworten waren möglich.

„Informationen über externe Hilfsangebote“ (75,8 %), „Intervention bei sexualisierter Gewalt“ (75,4 %) oder zu rechtlichen Fragestellungen (70,1 %) behandelt wurden (vgl. Abbildung D1). Prävention sexualisierter Gewalt (54,0 %) und „Sexualisierte Gewalt zwischen Mädchen und Jungen, jungen Frauen und jungen Männern“ (35,1 %) wurde seltener als Themen der besuchten Fortbildungsveranstaltungen genannt.

Abbildung D1: Themen der besuchten Fortbildungen



n=763; Fehlende Werte=394
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Als ausrichtende Organisationen der besuchten Fortbildungen nannten die Befragten an erster Stelle mit 44,2 % Berufsverbände der eigenen Fachrichtung (n = 724), an zweiter Stelle Fachberatungsstellen (28,6 %) und an dritter Stelle wurden Qualitätszirkel benannt (27,1 %).¹⁰⁴ Zwischen der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Personen, die aufgrund ihres fachlichen Hintergrunds beiden Gruppen zugeordnet werden konnten, zeigen sich hoch signifikante Unterschiede bei der Teilnahme an Fortbildungen zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ (Exakter Test nach Fisher : $p < .001$). In letztgenannter Gruppe nehmen deutlich häufiger Personen an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen teil (90,5 %) als Personen mit therapeutischer (71,8 %) oder ärztlicher Ausbildung (59,6 %).

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

¹⁰⁴ Mehrfachantworten waren möglich.

Anlass für Beschwerden – geregeltes Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche zu haben (vgl. Abschnitt D2).

Ins Augenmerk fallen auch die Personen, die angaben, nicht zu wissen, ob das in der Praxis eingerichtete Beschwerdeverfahren für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht ist (12,9 %). Vor dem Hintergrund der Annahme, dass die Angabe von Beschwerdefällen in den Praxen als Hinweis auf ein funktionierendes Beschwerdeverfahren, das vonseiten der Kinder und Jugendlichen auch genutzt wird, angesehen werden kann, machten 75,4 % der Befragten, die über ein Beschwerdeverfahren bei sexualisierter Gewalt verfügen, Angaben zur Anzahl bereits erfolgter Beschwerden (n = 346). 24,6 % gaben an, diese nicht zu erfassen. Bei 77,8 % der Praxen gab es im letzten Jahr keine Beschwerde, 19,1 % der Praxen hatten ein bis fünf Beschwerden und 3,0 % sechs bis 20 Beschwerdefälle. Insgesamt wurde von 58 Beschwerden (M = 0,7 Beschwerden; n = 261¹⁰⁵) berichtet.

D4. Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt

Neben präventiven Maßnahmen gehören zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt ein entsprechendes Wissen und Handlungskompetenz im Umgang mit Verdachtsfällen. Dabei stellt sich u.a. die Frage, wie Anhaltspunkte für sexualisierte Gewalt erkannt werden und wie auf solche reagiert wird. 78,6 % der Befragten berichteten in diesem Zusammenhang davon, dass sie bzw. ihr Praxisteam schon Anzeichen von sexualisierter Gewalt bei minderjährigen Patientinnen und Patienten wahrgenommen hätten, 21,4 % hingegen hatten bisher noch nie solche Wahrnehmungen gemacht. Beim Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt fühlen sich 8,9 % der ärztlichen und therapeutischen Personen sehr sicher, gut die Hälfte von ihnen (51,0 %) fühlt sich eher sicher. Über Unsicherheiten in Verdachtsfällen berichteten 40,1 % der Befragten (vgl. Abbildung D2).

Abbildung D2: Empfundene Handlungssicherheit beim Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt



n=1.142; Fehlende Werte= 15

Im *Bundeskinderschutzgesetz* (BKisSchG), das 2012 in Kraft getreten ist, wurde für die in Heilberufen Tätigen eine Befugnisnorm („Soll“-Regelung) zur Einschaltung des Jugendamtes bei Verdacht auf

¹⁰⁵ Die Angabe bezieht sich auf die Anzahl der Praxen, die Beschwerden (überhaupt) erfassen.

Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch eingeführt. Die Regelung beabsichtigt, die Rechts- und Handlungssicherheit des ärztlichen und therapeutischen Personals im Umgang mit Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung zu erhöhen und damit zu einem besseren Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen beizutragen (§ 4 KKG „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Berufsheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“) (vgl. Fegert/Richter 2015). Das Verfahren sieht dabei folgende drei Schritte vor:

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

Die quantitative Erhebung im Monitoring zeigt, dass sich 37,5 % der Befragten „sehr vertraut“ mit der Regelung im BKiSchG fühlen, 45,8 % sich damit „vertraut“ fühlen, wogegen 16,7 % sich für „weniger sicher“ im Umgang mit der Regelung halten (n = 1.142) (vgl. Abbildung D3).

Abbildung D3: Einschätzung zur Vertrautheit mit der Regelung des Bundeskinderschutzgesetzes zur Weitergabe der Daten an das Jugendamt



n=1.142; Fehlende Werte=15

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

Die zeigt, dass 76,3 % der Befragten bei der Wahrnehmung von Anzeichen sexualisierter Gewalt auf spezifische Leitlinien und Leitfäden sowie auf einschlägige Fachliteratur oder Materialien aus Fortbildungen zurückgegriffen haben. 38,6 % der Befragten gaben an, beim Erkennen von Anhaltspunkten keine Leitlinien oder Ähnliches zu nutzen. Auf die Frage zur Bewertung der verwendeten Leitlinien oder weiteren „Hilfsmittel“ antworteten die Befragten im Durchschnitt, dass sie jene „mittelmäßig hilfreich“ empfanden (M = 2,7; n = 650), 9,2 % der Befragten gaben an, die

eingesetzten Leitlinien o.Ä. „sehr hilfreich“ für den Prozess des Erkennens empfunden zu haben, während 0,9 % von einem nicht vorhandenen Nutzen sprachen.

Tabelle 8: Nutzung von Leitfäden/Leitlinien zur Wahrnehmung von Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt

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

n = 1.110; Fehlende Werte = 47
Anm.: Mehrfachantworten möglich, Abweichungen können sich durch Runden ergeben.

Neben Leitlinien und ähnlichen schriftlichen Handlungsleitfäden wurde in der Befragung der niedergelassenen ärztlichen und therapeutischen Praxen nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten gefragt, die bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt verwendet werden. Über 80 % der Teilnehmenden sprachen der interkollegialen Beratung eine große Relevanz zu (n = 1.140), gefolgt von der Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe (z.B. durch eine insoweit erfahrene Fachkraft; 46,6 %) und der Supervision bei einer externen Fachkraft (38,1 %).¹⁰⁶ Auf Unterstützungsmöglichkeiten verzichteten 5,3 % der Befragten. Die von den Befragten in Anspruch genommene Beratung wurde durchschnittlich mit gut bewertet (M = 2,0; n = 1.006), über 77 % empfanden die Beratung ziemlich hilfreich.

D5. Kooperation

Damit der Schutz vor sexualisierter Gewalt (besser) gelingen kann, werden in der Regel multidisziplinäre wie auch intersektorale Kooperationsstrukturen mit anderen Institutionen und Personengruppen als notwendig angesehen. Daher wurden die Teilnehmenden gefragt, mit wem sie bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten kooperieren bzw. wie sie die Kooperation bewerten (vgl. 8). Eine deutliche Mehrheit der Befragten arbeitet mit dem Jugendamt/ASD zusammen (80,7 %), gefolgt von Kooperationsbeziehungen mit Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe (53,0 %), Kinderkliniken (48,2 %), (anderen) Psychotherapeutischen Praxen (47,7 %) oder Kinder- und Jugendpsychiatrien (46,2 %). Ein kleiner Anteil verfügt über Kooperationen mit Berufsverbänden (14,6 %), Kammern (10,4 %) oder medizinischen Fachgesellschaften (6,6 %). Die Befragten bewerteten die Kooperation mit allen Partnern als „gut“ oder „befriedigend“. Am besten bewerteten sie die Zusammenarbeit mit (anderen) psychotherapeutischen Praxen (Durchschnittsnote 1,84) oder Kinderschutzambulanzen (Durchschnittsnote 1,90).

¹⁰⁶ Mehrfachantworten waren möglich.

Tabelle 9: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der ärztlichen und therapeutischen Praxen

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

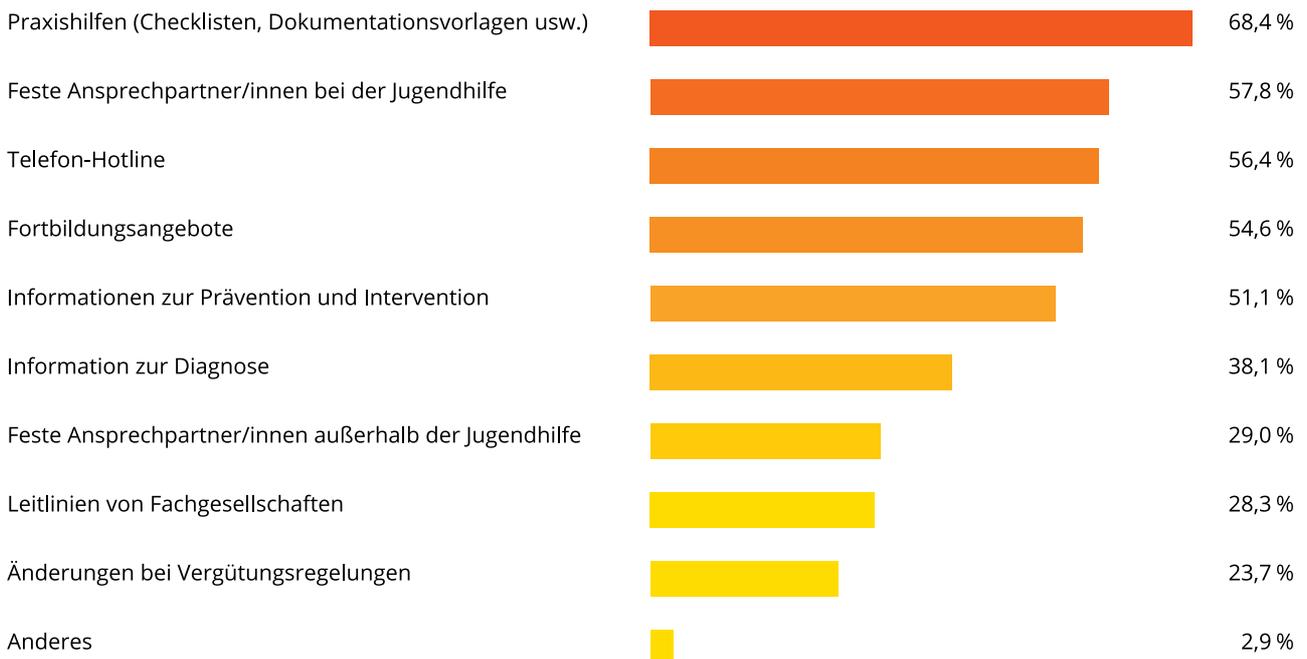
n=999; Fehlende Werte= 158

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

D6. Unterstützungsbedarfe

Um die konkreten Bedarfe beim Schutz vor sexualisierter Gewalt in Praxen zu erheben, wurden Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten nach Unterstützungsbedarfen beim Umgang mit Fällen sexualisierter Gewalt gefragt. Weitere Fragen zielten auf die Einschätzung der Relevanz bestimmter Maßnahmen für die Kinderschutzarbeit im Feld des ambulanten Gesundheitswesens. Insgesamt wünschten sich beinahe die Hälfte der Praxen weitere Unterstützung (48,9 %; n = 1.120), 37,5 % gaben an, keine weitere Unterstützung beim Umgang mit sexualisierter Gewalt zu benötigen und die restlichen 13,6 % waren bezüglich weiterer Bedarfe unentschieden. Am häufigsten wünschten sich die Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten Praxishilfen (68,4 %), gefolgt von festen Ansprechpersonen bei der Jugendhilfe (57,8 %) und einer Telefonhotline (56,4 %). Darüber hinaus wurde häufig ein Bedarf an weiteren Informationen zur Prävention und Intervention angezeigt (51,1 %). 38,1 % benannten auch einen Bedarf an weiteren Informationen zur Diagnose (vgl. Abbildung D4).

Abbildung D4: Unterstützungswünsche der Befragten zum Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt

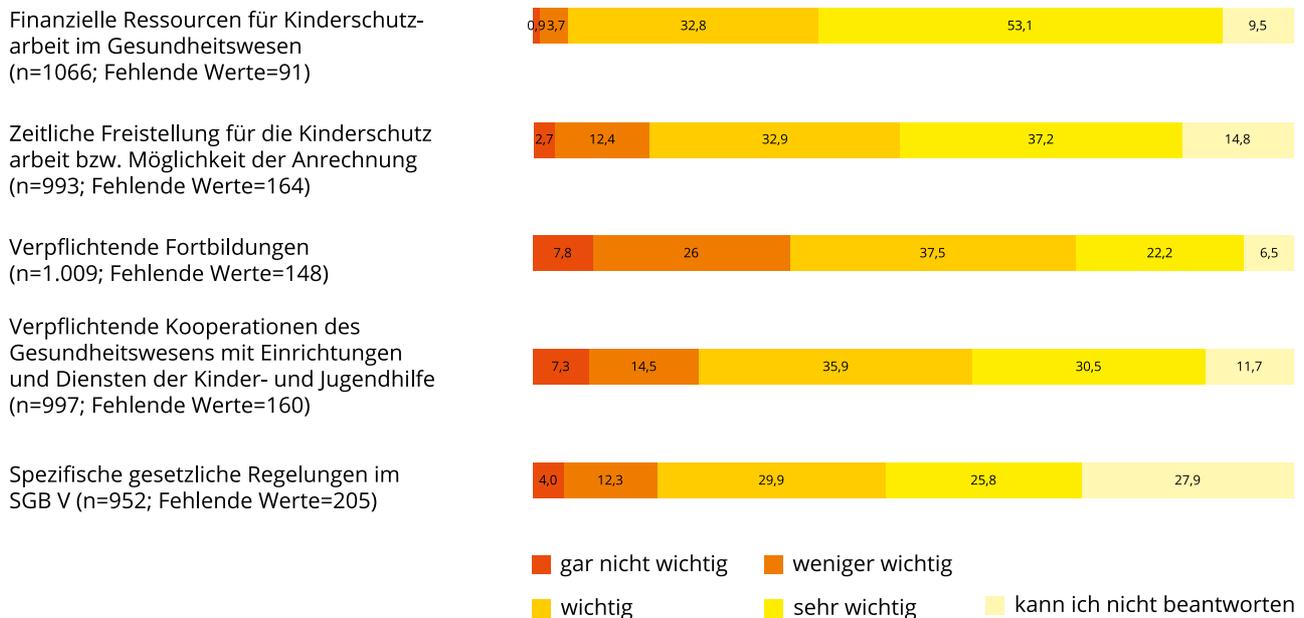


n=548; Fehlende Werte=609
Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Die Abbildung D5 verdeutlicht, dass über die Hälfte der Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten die finanziellen Ressourcen für die Kinderschutzarbeit als sehr wichtig erachten, um die Kinderschutzarbeit im Feld der ambulanten Gesundheitsversorgung zu verbessern. Beinahe ebenso wichtig wird die zeitliche Freistellung für die Kinderschutzarbeit eingeschätzt sowie die Möglichkeit der Anrechnung der darauf verwendeten Zeit. Verhältnismäßig weniger Relevanz werden

verpflichtenden Fortbildungen beigemessen (kumulierte Prozentangabe zu weniger wichtig und gar nicht wichtig: 33,8 %).

Abbildung D5: Bewertung bestimmter Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit im ambulanten Gesundheitswesen¹⁰⁷



Anm.: Angaben in Prozent. Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

Zusammenfassung

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

- ▶ Nahezu alle Befragten (91,8 %) bejahen grundsätzlich, dass Kinder und Jugendliche ihre Wünsche und Bedürfnisse während der Behandlung bzw. Therapie äußern können und diese auch berücksichtigt werden (z.B. hinsichtlich der Entscheidung, ob eine Ärztin oder Arzt sie behandelt).
- ▶ Allerdings fehlen in über 80% der Praxen schriftlich niedergelegte Verhaltensregeln zum Umgang des Personals mit den minderjährigen Patientinnen und Patienten. Nur 13,4 % verfügen bereits über solche verschriftlichten Verhaltensregeln.
- ▶ Bei über einem Drittel der Praxen (36,8 %) existieren bereits geregelte Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche, die genutzt werden können, um beispielsweise Kritik zu äußern. Von diesen Beschwerdeverfahren sind 63,0 % auch für Fälle sexualisierter Gewalt gedacht.

¹⁰⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Prozentzeichen in den Säulen verzichtet.

- ▶ Fortbildungen zum Themenkomplex „Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ haben insgesamt 67 % der Befragten besucht, 30 % haben noch an keiner entsprechenden Fortbildungsmaßnahme teilgenommen.
- ▶ Die häufigsten Themen, zu denen Fortbildungen besucht wurden, betrafen das „Erkennen von Anzeichen sexualisierter Gewalt“ (89,4 %; n = 763), „Informationen über externe Hilfsangebote“ (75,8 %), „Intervention bei sexualisierter Gewalt“ (75,4 %) und rechtliche Fragestellungen (70,1 %).
- ▶ Als Unterstützung beim Bewerten möglicher Anzeichen von sexualisierter Gewalt werden vor allem Leitlinien oder Ähnliches (76,3 %) genutzt. Die genutzten Hilfsmittel werden als mittelmäßig hilfreich bewertet (Durchschnittsnote: 2,7).
- ▶ Beinahe die Hälfte der Befragten formuliert einen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt (48,9 %).
- ▶ Die Mehrheit der Befragten, die Unterstützungsbedarf angaben, wünschen sich zum Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt vor allem weitere Praxishilfen (wie Checklisten und Dokumentationsvorlagen).

V. RESÜMEE

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

Viele Kindertageseinrichtungen und Heime haben schon ein umfassendes Schutzkonzept entwickelt. In beiden Handlungsfeldern sind Bausteine von Schutzkonzepten wie Fortbildungen des Personals und pädagogische Angebote zur Prävention sexualisierter Gewalt für die betreuten Kinder bzw. Jugendliche nahezu selbstverständlich. In den vergangenen Jahren haben viele Kitas und Heime ein besonderes Augenmerk auf Handlungspläne zur Intervention bei Fällen sexualisierter Gewalt gerichtet. Parallel scheinen mehr Ansprechpersonen zum Thema „Prävention sexualisierter Gewalt“ vor Ort in den Wohnheimen benannt zu sein, in den Kitas sind diese Personen auf der Trägerebene angesiedelt.

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

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

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rörig, Johannes-Wilhelm (2015): Unterstützung, Bündnisse und Impulse zur Einführung von Schutzkonzepten in Institutionen in den Jahren 2012–2013. In: Fegert, J. M. /Wolff, Mechthild (Hrsg.):

Kompendium "Sexueller Missbrauch in Institutionen". Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim/Basel, S. 587–601

Schneewind, Klaus A. (2010): Familienpsychologie. 3. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart

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

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

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

Statistisches Bundesamt (2016a): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Einrichtungen und tätige Personen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder) 2014. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2016b): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2016. Wiesbaden.

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

Statistisches Bundesamt (2017): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige – Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform 2015. Wiesbaden

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

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

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Methodisches Design des Monitoring.....	5
Abbildung A1: Anstoß zur Entwicklung von Schutzkonzepten.....	21
Abbildung A2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potentialanalyse) betrachtet wurden.....	22
Abbildung A3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)	22
Abbildung A4: Ansätze zur Prävention „Sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen“ ..	24
Abbildung A5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in den Kindertageseinrichtungen.....	25
Abbildung A6: Interne Ansprechperson für die Beschäftigten zum Thema sexualisierte Gewalt.....	26
Abbildung A7: Anbieter der Fortbildungen.....	27
Abbildung A8: Aufklärungs- und Informationsangebote für Mädchen und Jungen im letzten Jahr	28
Abbildung A9: Vorhandensein eines Leitbildes der Einrichtung – Aspekte zum Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt.....	28
Abbildung A10: Thematisierung erstellter Verhaltensregeln	29
Abbildung A11: Personengruppen, die über das pädagogische/psychologische Personal hinaus ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen.....	30
Abbildung A12: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung.....	31
Abbildung A13: Fallkonstellationen, die im Rahmen des Handlungsplans berücksichtigt werden (in Prozent)	32
Abbildung A14: Aspekte, zu denen ein Handlungsplan Orientierung bietet.....	33
Abbildung A15: Weitere Unterstützungsbedarfe.....	38
Abbildung B1: Anstoß zur Entwicklung von Schutzkonzepten	43
Abbildung B2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden	44
Abbildung B3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)	45
Abbildung B4: Ansätze zur Prävention sexualisierter Gewalt in den befragten Einrichtungen.....	47
Abbildung B5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in den Heimeinrichtungen	48
Abbildung B6: Einschätzung der Relevanz des Themas "Sexualisierter Gewalt gegenüber Kinder, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern" in der Heimeinrichtung.....	49
Abbildung B7: Anbieter der Fortbildung.....	50
Abbildung B8: Interne Ansprechperson für die Beschäftigten zum Thema sexualisierte Gewalt.....	50
Abbildung B9: Aufklärungs- und Informationsangebote für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im letzten Jahr	51
Abbildung B10: Vorhandensein eines Leitbildes der Einrichtung – Aspekte zum Schutz von Kindern, Jugendlichen, jungen Frauen und jungen Männern vor sexualisierter Gewalt.....	52
Abbildung B11: Beteiligte Personengruppen bei der Erstellung des Verhaltenskodexes	53
Abbildung B12: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung	54
Abbildung B13: Bekanntmachung der Ansprechperson für die Betreuten bei erlebter sexualisierter Gewalt	56
Abbildung C1: Anstoß zur Entwicklung des Schutzkonzeptes.....	67

Abbildung C2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden	68
Abbildung C3: Analyse möglicher Risiken, die das Ausüben sexualisierter Gewalt begünstigen (Risikoanalyse)	69
Abbildung C4: Ansätze zur Prävention sexualisierter Gewalt in den befragten Kliniken	71
Abbildung C5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in Kliniken.....	72
Abbildung C6: Einschätzung der Relevanz des Themas "Sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen"	73
Abbildung C7: Anbieter der Fortbildungen.....	74
Abbildung C8: Thematisierung erstellter Verhaltensregeln	75
Abbildung C9: Personengruppen, die ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen	77
Abbildung C10: Vorhandensein eines Handlungsplans für Fälle vermuteter Kindeswohlgefährdung.....	78
Abbildung C11: Fallkonstellationen, die im Rahmen des Handlungsplans berücksichtigt werden.....	79
Abbildung C12: Aspekte, zu denen der Handlungsplan Orientierungshilfe bietet.....	80
Abbildung C13: Bekanntmachung der Ansprechperson für die in der Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen mit erlebter sexualisierter Gewalt.....	82
Abbildung D1: Themen der besuchten Fortbildungen.....	92
Abbildung D2: Empfundene Handlungssicherheit beim Umgang mit Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt	93
Abbildung D3: Einschätzung zur Vertrautheit mit der Regelung des Bundeskinderschutzgesetzes zur Weitergabe der Daten an das Jugendamt	94
Abbildung D4: Unterstützungswünsche der Befragten zum Umgang mit Fällen vermuteter sexualisierter Gewalt	97
Abbildung D5: Bewertung bestimmter Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit im ambulanten Gesundheitswesen	98
Tabelle 1: Erreichte Rücklaufquoten in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	11
Tabelle 2: Rücklauf der Heimstichprobe nach Bundesländern.....	12
Tabelle 3: Rücklaufquoten der entsprechenden ärztlichen bzw. therapeutischen Fachrichtungen.....	13
Tabelle 4: Ausfallgründe nach Handlungsfeldern.....	18
Tabelle 5: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Kindertageseinrichtungen	35
Tabelle 6: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Heime (in Schulnoten).....	58
Tabelle 7: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der Kliniken (in Schulnoten)	84
Tabelle 8: Nutzung von Leitfäden/Leitlinien zur Wahrnehmung von Anhaltspunkten sexualisierter Gewalt	95
Tabelle 9: Institutionen und Personengruppen der Zusammenarbeit bei sexualisierter Gewalt – Bewertung der Kooperation aus Sicht der ärztlichen und therapeutischen Praxen)	96

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

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

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

Impressum

Herausgeber

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

Stand

Oktober 2017

Weitere Informationen

E-Mail: kontakt@ubskm.bund.de
www.beauftragter-missbrauch.de
www.kein-raum-fuer-missbrauch.de
www.hilfeportal-missbrauch.de
Twitter: @ubskm_de

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch

0800 22 55 530 (kostenfrei und anonym)

Hilfetelefon Forschung

0800 44 55 530 (kostenfrei und anonym)

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

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

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

Impressum

Herausgeber

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

Stand

Oktober 2017

Weitere Informationen

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

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch

0800 22 55 530 (kostenfrei und anonym)

Hilfetelefon Forschung

0800 44 55 530 (kostenfrei und anonym)