



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Gesellschaftliche Folgekosten von Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit : Verbesserung im Kinderschutz als gesellschaftliche Herausforderung

Tagung: Traumapädagogik überwindet Grenzen

J. M. Fegert, Ulm

19.11.2016 - Dornbirn





Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren hatte der Vortragende

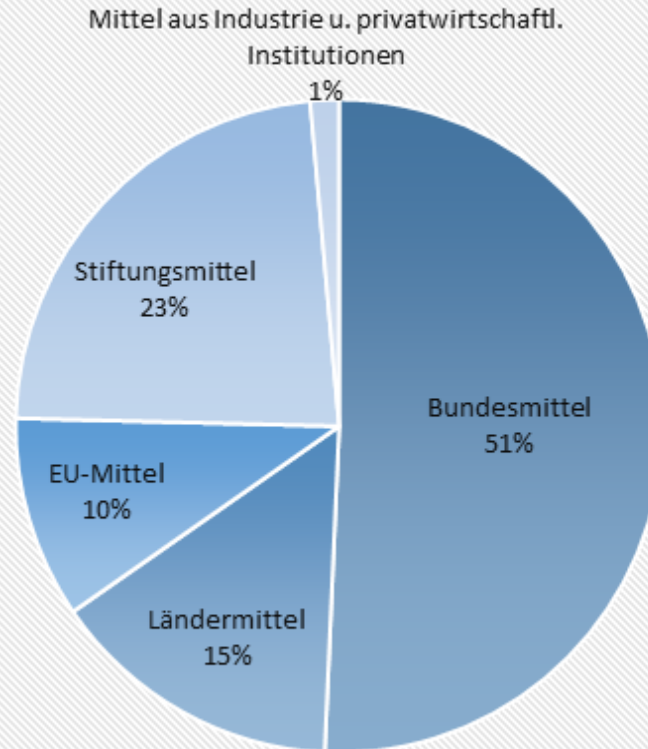
- **Forschungsförderung** von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Päpstliche Universität Gregoriana, Caritas, CJD
- **Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring** von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Goethe Institut, Pro Helvetia, Adenauer-, Böll- und Ebert- Stiftung **Shire**, Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- **Keine industriegesponserten Vortragsreihen**, „speakers bureau“
- **Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit** für **Servier, BMBF, Lundbeck**
- **Mindestens jährliche Erklärung zu conflicts of interest** gegenüber der DGKJP und AACAP wegen Kommissionsmitgliedschaft
- **Kein Aktienbesitz** , keine Beteiligungen an Pharmafirmen, **Mehrheitseigner 3Li**





Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

Drittmitteleinnahmen KJPP Ulm 2014 nach Geldgebern





Gliederung

1. Entwicklung einer Problemwahrnehmung im Kinderschutz:
Skandalisierung und fachliche Debatten
2. Verbesserungen im Kinderschutz – eine gesellschaftliche
Daueraufgabe
(UN-Road to Dignity (2015))
3. Traumafolgen und Traumafolgekosten: Ausgangspunkt
Begleitforschung UBSKM, Herleitung der
Traumafolgekosten aus der Traumafolgenforschung
4. Regionalbericht der WHO:
 - 4.1 Epidemiologie, Monitoring, Präventions- und
Interventionsforschung, Verläufe
 - 4.2 Capacity Building, Dissemination, E-Learning,
Traumapädagogik



Gliederung

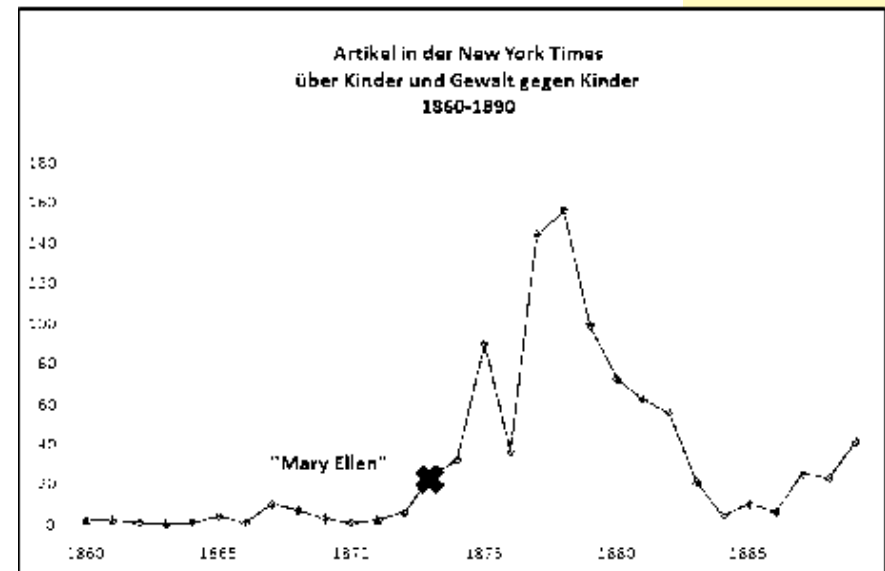
1. Entwicklung einer Problemwahrnehmung im Kinderschutz:
Skandalisierung und fachliche Debatten
2. Verbesserungen im Kinderschutz – eine gesellschaftliche Daueraufgabe
(UN-Road to Dignity (2015))
3. Traumafolgen und Traumafolgekosten: Ausgangspunkt
Begleitforschung UBSKM, Herleitung der
Traumafolgekosten aus der Traumafolgenforschung
4. Regionalbericht der WHO:
 - 4.1 Epidemiologie, Monitoring, Präventions- und
Interventionsforschung, Verläufe
 - 4.2 Capacity Building, Dissemination, E-Learning,
Traumapädagogik



Agendasetting durch Kinderschutzdebatten

Michael King „Moral Agendas for Children's Welfare“ (1999): „**In categories of agenda it is not individuals, but social systems which are being unjust to children.**“

- Danach beginnt Agenda Setting im 19. Jhd. mit sozialpolitischer Debatte um Kinderarbeit und Jugendverwahrlosung/ -kriminalität
- Berichterstattung ändert sich
- Der Fall „Mary Ellen“ war zentral für die Entstehung der Amerikanischen Kinderschutzbewegung



(Grafik zitiert nach Eckhardt 1998, S. 9; in Fegert, Fangerau, Zeigenhain, 2010, S. 38)



Schwache Kinder schützen: “Verwahrlosung” bekämpfen

Entstehung der Kinderschutzbewegungen im Ausgang des 19. Jahrhunderts:

- 1889 verabschiedete das britische Parlament ein Gesetz, das Kinder vor Mißhandlung schützen sollte
- **“*das geschah aber erst, nachdem die Gesellschaft zur Verhütung von Tiermißhandlungen Klagen erhalten hatte und zu der Überzeugung kam, daß sie sich nicht mit dem Tierschutz begnügen dürfe.*” Priscilla Robertson in Lloyd de Mause 1974, deutsch 1977, p. 596**
- 1895 erhielt die Gesellschaft zur Verhütung von Kindesmißhandlungen ihre königliche Gründungsurkunde



Das Jahrhundert des Kindes und die „Errettung der Kinder“

Ellen Key (1849-1926) bezeichnet hoffnungsvoll das 20. Jhd. als das „Jahrhundert des Kindes“

- „Errettung der Kinder“ als oberste gesellschaftliche Pflicht
- Recht der Kinder auf eine gewaltfreie und liebevolle Erziehung
- neue Sichtweise: Forderung nach Kindeswohl und Kinderschutz, Kind jetzt besonders schützenswerter Teil der Gesellschaft
- mit Verrechtlichung des Kindeswohlgedankens im deutschen BGB (1900) liegt jetzt die Definition des Kindeswohls z.T. außerhalb der Familie
- Missbräuchliche elterliche Gewalt stößt an staatliche Grenzen
- International entstehen Kinderschutzbewegungen



Internationale Kinderrechte und ihre Umsetzung

- Völkerbund 1924: „Genfer Deklaration der Rechte des Kindes“ → noch keine Selbstbestimmungsrechte
- UN 1959: „Erklärung der Rechte der Kinder“ nach Genfer Vorbild: Kindern werden eigene, spezifische Rechte anerkannt
- Nach 10-jähriger Beratung:
20. Nov. 1989: UN Kinderrechtskonvention

In Deutschland hält sich das (väterliche) Züchtigungsrecht bis zur Jahrtausendwende im BGB

2.Nov.2002 § 1631 BGB

(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“





Vom tabuisierten „Schmuddelthema“ zur anerkannten gesellschaftlichen Herausforderung

1968 The battered child Helfer und Kempe Erstauflage:
Bedeutung der medizinischen (radiologischen) **Diagnostik** für die
ärztliche Kinderschutzbewegung

Erster **Tabubruch sexueller Mißbrauch 80er Jahre** in
Deutschland: erste epidemiologische Daten, Buch „Väter als Täter“
von Kavemann und Lohstöter erscheint 1984.

1990 – 2000: Polarisierung, Strafrechtsänderung und Debatte
„Missbrauch mit dem Missbrauch“. VW-Schwerpunkt Recht und
Verhalten, Repräsentativstudie Wetzels und Pfeiffer 1995.

2000 – 2010: Gründung National Trauma network USA. Debatte
Missbrauch durch Professionelle in Institutionen (Fegert & Wolff
2002); in Deutschland nach Kinderschutzskandalen (Kevin etc)
Debatte um Vernachlässigung: Frühe Hilfen

2010 so genannter **Missbrauchsskandal**





Kinderschutzdebatten in Deutschland

Verstärkte Bedeutung seit der Jahrtausendwende

Berichterstattung über Kindesmisshandlung, -**missbrauch**, -**vernachlässigung**

→ Entwicklung der öffentlichen Debatte am Beispiel „Der Spiegel“

Artikel „Der Spiegel“, pro Jahr, 1951-2011





Missbrauchsskandal 2010

„Jeder Fall ist erschütternd“

Jesuitenpater Hans Langendörfer über die Missbrauchsvorwürfe gegen Geistliche

Der Leiter des Berliner Jesuiten-Kollegs, Pater Klaus Mertens, hat eine gründliche Aufarbeitung des Themas „Umgang der katholischen Kirche mit der Sexualität“ angemahnt. Dass es da ein Defizit geben könnte, deckt sich mit der landläufigen Meinung, dass Bischöfe in Fragen der Sexualmoral eigentlich keine Fachleute sein können. Wird die Kirche die Anregung aufnehmen?

Unsere Bischöfe haben sich in den letzten Jahren immer wieder mit Handlungswissen und Werthaltungen im Bereich der Sexualität auseinandergesetzt, also mit der Sexualmoral. Dabei betrachten wir den Menschen immer als Einheit von Leib und Seele. Er soll liebesfähig werden und seine Sexualität auf diesen Ziel ausrichten. Insbesondere Personen in pädagogischer Verantwortung müssen Nähe und Distanz in eine Balance bringen. Deshalb wird der Themenkomplex Sexualität auch in den Ausbildungsordnungen der Priesterseminare berücksichtigt.

Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass die Kirche durchaus fehlbar war in ihrer Einstellung zur Sexualmoral. Was kann sie heute – auch für Kirchenferne – deutlich machen, dass sie eine moralische Instanz sein kann?

Die katholische Moral betont besonders die Achtung vor dem anderen. Umso erschütternder ist da jeder Fall sexueller Missbrauchs Minderjähriger durch einen Priester. Was solchen Missbrauch angeht, haben in den vergangenen Jahrzehnten

Erkenntnisse zum Schutz der Opfer wie zum Umgang mit den Tätern umgesetzt. Deshalb hat die Bischofskonferenz 2002 Leitlinien für den Umgang mit diesem Problem verfasst. Wir haben gesagt, dass sexueller Missbrauch Minderjähriger nicht nur nach staatlichem Recht, sondern auch nach kirchlichem Recht eine Straftat ist. Wir wollen Aufklärung, weil wir in der Schuld der Opfer stehen und alles tun wollen, um Glaubwürdigkeit zurückzugewinnen. Wir können nicht wollen, dass die christliche Botschaft und die Glaubwürdigkeit vieler kirchlich Engagierter wegen der Verfehlungen mancher zugrunde gehen. Ich erlebe auch, dass in der Öffentlichkeit sehr oft unser moralisches Urteil gefragt ist, wenn es beispielsweise um Fragen der Bioethik oder den Schutz des Lebens vom Anfang bis zum Ende geht.

Die kirchenkritische Theologin Uta Ranke-Heinemann hält sexuellen Missbrauch sogar für „symptomatisch“ für die katholische Kirche. Nach ihrer Vorstellung müssen Priester, die im Zölibat leben müssen, geradezu zwangsläufig entweder homosexuell werden oder sich an Kindern vergehen. Der Beichtstuhl sei sozusagen eine „Kontakthölle für Homosexuelle“. Ist das so? Das ist billiger Populismus. Diese Art, ein so bedrückendes Thema für längst bekannte Kirchenkritik zu missbrauchen, ist für eine ernsthafte Aufarbeitung schädlich.

Häufig liegt der Grund darin, dass sich die Opfer Priestern anvertrauen. Wie löst man den Gewissenskonflikt zwischen Beichtgeheimnis und Vertrauensschutz einerseits und dem Willen zur Aufklärung und zum Schutz von möglichen weiteren Opfern andererseits?

Früher wurde den Opfern vielfach einfach nicht geglaubt, manchmal nicht einmal von ihren Eltern. Wir wollen Aufklärung. Deshalb haben wir in unseren Diözesen Ansprechpartner, Beauftragte eingesetzt, an die man sich wenden kann. In den Leitlinien haben wir auch festgelegt, dass einem Täter der Gang zur Staatsanwaltschaft nahegelegt werden soll. Gute Beichtväter setzen alles daran, dass der Täter sich seiner Verantwortung stellt.

In der katholischen Kirche ist stets auch die Haltung des Vatikans wichtig. Und das Thema Missbrauch ist nicht auf Deutschland beschränkt. Gibt es Signale aus Rom, das Thema aufzugreifen?

Der Vatikan hat ja das Thema immer wieder aufgegriffen, und unsere Leitlinien sind auch auf den Impuls Roms zurückzuführen. Papst Johannes Paul II. hat nach den furchterlichen Missbrauchsfällen in den USA schon vor neun Jahren eine umfassende Aufklärung und das Ende der Vertuschung gefordert. Diese Linie hat Papst Benedikt XVI. ununterbrochen fortgesetzt. Seit dem Missbrauchsskandal 2008



Vatik...
arbeit...
einer...
s ab...
alle...
abre...
reiner...
ingte...
it ver...
im V...
edigte...
en L...
st ver...
ausg...
em ho...
der...
i Del...
en Adolf Hitler. Er wurde in Plötz...
hingerichtet.
Jesuiten sind mit rund 22.000 Mitglie...
n weltweit der größte katholische Or...
ur





Missbrauchsskandal 2010



Beginn einer Aufarbeitung: Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“



Ergebnisse Auseinandersetzung mit der Problematik „Sexueller Kindesmissbrauch“ zur Zeit des Runden Tisches





Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes

Das BMFSFJ informiert die Fachverbände der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, die Berufsverbände der Heilberufe und die kommunalen Spitzenverbände am 13. August 2015

*Jörg M. Fegert¹, Reinhard Martens²,
Katharina Wiebels³ & Michael Kölch⁴*

1. Einleitung

Das Bundeskinderschutzgesetz ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Die damalige Bundesfamilienministerin, Dr. Kristina Schröder, äußerte in ihrer Pressemitteilung zum Gesetz:

„Ich habe damit mein zentrales Ziel auf dem Weg zu einem wirkungsvollen und umfassenderen Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Vernachlässigung und Misshandlung erreicht Die einhellige Zustimmung zum Gesetz, die Bundestag und auch Fachwelt teilen, bieten Gewähr dafür, dass die Verbesserungen im Alltag von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien wirklich ankommen“.

Trotz der Zusicherung der damaligen Bundesfamilienministerin, dass die intendierten Verbesserungen im Alltag ankommen werden, hatte der Gesetzgeber durch eine Evaluationsvorgabe dafür gesorgt, genau diese intendierten Gesetzeswirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes zu überprüfen.

¹ Präsident der DGKJP und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Projekts „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen“ des Deutschen Jugendinstituts, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

² Vertreter des BKJPP bei der Verbändeanhörung

³ Juristische Referentin in der Geschäftsstelle der DGKJP

⁴ Vorstandsmitglied der BAG, Teilnehmer für die BAG und die DGKJP, Vertreter von Prof. Fegert im wissenschaftlichen Beirat des Projekts „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes“



Gliederung

1. Entwicklung einer Problemwahrnehmung im Kinderschutz:
Skandalisierung und fachliche Debatten
2. Verbesserungen im Kinderschutz – eine gesellschaftliche
Daueraufgabe
(UN-Road to Dignity (2015))
3. Traumafolgen und Traumafolgekosten: Ausgangspunkt
Begleitforschung UBSKM, Herleitung der
Traumafolgekosten aus der Traumafolgenforschung
4. Regionalbericht der WHO:
 - 4.1 Epidemiologie, Monitoring, Präventions- und
Interventionsforschung, Verläufe
 - 4.2 Capacity Building, Dissemination, E-Learning,
Traumapädagogik



Begriffe „Skandal“ und „Aufarbeitung“ vs. Daueraufgabe

„**Skandalisierung**“ war wichtig, um politische Reaktion sicherzustellen

„Skandalisierung“ und „Aufarbeitung“ erweisen sich als **Hindernis**, wenn es darum geht zu erkennen, dass die Reduktion von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch **ein mittel- bis langfristiges gesamtgesellschaftliches Ziel ist:**

- **Daueraufgabe im wissenschaftlichen Mainstream**
- **Forschungspolitische Agenda erforderlich**

Vgl. Forschungshearing des
UBSKM am 18.06.2015





Millennium Development Goals der UN

 **2015**
TIME FOR GLOBAL ACTION
FOR PEOPLE AND PLANET

 1 ERADICATE EXTREME POVERTY AND HUNGER	 2 ACHIEVE UNIVERSAL PRIMARY EDUCATION
 3 PROMOTE GENDER EQUALITY AND EMPOWER WOMEN	 4 REDUCE CHILD MORTALITY
 5 IMPROVE MATERNAL HEALTH	 6 COMBAT HIV/AIDS, MALARIA AND OTHER DISEASES
 7 ENSURE ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY	 8 GLOBAL PARTNERSHIP FOR DEVELOPMENT

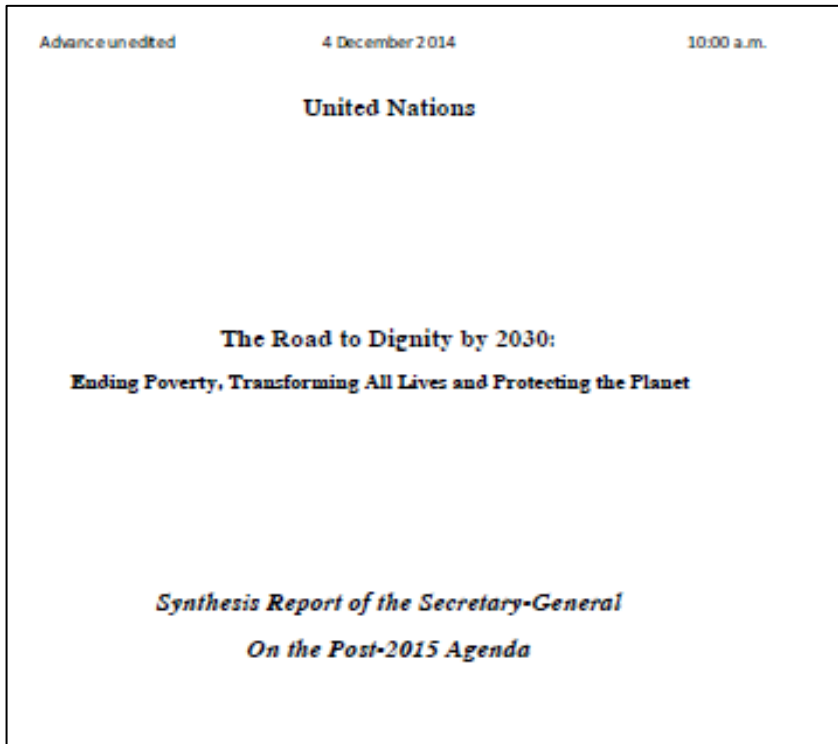
 SECRETARY-GENERAL'S
MDG ADVOCACY GROUP

MDG MOMENTUM



UN Road to Dignity by 2030: Agenda

Post 2015





Synthesis Report of the Secretary-General on the Post-2015 Agenda

Personenzentrierter Ansatz (healthy life)

People: to ensure healthy lives, knowledge, and the inclusion of women and children

69. Millions of people, especially women and children, have been left behind in the unfinished work of the MDGs. We must ensure women, youth and children have access to the full range of health services. We must ensure zero tolerance of violence against or exploitation of women and girls. Women and girls must have equal access to financial services, and the right to own land and other assets. All children and adolescents have a right to education and **must have a safe environment in which to learn.** Human development is also the respect of human rights.

Schutzräume in Institutionen





Sustainable Development Goals

SUSTAINABLE DEVELOPMENT
KNOWLEDGE PLATFORM

HOME INTER-GOVERNMENTAL UN SYSTEM STAKEHOLDER ENGAGEMENT TOPICS SD IN ACTION NEWS & RESOURCES ABOUT

SIGN IN/CREATE ACCOUNT Keywords... Search

- Topics A-Z -

Sustainable development goals

- News
- Open Working Group
 - Proposal for Sustainable Development Goals
 - 1st session (14-15 March 2013)
 - 2nd session (17-19 April 2013)
 - 3rd session (22-24 May 2013)
 - 4th session (17-19 June 2013)
 - 5th session (25-27 November 2013)
 - 6th session (9-13 December 2013)
 - 7th session (6-10 January 2014)
 - 8th session (3-7 February 2014)
 - 9th session (3-5 March 2014)
 - 10th session (31 March - 4 April 2014)
 - 11th session (5-9 May 2014)
 - 12th session (16-20 June 2014)
 - 13th session (14-18 July 2014)
- Questionnaire on SDGs
- Documents
- Publications
- Statements
- Decisions
- Meetings & Events
- Multi-stakeholder partnerships and voluntary commitments

Sustainable development goals

One of the main outcomes of the Rio+20 Conference was the agreement by member States to launch a process to develop a set of Sustainable Development Goals (SDGs), which will build upon the Millennium Development Goals and converge with the post 2015 development agenda ([click here for information on different work streams](#)). It was decided establish an *"inclusive and transparent intergovernmental process open to all stakeholders, with a view to developing global sustainable development goals to be agreed by the General Assembly"*.

In the Rio+20 outcome document, member States agreed that sustainable development goals (SDGs) must:

1. Be based on Agenda 21 and the Johannesburg Plan of Implementation.
2. Fully respect all the Rio Principles.
3. Be consistent with international law.
4. Build upon commitments already made.
5. Contribute to the full implementation of the outcomes of all major summits in the economic, social and environmental fields.
6. Focus on priority areas for the achievement of sustainable development, being guided by the outcome document.
7. Address and incorporate in a balanced way all three dimensions of sustainable development and their interlinkages.
8. Be coherent with and integrated into the United Nations development agenda beyond 2015.
9. Not divert focus or effort from the achievement of the Millennium Development Goals.
10. Include active involvement of all relevant stakeholders, as appropriate, in the process.

FEATURED PUBLICATIONS

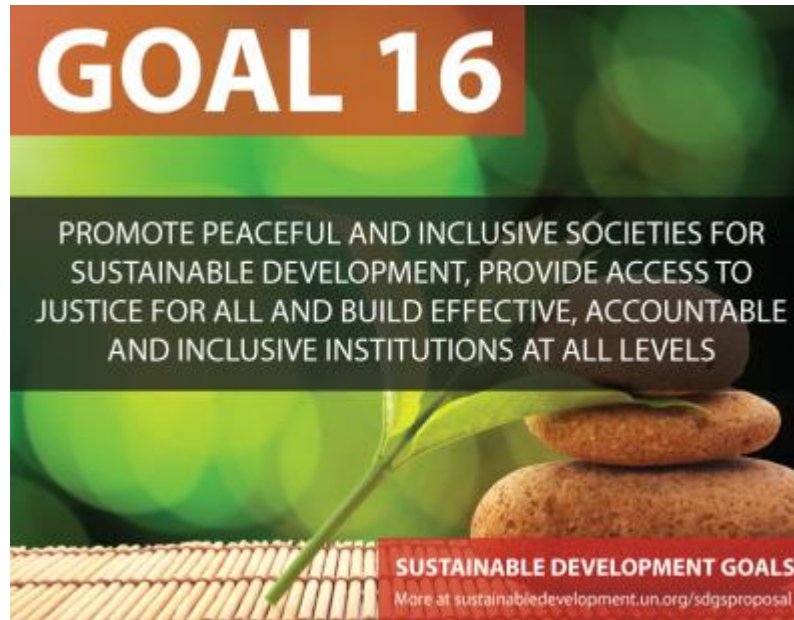
- The World We Want - A Future For All
- Universal Sustainable Development Goals
- Open Working Group Proposal for Sustainable Development Goals
- TST ISSUES BRIEFS - A compendium of issues briefs prepared by the United Nations inter-agency technical support team for the United Nations General Assembly Open Working Group on Sustainable Development Goals



Sustainable Development Goals



2015
TIME FOR
GLOBAL ACTION
FOR PEOPLE AND PLANET



End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence and torture against children



Post 2015 unicef Paper: WORLD FIT FOR CHILDREN

A POST-2015
WORLD FIT
FOR CHILDREN

AN AGENDA FOR
#EVERYCHILD
2015



unite for
children

World leaders are setting out a roadmap for human progress over the next 15 years. Known as the Sustainable Development Goals, these new global targets will drive investment and action in virtually every country on earth, touching millions of lives. That is why it is vital that every child, girls and boys alike, is included – and that children everywhere are at the heart of the new global agenda.

2015 should be a year of global action for children, engaging everyone – governments, institutions, corporations, communities, families, and individuals in every country – to demand and drive change for every child, especially the most disadvantaged and vulnerable.

An Agenda for #EVERYChild 2015

- 1. End violence against children.** In a world where almost one billion children under 15 suffer regular physical punishment, and nearly a quarter of all girls between the ages of 15 and 19 report experiencing physical violence, violence against children affects every country and every community. While violence against children is often invisible, its impact on individual children and their societies is profound and far-reaching, undermining development gains made in other areas. Because violence against children is a universal problem, investing in protecting children from violence, exploitation and abuse must be a global priority. More must be done to raise awareness of violence and encourage people to speak out when they see or suspect violence against children, and to strengthen social welfare systems and services that protect children from harm and provide support to those who are already victims of violence.
- 2. Put ending child poverty at the center of global poverty eradication.** Children make up nearly half of the world's extreme poor, with nearly 570 million people under the age of 18 living below the international poverty line of \$1.25 a day. Poverty in childhood is often the root cause of poverty in adulthood. To break the cycle of poverty, we need to understand child poverty in all its dimensions. Poverty measurements must go beyond income, examining factors such as access to services and social protection systems, health, nutrition, water and sanitation, shelter, quality education from early childhood to adolescence, and other issues like discrimination, stigmatization and exclusion. More also needs to be done to reduce the impact of poverty – for example, by reducing the vulnerability of households, tackling the worst forms of child labour, and strengthening the systems that protect poor families.
- 3. Renew the global effort to end preventable child and maternal deaths.** Children growing up in the poorest 20 per cent of households are twice as likely as those in the richest 20 per cent to die before reaching their fifth birthday, and nearly twice as likely to suffer from stunting, making them more vulnerable. And despite greater public attention to the problem of maternal mortality, we have not made enough progress. To save more lives, we must build better health systems and target resources to provide children with a better start in life – making pregnancy and childbirth safer for mothers and infants alike, increasing rates of breastfeeding, reducing childhood stunting, ending mother to child transmission of HIV, increasing access to clean water, sanitation and hygiene, and investing in early childhood development programmes.

unicef





Post 2015 unicef Paper: WORLD FIT FOR CHILDREN

... weil Gewalt gegen Kinder ein **universelles Phänomen** ist, müssen Investitionen in den **Schutz von Kindern vor Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch global Priorität** haben....“

A POST-2015
WORLD FIT
FOR CHILDREN

AN AGENDA FOR
#EVERYCHILD
2015



unite for
children

World leaders are setting out a roadmap for human progress over the next 15 years. Known as the Sustainable Development Goals, these new global targets will drive investment and action in virtually every country on earth, touching millions of lives. That is why it is vital that every child, girls and boys alike, is included – and that children every

2015 :
– govt
indivic
espec

An Agenda for #EVERYChild 2015

An A

1. En
ch
of
vic
co
on
un
ag
frc
mi
sp
str
ha

2. Pu
Ch
57
po
of
un
mi
an
sh
iss
to
thi
an

3. Re
de
ari
rei
sti,
att
pri
tar
pri
rat

child transmission of HIV, increasing access to clean water, sanitation and hygiene, and investing in early childhood development programmes.

- 1. End violence against children.** In a world where almost one billion children under 15 suffer regular physical punishment, and nearly a quarter of all girls between the ages of 15 and 19 report experiencing physical violence, violence against children affects every country and every community. While violence against children is often invisible, its impact on individual children and their societies is profound and far-reaching, undermining development gains made in other areas. Because violence against children is a universal problem, investing in protecting children from violence, exploitation and abuse must be a global priority. More must be done to raise awareness of violence and encourage people to speak out when they see or suspect violence against children, and to strengthen social welfare systems and services that protect children from harm and provide support to those who are already victims of violence.

unicef





Gesundheitsziele 2020 der WHO

Investing in Health through a life-course approach and empowering people

Lebenslaufperspektive

Creating resilient communities and supportive environments

Schaffung eines unterstützenden resilienzfördernden Umfelds

Tackling Europe's major health challenges

die größten Gesundheitsherausforderungen angehen: Kinderschutz gehört dazu

Strengthening people-centred health systems ...

Personenzentrierte Versorgung stärken





Gliederung

1. Entwicklung einer Problemwahrnehmung im Kinderschutz:
Skandalisierung und fachliche Debatten
2. Verbesserungen im Kinderschutz – eine gesellschaftliche
Daueraufgabe
(UN-Road to Dignity (2015))
3. Traumafolgen und Traumafolgekosten: Ausgangspunkt
Begleitforschung UBSKM, Herleitung der
Traumafolgekosten aus der Traumafolgenforschung
4. Regionalbericht der WHO:
 - 4.1 Epidemiologie, Monitoring, Präventions- und
Interventionsforschung, Verläufe
 - 4.2 Capacity Building, Dissemination, E-Learning,
Traumapädagogik



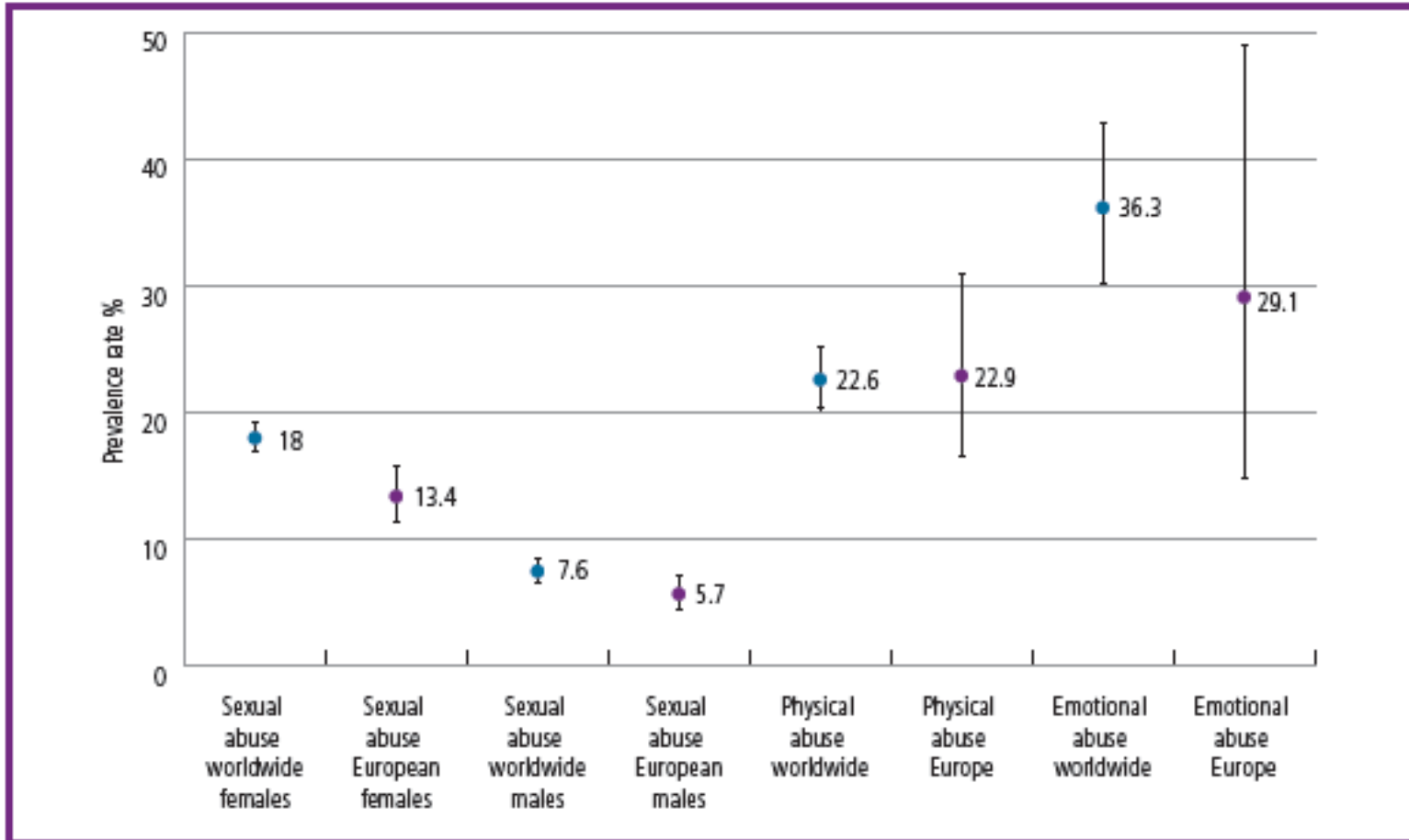
European report on preventing child maltreatment





WHO Vergleich Häufigkeiten und Konfidenzintervalle

Fig. 2.6. A comparison between worldwide and European estimates of prevalence rates with 85% confidence intervals from self-report studies for sexual, physical and emotional abuse





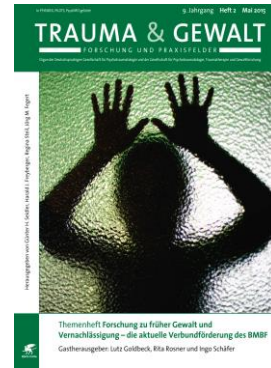
Internationales Fachgespräch zu Häufigkeitsangaben sexuellen Missbrauchs

Berlin, 10. Dezember 2014. Führende internationale Experten aus dem Forschungsfeld des sexuellen Kindesmissbrauchs trafen sich auf Einladung des Unabhängigen Beauftragten und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm in Berlin.



v.l.n.r. Johannes-Wilhelm Rörig, Prof. Carl Göran Svedin, Prof. David Finkelhor, Prof. Nico Trocmé, Prof. Jörg M. Fegert

Ziel des Austauschs war es, mithilfe der internationalen Erfahrungen auch die aktuelle deutsche Debatte zu beleuchten und wertvolle Erkenntnisse für künftige Forschung in Deutschland zu generieren.



FORUM

Jörg M. Fegert, Miriam Kassenhofer, Andreas Witt, Andreas Jüd Häufigkeitsangaben sexuellen Missbrauchs und Inanspruchnahme von Hilfen

Bericht über ein internationales Fachgespräch auf Einladung des Unabhängigen Beauftragten Johannes-Wilhelm Rörig und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm am 10. und 11. Dezember 2014 in Berlin

Am 10. und 11. Dezember 2014 fand ein Workshop zum Thema Häufigkeit sexuellen Missbrauchs und Kindesmissbrauch statt. Zum Auftakt gaben mit Prof. David Finkelhor, Prof. Nico Trocmé und Prof. Carl Göran Svedin drei internationale Experten aus dem Forschungsfeld der Epidemiologie bzw. der Versorgungs-epidemiologie bei sexuellem Missbrauch und Kindesmissbrauch einen Überblick zu ihrer Einschätzung der Forschungslage.

Bei seiner Begrüßung wies der Unabhängige Beauftragte Johannes-Wilhelm Rörig darauf hin, dass die aktuelle Debatte in Deutschland Deutlich ausweise und deshalb immer wieder kontrovers diskutiert werde. Neben dem gesundheitlichen und politischen Engagement zur Vermeidung und Verhinderung von sexuellem Missbrauch und für effektive Behandlungsangebote, welches noch deutlich gesteigert werden müsse, stehe auch die Forschung zu Häufigkeitsangaben sexuellen Missbrauchs in Deutschland, trotz einiger wichtiger Studien, deren Arbeitsgruppenleiterinnen und -leiter bei dem Fach-

gespräch auch anwesend waren, noch eher am Anfang (vgl. auch UN Committee on the Rights of the Child, 2014). Der Unabhängige Beauftragte hat deshalb die Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Ulm mit dem Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg mit einer Expertise zu dieser Thematik beauftragt. Das internationale Fachgespräch war Teil dieser Expertise.

Prof. David Finkelhor vom Center Against Child Abuse Research Center der University of New Hampshire forscht seit über 30 Jahren zum Thema sexueller Missbrauch. Er vertritt die These, warum unterschiedliche Studien mit unterschiedlichen Definitionen und unterschiedlichen Zugängen zu ganz unterschiedlichen Häufigkeitsangaben kommen. Die Grundgesamtheit der Missbrauchshäufigkeit sei letztendlich nur den betroffenen Opfern bekannt, vorausgesetzt die ermitteln sich an die Täter und hätten diese nicht verdrängt. Am nächsten an diese wahren Zahlen der Häufigkeit kommen laut Prof. Finkelhor so genannte »Community Surveys« mit repräsentativen Befragungen im Feld. Je nach Definition und Rückwinkel können diese zu relativ unterschiedlichen Häufigkeitsangaben kommen.

Dies wurde beim Workshop durch die Präsentation von Frau Dr. Claeser zu einer repräsentativen Studie mit dem Childhood Trauma Questionnaire deutlich (Häuser et al. 2011).

Herr Prof. Weitzel und Frau Dr. Haldemann stellten die beiden Dunkelzifferstudien des Kriminalologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) von 1992 und 2011 vor. Die Studie von 2011 stellt mit einem Querschnittsdesign von 11428 Haushalten mit 16- bis 40-jährigen Personen die größte deutsche Dunkelzifferstudie dar ([Die erste Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung, Frau Dr. Bergmann, hatte über das Deutsche Jugendinstitut Schindler, Hainstiller und ähnliches Viererwerkungsprojekte um eine Einrichtung der erlebten Häufigkeit sexuellen Missbrauchs in ihren Einrichtungen geben. Diesen gab orientierenden Überblick über mögliche Häufigkeiten des in Institutionen wahrgenommenen Missbrauchs in Deutschland vorfinden sie in ihrem Abschlussbericht \(IKKBM, 2011\). Auffällig waren dabei die besonders hohen, von den Einrichtungen](http://www.kfm.de/wordpress/wp-content/uploads/2014/07/Prof.-Finkelhor-macht-deutlich-dass-das-naechste-Untersuchungsinstrument-ist-die-einer-anderen-Person-bekannt-und-oder-in-einer-weiterein-Einrichtung-des-Hilfswinkels-Taten, die Professionskollektive in ihrer Arbeit begegnen sind. Während es in den USA und Kanada, wie Prof. Finkelhor und der Prof. Trocmé von der McGill University, School of Social Work darstellen, Studien gibt, die sexuellen Missbrauch und weitere Formen der Kindesmisshandlung über national repräsentative Befragungen von Fachkräften der öffentlichen Träger in Kinderschutz sowie weiterer Versorgungssysteme erfassen, fehlen solche Angaben in Deutschland weitgehend.</p>
</div>
<div data-bbox=)





90 % aller Misshandlungsfälle werden innerhalb von Institutionen z.B. im Krankenhaus nicht wahrgenommen

World Health Organization
REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE
64th SESSION
Copenhagen, Denmark, 15-18 September 2014

Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015-2020

CHILD MALTREATMENT

There are about 190 million children aged under 18 in the WHO European Region

- 18 million have experienced sexual abuse
- 44 million have experienced physical abuse
- 55 million have experienced mental abuse

90%
of all abuse goes undetected

18 Millionen Kinder von sexuellem Missbrauch in Europa derzeit betroffen



Prävalenz sexueller Missbrauch in der europäischen Region: **9,6%**; Mädchen 13,4 %, Jungen 5,7%
44 Millionen Kinder haben körperliche Kindesmisshandlung in Europa erlitten





Key Messages aus dem WHO Bericht – Belastende Kindheitserlebnisse haben ernste, weitreichende (lebenslange) Konsequenzen

- Common and leading public health problem throughout Europe
- Child maltreatment is a cause of social and health inequality within and between countries
- There is strong evidence for the development of mental and physical disorders
- It affects educational and employment prospects
- Maltreatment will contribute to violence throughout the life course and transmission to successive generations
- Societal costs of maltreatment are very high, policy makers need to give greater priority to its prevention



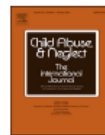
Ausgangspunkt Begleitforschung UBSKM





Contents lists available at ScienceDirect

Child Abuse & Neglect



Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany



Miriam Rassenhofer*, Nina Spröber, Thekla Schneider, Jörg M. Fegert

University Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Steinhoevelstr. 5, 89075 Ulm, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 22 November 2012
Received in revised form 14 May 2013
Accepted 19 May 2013
Available online 22 June 2013

Keywords:

Sexual abuse
Political participation of victims
Critical Incident Reporting System

ABSTRACT

Recent revelations about the scope and severity of past child sexual abuse in German institutions set off a broad public debate on this issue, and led to the establishment of a politically appointed Round Table committee and an Independent Commissioner whose mandates were to reappraise the issue and develop recommendations for future policies. A media campaign was launched to publicize the establishment of a Critical Incident Reporting System (CIRS) whereby now-adult victims of past abuse could anonymously provide testimonials and let policy makers know what issues were important to them. Respondents could either call a hotline number or communicate by mail or email. The information collected was documented and analyzed by a research team, and the results of interim reports were included in the recommendations of the Independent Commissioner and the Round Table committee. Most of the respondents described severe and repeated occurrences of childhood sexual abuse. For many, priorities were improvements in therapy and counseling services, the abolishment of the statute of limitations on prosecuting offenders, and financial compensation. Based on the recommendations of the Round Table and the Independent Commissioner, two new laws were adopted as well as an action plan and some guidelines. In addition to rules for recompensation of victims in an institutional context a fund for victims of sexual abuse in intrafamilial context was established by the Federal Government. Another effect of this process was raising societal sensitivity to the problem of child sexual abuse. The use of a CIRS enabled those directly affected by childhood sexual abuse to have some input into a political process designed to address this issue. Such an approach could have applicability in other countries or in other domains of public health and other forms of societal conflict as well.

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Background

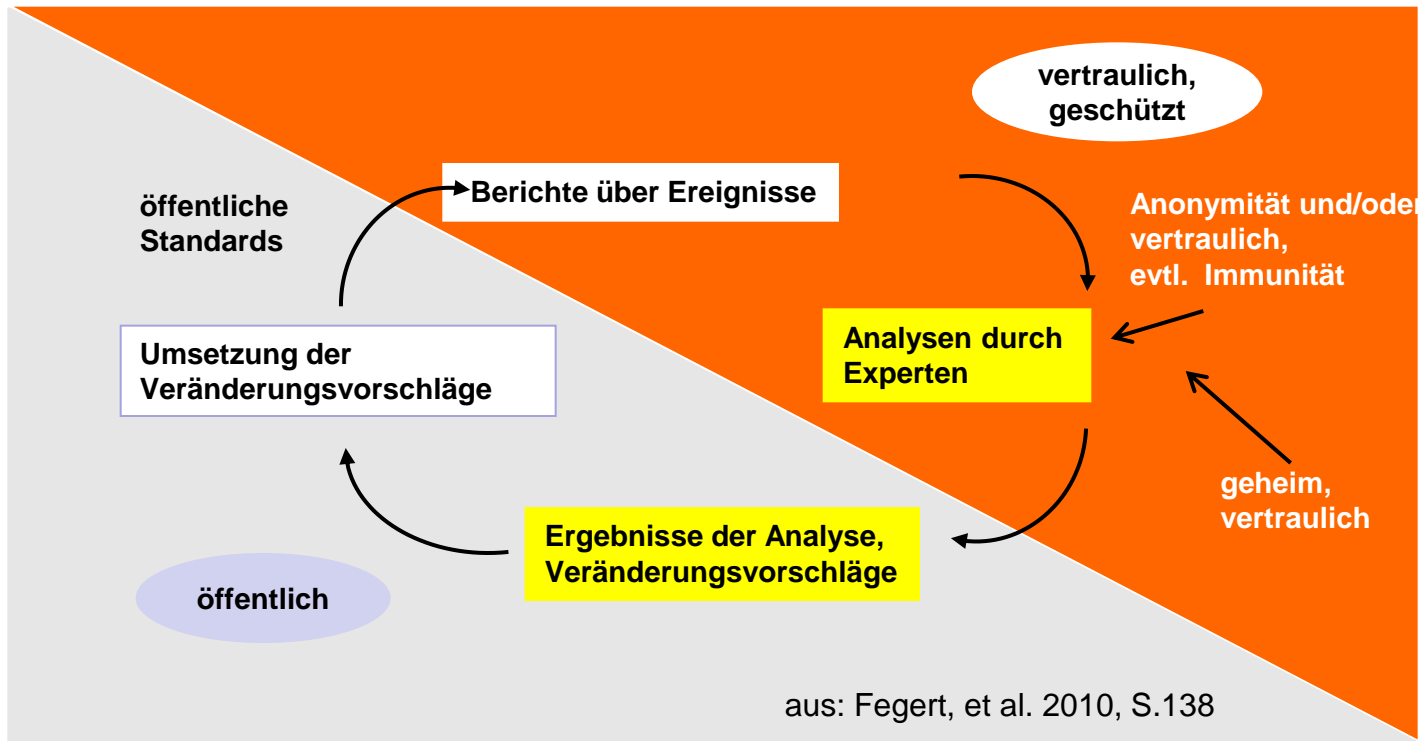
Revelations of child sexual abuse in Germany were covered in the media several times over the years (For example, "Der Lack ist ab" (The glamor is gone) by Jörg Schindler, Frankfurter Rundschau, November 17th 1999; and "Unbarmherzige Schwestern" (Merciless nuns) by Peter Wensierski, Der Spiegel, May 19th 2003), but initially there was little public reaction. In 2006, the German Parliament responded to some petitions by setting up a round table tasked with reappraising residential care in the 1950s and 1960s. Former residents of children's homes from that era described maltreatment and neglect, and about a third reported having experienced sexual abuse, which the government decided to investigate separately. However, the issue of child sexual abuse did not elicit much interest and in the first instance nothing happened. Then, in

* Corresponding author.





Funktionsweise eines Critical Incident Reporting Systems





Kampagne „Sprechen hilft“



Wer das Schweigen bricht, bricht die Macht der Täter.

Es ist nie zu spät, über sexuellen Missbrauch zu sprechen. Betroffene und Menschen, die Missbrauch in ihrem Umfeld wahrnehmen, können sich bei uns anonym und vertraulich an ein Team von Fachleuten wenden.

Rufen Sie uns an. Sprechen Sie mit uns über Ihre Erfahrungen und Anliegen.

Telefonische Anlaufstelle
0800-22 55 530
(kostenfrei)

www.sprechen-hilft.de



**Unabhängige Beauftragte
zur Aufarbeitung des
sexuellen Kindesmissbrauchs**

dtm | **INSTITUT FÜR KINDERRECHT E. V.**

Mit freundlicher Unterstützung von Daniela Brenders und Alberto Venegas.



Wer das Schweigen bricht, bricht die Macht der Täter.

Es ist nie zu spät, über sexuellen Missbrauch zu sprechen. Betroffene und Menschen, die Missbrauch in ihrem Umfeld wahrnehmen, können sich bei uns anonym und vertraulich an ein Team von Fachleuten wenden.

Rufen Sie uns an. Sprechen Sie mit uns über Ihre Erfahrungen und Anliegen.

Telefonische Anlaufstelle
0800-22 55 530
(kostenfrei)

www.sprechen-hilft.de



**Unabhängige Beauftragte
zur Aufarbeitung des
sexuellen Kindesmissbrauchs**

Mit freundlicher Unterstützung von Erka, Titina Frit, Kaiserliche Bundesvereinigung und Tetto Marken-Descent.

0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)
0800-22 55 530 (kostenfrei)



Wer das Schweigen bricht, bricht die Macht der Täter.

„Die Erinnerung ist ein Paradies, aus dem man nicht vertrieben werden kann – was aber, wenn die Erinnerung die Hölle ist?“
In: Bettelheim

Die telefonische Anlaufstelle: 0800-22 55 530

Liebe Leserinnen und Leser,

Viele Menschen, die in ihrer Kindheit oder Jugend missbraucht wurden, haben diese Erfahrungen von Scham, Schuldgefühl oder Angst lange Zeit für sich behalten. Können kann für sie Befreiung sein – selbst Jahrzehnte später. Wie sich ändern anvertraut, bricht die Macht von Tätern und Täterinnen.

Mit unserer bundesweiten Informationskampagne „Sprechen hilft“ machen wir die Bevölkerung für das Thema sexueller Missbrauch sensibilisieren und auf unsere telefonische Anlaufstelle aufmerksam machen. Die Kampagne soll Betroffenen Mut machen, über das, was sie erlebt haben, zu reden, diese wider Annerkennung und Anrede bestätigen: „Daneben sprechen hilft!“

Als Unabhängige Beauftragte möchten wir erreichen, dass die Land der Betroffenen anerkennen wird und sie nachhaltig Hilfe und Unterstützung erhalten. Wir müssen den Schutz von Kindern vor sexuellem Missbrauch und Gewalt noch weiter verbessern. Jede und jeder Einzelne von uns ist aufgefordert, dabei mitzuarbeiten!

Christine Bergmann
Dr. Christine Bergmann
Bundeskanzlerin a.D.
Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung
des sexuellen Kindesmissbrauchs

Wir werden missbraucht wurde, kann unter der kostenlosen Rufnummer 0800-22 55 530 mit Fachleuten aus dem Bereich Sozialpädagogik, Psychologie und Medien über das Erlebte und dessen Folgen sprechen. Auch Angehörige und Menschen, deren Fälle von Missbrauch in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld auffallen, können sich bei der Anlaufstelle melden. Die Fachleute ergreifen nach weiteren Möglichkeiten der Hilfe und Beratung in der Nähe auf.

Die Gespräche werden vertraulich entgegengenommen sind – wenn die Anrede oder der Anrede damit einverstanden ist – strengst dokumentiert. Auf diese Weise können die Erfahrungen, Anliegen und Botschaften der Betroffenen in die Entscheidungsprozesse der Unabhängigen Beauftragten an die Bundesregierung und den Bundesrat gelangen und in die Kinderschutzpolitik einfließen.

Das Schweigen zu brechen, kann für die Betroffenen befreiend sein – und zugleich anderen helfen.



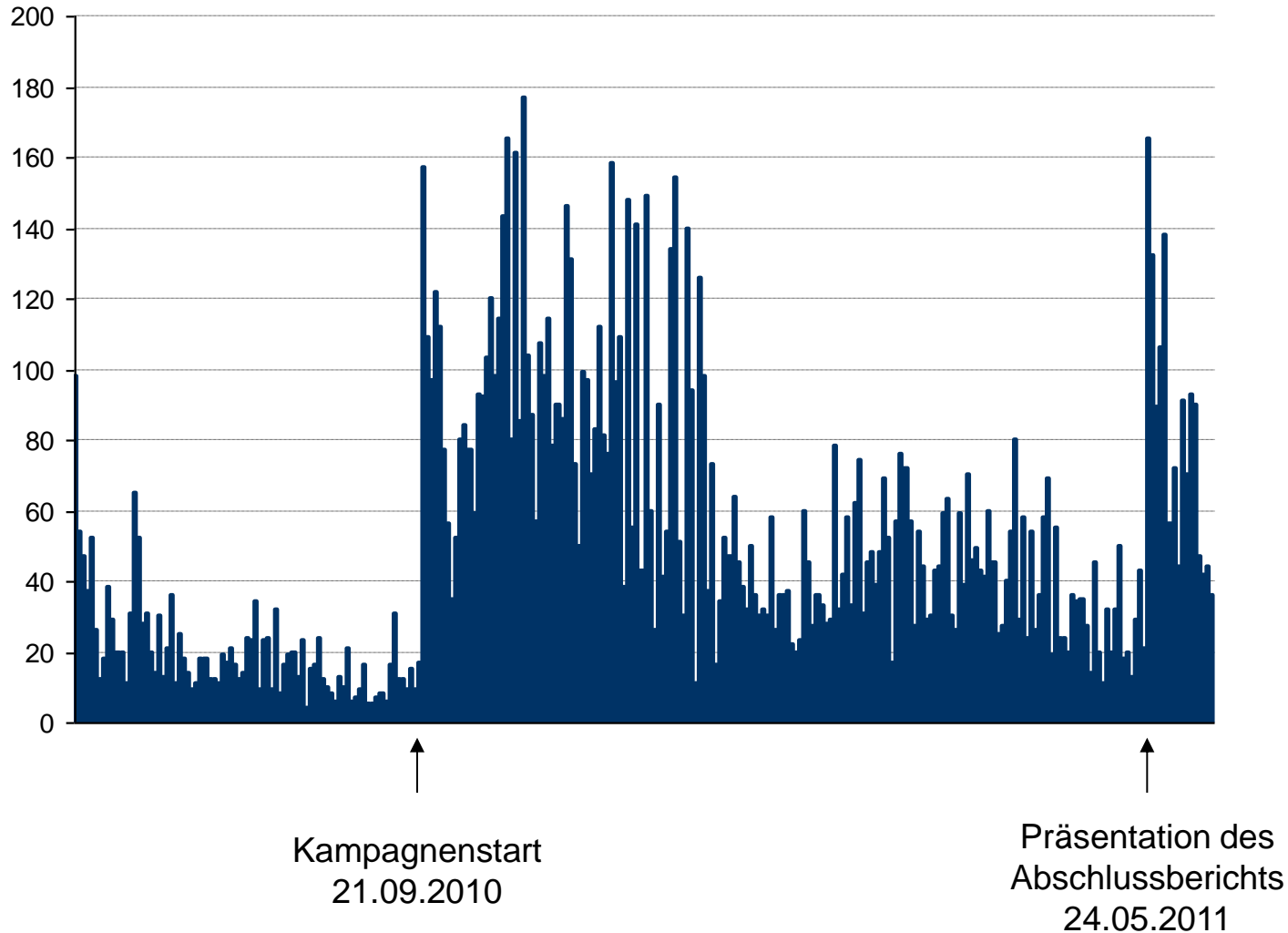
**Unabhängige Beauftragte
zur Aufarbeitung des
sexuellen Kindesmissbrauchs**





Wirkung von Kampagne und Abschlussbericht auf das Anruferaufkommen

Anzahl Anrufe pro Tag seit Beginn der TAL:



Schwere Langzeitfolgen werden berichtet

„Jeder Fall ist erschütternd“

Jesuitenpater Hans Langendörfer über die Missbrauchsvorwürfe gegen Geistliche

Der Leiter des Berliner Jesuiten-Kollegs, Pater Klaus Mertes, hat eine gründliche Aufarbeitung des Themas „Umgang der katholischen Kirche mit der Sexualität“ angemahnt. Dass es da ein Defizit geben könnte, deckt sich mit der landläufigen Meinung, dass Bischöfe in Fragen der Sexualmoral eigentlich keine Fachleute sein können. Wird die Kirche die Anregung aufnehmen?

Unsere Bischöfe haben sich in den letzten Jahren immer wieder mit Handlungsweisen und Werthaltungen im Bereich der Sexualität auseinandergesetzt, also mit der Sexualmoral. Dabei betrachten wir den Menschen immer als Einheit von Leib und Seele. Er soll liebensfähig werden und seine Sexualität auf dieses Ziel ausrichten. Insbesondere Personen in pädagogischer Verantwortung müssen Nähe und Distanz in eine Balance bringen. Deshalb wird der Themenkomplex Sexualität auch in den Ausbildungsordnungen der Priesterseminare berücksichtigt.

Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass die Kirche durchaus fehlbar war in ihrer Einstellung zur Sexualmoral. Wie kann sie heute – auch für Kirchenferne – deutlich machen, dass sie eine moralische Instanz sein kann?

Die katholische Moral betont besonders die Achtung vor dem anderen. Umso erschütternder ist da jeder Fall sexuellen Missbrauchs Minderjähriger durch einen Priester. Was solchen Missbrauch angeht, haben in den vergangenen Jahrzehnten die Gesellschaft und damit auch die Kirche einen Lernprozess durchgemacht. Wir haben gelernt, künftig aufmerksamer hinzuschauen und gut begründete

Erkenntnisse zum Schutz der Opfer wie zum Umgang mit den Tätern umzusetzen. Deshalb hat die Bischofskonferenz 2002 Leitlinien für den Umgang mit diesem Problem verfasst. Wir haben gezeigt, dass sexueller Missbrauch Minderjähriger nicht nur nach staatlichem Recht, sondern auch nach kirchlichem Recht eine Straftat ist. Wir wollen Aufklärung, weil wir in der Schuld der Opfer stehen und alles tun wollen, um Glaubwürdigkeit zurückzugewinnen. Wir können nicht wollen, dass die christliche Botschaft und die Glaubwürdigkeit vieler kirchlich Engagierter wegen der Verfehlungen mancher zugrunde gehen. Ich erlebe auch, dass in der Öffentlichkeit sehr oft unser moralisches Urteil gefragt ist, wenn es beispielsweise um Fragen der Bioethik oder den Schutz des Lebens vom Anfang bis zum Ende geht.

Die kirchenkritische Theologin Uta Ranke-Heinemann hält sexuellen Missbrauch sogar für „symptomatisch“ für die katholische Kirche. Nach ihrer Vorstellung müssen Priester, die im Zölibat leben müssen, geradezu zwangsläufig entweder homosexuell werden oder sich an Kindern vergehen. Der Beichtstuhl sei sozusagen eine „Kontaktbörse für Homosexuelle“, ist das so? Das ist billiger Populismus. Diese Art, ein so bedrückendes Thema für längst bekannte Kirchenkritiker zu missbrauchen, ist für eine ernsthafte Aufarbeitung schädlich.

Ein ernsthaftes Problem ergibt sich daraus, dass Missbrauchsfälle in der Kirche jahrelang nicht bekannt werden.

Häufig liegt der Grund darin, dass sich die Opfer Priestern anvertrauen. Wie löst man den Gewissenskonflikt zwischen Beichtgeheimnis und Vertrauensschutz einerseits und dem Willen zur Aufklärung und zum Schutz von möglichen weiteren Opfern andererseits? Früher wurde den Opfern vielfach einmal von ihren Eltern, einmal von ihren Lehrern, einmal von ihren Priestern, einmal von den Leitlinien habilitiert, dass einem Priester Staatsanwaltschaft, Polizei oder Gutachter nicht vertrauen dürfen. Dass der Täter sich stellt.

In der katholischen Kirche ist die Haltung des Vatikans das Thema Missbrauch in Deutschland beschränkt auf Rom, das Thema aus dem Vatikan hat ja das Land nicht aufzuheben, sondern es zu beheben. Papst Johannes Paul II. hat nach den furchtbaren Verbrechen in den USA schon eine umfassende Aufarbeitung der Vertuschungslinie hat Papst Benedikt XVI. fortgesetzt. Seine Theologie der Beichtgeheimnisse ist ein Opfer in der Aufarbeitung des Themas.

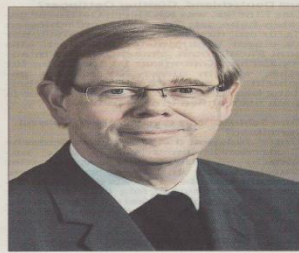
Interview: Reinhard Urschel

HANS LANGENDÖRFER ...

... ist Jesuitenpater und Sekretär der Deutschen Bischofskonferenz. Als solcher hat er die Gesamtheit der katholischen Bischöfe in Deutschland im Blick und ist in der Lage, die dort herrschende Meinung zu vertreten. Studiert hat der gebürtige Bonner Philosophie, Politik und Theologie. Schon während des Studiums gehörte er dem Jesuitenorden an, die Priesterweihe empfing Langendörfer 1979. Seine Doktorarbeit schrieb er über ein moraltheologisches Thema.

Die Jesuiten, deren Kolleg in Berlin nun im Mittelpunkt eines Missbrauchsskandals noch unbekanntes Ausmaßes steht, haben innerhalb und außerhalb der Kirche einen zwiespältigen Ruf. Sie gelten als Elite, vornehmlich in Fragen der Bildung. Ob sie als reaktionär oder als progressiv angesehen werden, hängt wohl

von einzelnen Persönlichkeiten des Ordens ab. Die reaktionäre Verbindung wird vor allem deshalb geknüpft, weil die Ordensbrüder – die „Gesellschaft Jesu“ ist ein reiner Männerorden – dem Papst unbedingten Gehorsam geloben. Das hat nicht verhindern können, dass sich der Orden im 18. Jahrhundert derart verselbstständigte, dass er von einigen europäischen Ländern und schließlich auch von Papst verboten wurde. Nach der Wiederzulassung verschieben sich die Jesuiten einem hohen Bildungsideal und öffneten sich der Moderne. Der Jesuitenpater Alfred Delp gehörte zu den Verschwörern gegen Adolf Hitler. Er wurde in Plötzensee hingerichtet. Die Jesuiten sind mit rund 22 000 Mitgliedern weltweit der größte katholische Orden.



„Ich quäle mich durchs Leben.“

„Ich bin wie eine Marionette der Angst.“

"Sie können ein verlorenes Leben nicht bezahlen - Eine Entschädigungszahlung ist eine Geste zur Anerkennung des Leides."





Auswirkungen des Missbrauchs

Betroffene berichten unter anderem von bei ihnen gestellten Diagnosen psychischer Erkrankungen als Auswirkung von Missbrauch (N=2.208 Angaben):

- **Posttraumatische Belastungsstörung (19,2%, N=425)**
- **Angst-/Panikstörung (19,2%, N=425)**
- **Persönlichkeitsstörungen (16,3%, N=361)**
- **Depression (14,3%, N=315)**
- **Depression mit Suizidalität (7,1%, N=156)**
- **Essstörung (13,4%, N=296)**
- **Alkoholabhängigkeit (2,3%, N=51)**
- **Medikamenten-/Drogenabusus (0,8%, N=18)**
- **Sonstiges (7,3%, N=161)**



Auswirkungen des Missbrauchs

Betroffene berichten unter anderem von folgenden Auswirkungen auf ihr Leben und ihre Lebensgestaltung (N=3.938 Angaben):

- **Körperliche Folgen (43,1%, N=837)**
- **Beziehungs-/ Partnerschaftsprobleme (41,6%, N=808)**
- **Leistungsbeeinträchtigung (30,0%, N=582)**
- **Flashbacks, Intrusionen, Alpträume (29,9%, N=568)**
- **Probleme mit Körperlichkeit und Sexualität (17,3%, N=337)**
- **Selbstwertproblematik (17,1%, 332)**
- **Minderung der Lebensqualität (13,2%, N=256)**
- **Orientierungs-/Hilflosigkeit (7,4%, N=144)**
- **Externalisierendes Verhalten (4,1%, N=79)**

„Ich quäle mich durchs Leben.“



Hinderliche Aspekte bei der Verarbeitung des Erlebten

negative Reaktionen auf Hilfesuche:

Demütigungen, Drohungen, Schuldzuweisungen,
Stigmatisierung, Strafe

gesellschaftlicher Umgang mit dem Thema und
(gesetzliche) Rahmenbedingungen

keine bzw. keine hilfreiche Unterstützung durch andere
spezifische belastende Gefühle der Betroffenen

zusätzliche belastende Umstände

weiterhin Kontakt zum Täter/zur Täterin

religiöse Vorstellungen/kirchliche Vorgaben

*„Ich wurde so schlecht behandelt, dabei bin doch nicht ich der
Täter.“*

„Warum schauen die Leute alle weg?“

*„Ich renne seit Jahrzehnten gegen Mauern. Als Betroffenen werden
einem nur Steine in den Weg gelegt.“*





Hilfreiche Aspekte bei der Verarbeitung des Erlebten

Professionelle Hilfe

Unterstützung durch die Familie

Unterstützung durch das engere soziale Umfeld
(öffentliche) Anerkennung des erlebten Unrechts
darüber sprechen

Glaube und Religion

Selbstschutz: Abgrenzung und Verdrängung

Berufliche, sportliche und kreative Tätigkeiten

„Für mich waren Menschen hilfreich, die sich einmischen.“

„Das erste Mal nach soviel Jahren sprechen zu können, hat mir gut getan.“

"Die öffentliche Diskussion um den Missbrauch ist hilfreich und sollte aufrechterhalten werden."





Welche traumatischen Situationen führen in der Regel zu intensiven Symptomen

1. Dauern sehr lange
2. Wiederholen sich häufig
3. Rituellen Charakter
4. Schwere körperliche Verletzungen
5. Zwischenmenschliche Gewalt
6. Sind schwer nachzuvollziehen
7. Täter ist eine Bezugsperson
8. Täter wird vom Opfer gemocht
9. Opfer fühlt sich mitschuldig
10. Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt
11. Beinhalten sadistische Folter
12. Beinhalten sexuelle Gewalt
13. Mehrere Täter
14. Starke Dissoziationen
15. **Kein unmittelbarer Beistand nach der Tat – Bindung!**
16. **Niemand hat darüber mit dem Opfer gesprochen/ nicht geglaubt**



Traumatypologie nach L. Terr (1991)

Typ – I - Trauma

- Einzelnes, unerwartetes, traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer.
- z.B. Verkehrsunfälle, Opfer/Zeuge von Gewalttaten, Naturkatastrophen.
- Öffentlich, besprechbar

Symptome:

- Meist klare sehr lebendige Wiedererinnerungen
→ Vollbild der PTSD
- Hauptemotion = Angst
- Eher gute Behandlungsprognose

Typ – II - Trauma

- Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse.
- Körperliche sexuelle Misshandlungen in der Kindheit, überdauernde zwischenmenschliche Gewalterfahrungen.
- Nicht öffentlich

Symptome:

- Nur diffuse Wiedererinnerungen, starke Dissoziationstendenz, Bindungsstörungen
→ Hohe Komorbidität, komplexe PTSD
- Sekundäremotionen (z.B. Scham, Ekel)
- Schwerer zu behandeln



Komorbiditäten

Psychische Erkrankungen

- Affektive Symptomatik
- Angststörungen
- Somatisierungsstörungen
- BPS
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychosen
- Dissoziative Identitätsstörungen

Somatische Störungen

- kardiovaskuläre, pulmonale und rheumatische Erkrankungen

Gesteigerte Mortalität



Ferguson et al. (1996a und b)

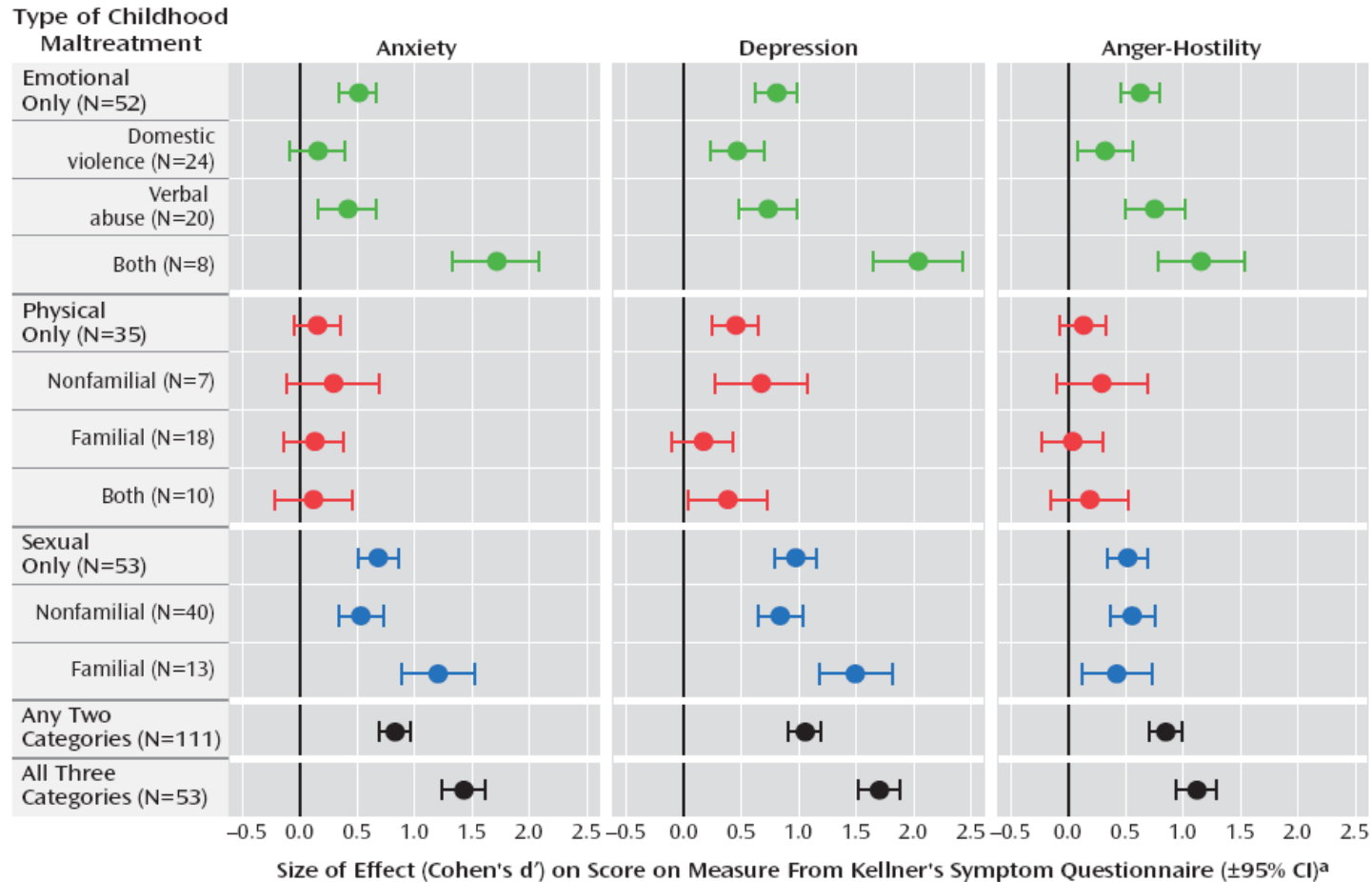
Neuseeländische Geburtskohorte

- 17,3 % Mädchen 3,4% Jungen bis 16. LJ missbraucht
- mit Penetration 5,6 % vs. 1,4 %
- OR 3,6 (5,4) für Depression
- OR 2,7 (6,6) für Alkoholabhängigkeit und anderer Substanzabusus
- OR 5 Suizidversuche
- OR 3 Angsterkrankungen
- OR 12 Verhaltensauffälligkeiten allgemein

zeitgleiche DSM IV Diag.



Relativer Effekt von Typen der Misshandlung

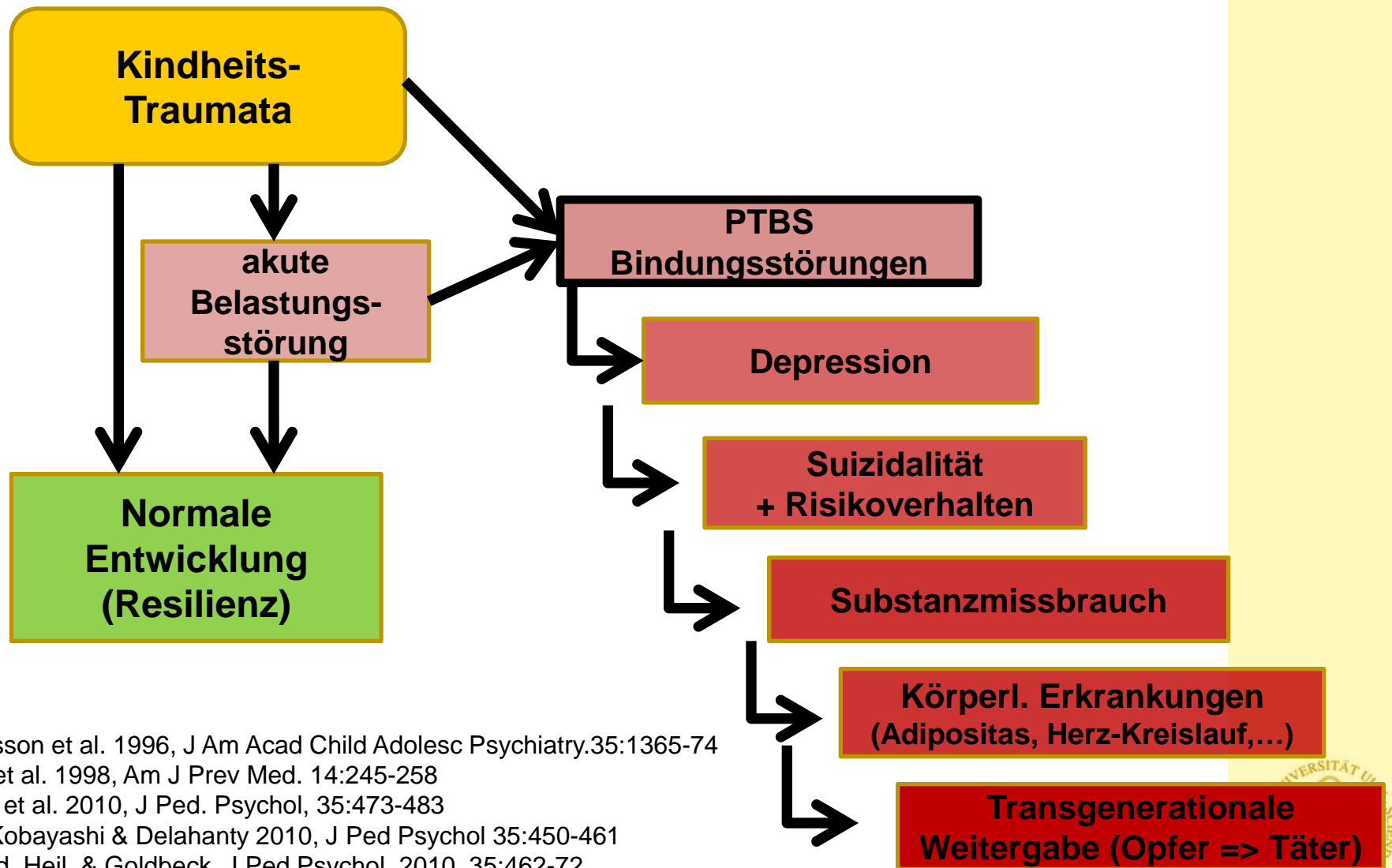


Teicher 2006 AmJPsychiatry





Traumafolgestörungen



Fergusson et al. 1996, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.35:1365-74

Felitti et al. 1998, Am J Prev Med. 14:245-258

Houck et al. 2010, J Ped. Psychol, 35:473-483

Irish, Kobayashi & Delahanty 2010, J Ped Psychol 35:450-461

Oswald, Heil, & Goldbeck, J Ped Psychol. 2010, 35:462-72

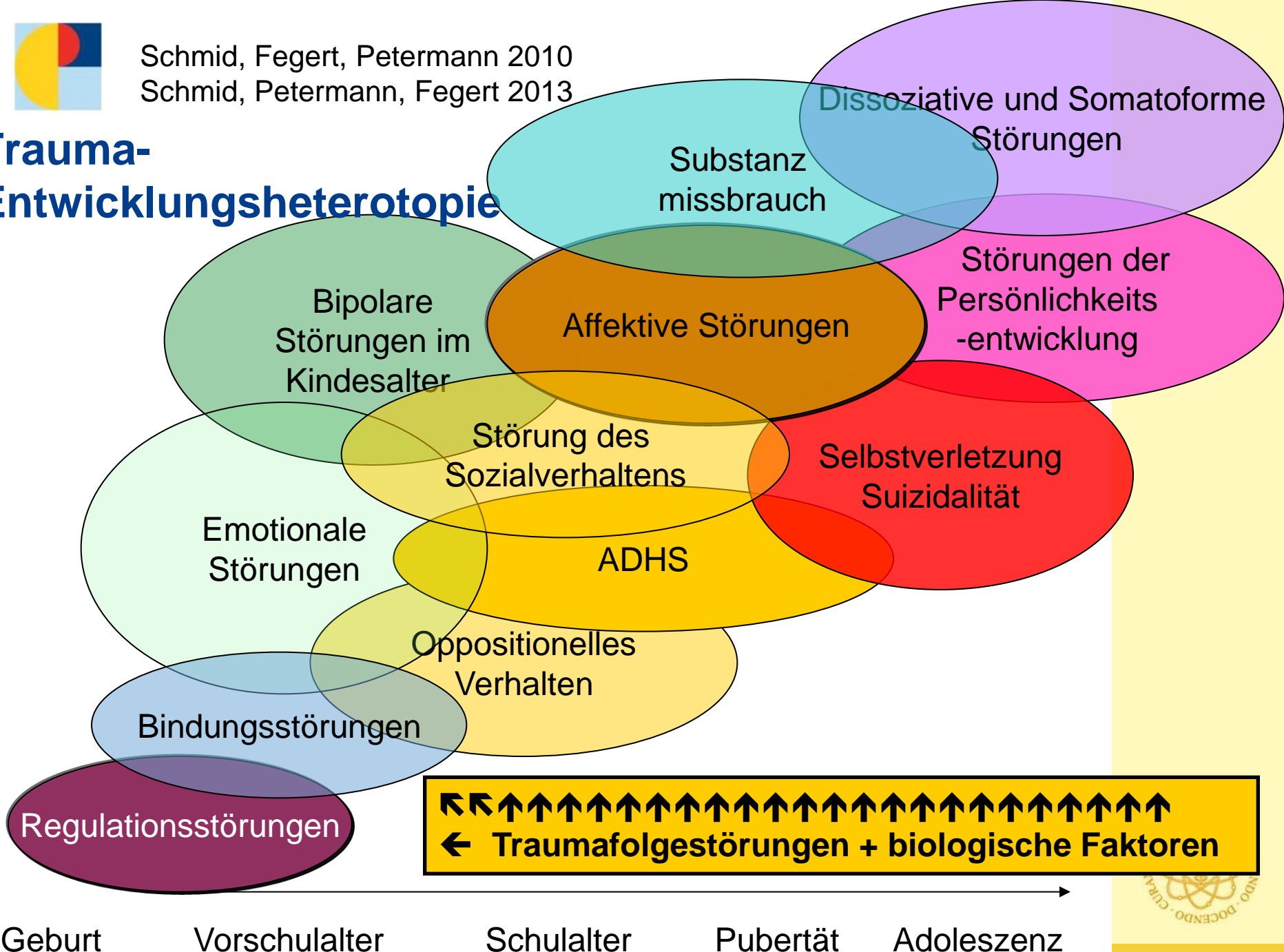
Pears & Capaldi 2001, Child Abuse and Neglect 25:1439-61

u.v.m.



Schmid, Fegert, Petermann 2010
 Schmid, Petermann, Fegert 2013

Trauma- Entwicklungsheterotopie



Geburt

Vorschulalter

Schulalter

Pubertät

Adoleszenz





DEBATE

Open Access

Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems

Marc Schmid^{1*}, Franz Petermann² and Joerg M Fegert³

Abstract

Background: This article reviews the current debate on developmental trauma disorder (DTD) with respect to formalizing its diagnostic criteria. Victims of abuse, neglect, and maltreatment in childhood often develop a wide range of age-dependent psychopathologies with various mental comorbidities. The supporters of a formal DTD diagnosis argue that post-traumatic stress disorder (PTSD) does not cover all consequences of severe and complex traumatization in childhood.

Discussion: Traumatized individuals are difficult to treat, but clinical experience has shown that they tend to benefit from specific trauma therapy. A main argument against inclusion of formal DTD criteria into existing diagnostic systems is that emphasis on the etiology of the disorder might force current diagnostic systems to deviate from their purely descriptive nature. Furthermore, comorbidities and biological aspects of the disorder may be underdiagnosed using the DTD criteria.

Summary: Here, we discuss arguments for and against the proposal of DTD criteria and address implications and consequences for the clinical practice.

Keywords: Comorbidity, Developmental psychopathology, Developmental trauma disorder (DTD), Dissociation, Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Background

Inclusion of post-traumatic stress disorder (PTSD) in psychiatric diagnostic systems represents an important milestone since a clear connection between traumatic experiences and mental disorders have not been established previously [1-3]. Clinicians in the field of child and adolescent psychiatry and clinical psychology have to face acute traumatized children and victims of different shades and forms of chronic child abuse, maltreatment and neglect.

In the clinical setting, the effects of neglect, maltreatment, and abuse are noticeable which has prompted the need for a diagnosis capable of creating the connection between developmental and psychopathological aspects.

In children and adolescents, the usefulness of diagnostic criteria of PTSD is limited because the characterization of

the condition is based on symptoms in adults. Because most symptoms are subjective and require verbal description by the patient, the diagnosis of PTSD in younger children remains challenging. In the presence of distinct, well-defined traumas and their effects, the diagnosis of PTSD can be readily made; childhood traumatization and neglect tend to be more complex and may entail a multitude of psychosocial risk factors. Therefore, various proposals for diagnostic criteria have been published which include developmental psychology factors [4-7].

Most traumatic experiences in children and adolescents occur in their immediate social environment [5,8,9]. Families with neglected, maltreated, or abused children often carry a number of additional risk factors, such as mental disorders in parents, poverty, cramped living conditions, or social isolation [5,10,11]. Moreover, childhood traumatization leads to a significantly higher risk of suffering other traumas in adult life [12,13].

Many severely maltreated, sexually abused, or neglected children who had suffered repeated traumatic events

* Correspondence: marc.schmid@ukps.ch
¹Department of child and adolescent psychiatry University Basel, Schwabstrasse 11, CH-4006, Basel, Switzerland
Full list of author information is available at the end of the article





Mehrfache Misshandlungen

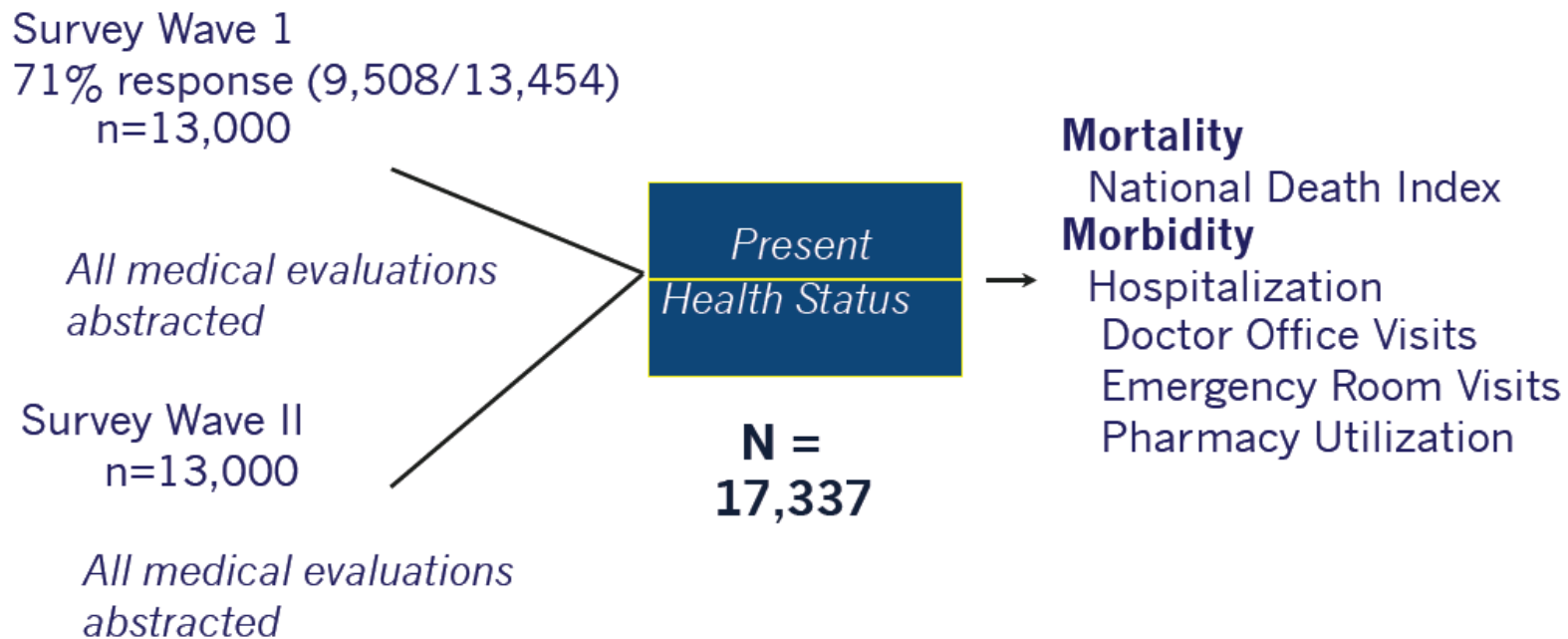
Die Misshandlungssituationen treten selten völlig isoliert auf, es werden kaum reine Unterformen der Misshandlung in Populationen gefunden (z.B. Barnett, et al., 1993).

Unterschiedliche Formen von Misshandlung treten gleichzeitig oder auch zeitlich gestaffelt auf (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Holt, 2009)

Nicht selten sind sie mit anderen Entwicklungsrisiken kombiniert (Ziegenhain & Fegert 2007)



ACE-Studie (retrospektiv)



Felitti & Anda 2000 -2008





ACE Studie

Aversive Kindheitserlebnisse gehen einher mit

- Mangelhaftem Gesundheitsverhalten
- höhere körperliche Morbidität
 - Hospitalisierungen
 - Übergewicht
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Lungenkrankheiten
- höhere psychische Morbidität
 - Alkoholismus
 - Depressivität
 - Suizidalität
- höhere Mortalität



Belastung nach ACE - Kindheitstraumata

- Sensitivierung der **hormonellen und neuronalen Stressreaktion**
- Orientierung auf **Bedrohungsreize**
- Verkümmern der **Regulation von Emotionen**
- Unsicher/Vermeidende **Bindung**
- Dosiseffekt: Erhöhte Wahrscheinlichkeit für verschiedene **psychische Störungen und Delinquenz**
- **Genetik und Epigenetik**



Achtung bei der Gleichsetzung Missbrauch: dauerhafte Beschädigung

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

TECHNICAL REPORT

The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress

abstract

FREE

Advances in fields of inquiry as diverse as neuroscience, molecular biology, genomics, developmental psychology, epidemiology, sociology, and economics are catalyzing an important paradigm shift in our understanding of health and disease across the lifespan. This converging, multidisciplinary science of human development has profound implications for our ability to enhance the life prospects of children and to strengthen the social and economic fabric of society. Drawing on these multiple streams of investigation, this report presents an ecobiodevelopmental framework that illustrates how early experiences and environmental influences can leave a lasting signature on the genetic predispositions that affect emerging brain architecture and long-term health. The report also examines extensive evidence of the disruptive impacts of toxic stress, offering intriguing insights into causal mechanisms that link early adversity to later impairments in learning, behavior, and both physical and mental well-being. The implications of this framework for the practice of medicine, in general, and pediatrics, specifically, are potentially transformational. They suggest that many adult diseases should be viewed as developmental disorders that begin early in life and that persistent health disparities associated with poverty, discrimination, or maltreatment could be reduced by the alleviation of toxic stress in childhood. An ecobiodevelopmental framework also underscores the need for new thinking about the focus and boundaries of pediatric practice. It calls for pediatricians to serve as both front-line guardians of healthy child development and strategically positioned, community leaders to inform new science-based strategies that build strong foundations for educational achievement, economic productivity, responsible citizenship, and lifelong health. *Pediatrics*

Jack P. Shonkoff, MD, Andrew S. Garner, MD, PhD, and THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE, AND SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS

KEY WORDS

ecobiodevelopmental framework, new morbidity, toxic stress, social inequalities, health disparities, health promotion, disease prevention, advocacy, brain development, human capital development, pediatric basic science

ABBREVIATIONS

ACE—adverse childhood experiences
CRH—corticotropin-releasing hormone
EBD—ecobiodevelopmental
PFC—prefrontal cortex

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have filed conflict of interest statements with the American Academy of Pediatrics. Any conflicts have been resolved through a process approved by the Board of Directors. The American Academy of Pediatrics has neither solicited nor accepted any commercial involvement in the development of the content of this publication.

The guidance in this report does not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

All technical reports from the American Academy of Pediatrics automatically expire 5 years after publication unless reaffirmed, revised, or retired at or before that time.





Neurobiologie als Fatum?

by Martin H. Teicher, M.D., Ph.D.

Wounds That Time Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse

We easily understand how beating a child may damage the developing brain, but what about the all-too-common psychological abuse of children? Because the abuse was not physical, these children may be told, as adults, that they should just "get over it."

But as developmental neuropsychiatrist Martin H. Teicher reveals, scientists are discovering some startling connections between abuse of all kinds and both permanent debilitating changes in the brain and psychiatric problems ranging from panic attacks to post-traumatic stress disorder. In these surprising physical consequences of psychological trauma, Teicher sees not only a wake-up call for our society but hope for new treatments.

We know that the abuse or neglect of children is tragically common in America today.

Nor are most of us surprised when studies point to a strong link between the physical, sexual, or psychological maltreatment of children and the development of psychiatric problems. To explain how such problems come about, many mental health professionals resort to personality theories or metaphors. Perhaps the child's adaptive or protective mechanisms have become

counterproductive or self-defeating in the adult. Perhaps childhood abuse has arrested psychosocial development, leaving a "wounded child" within the adult.

Although such explanations may offer genuine insight and may support patients in therapy, too often they instead minimize the impact of early abuse. They make it easy to reproach the victims, to say, in so many words, "Get over it."

Research on the effects of early maltreatment, including the work of my colleagues and myself at McLean Hospital in Belmont, Massachusetts, appears to tell a different story: that early maltreatment, even exclusively psychological abuse, has enduring negative effects on brain development. We see specific kinds of brain abnormalities in psychiatric patients who were abused as children. We are also beginning to understand how these abnormalities may account directly for the personality traits and other symptoms that patients manifest.

With *The Etiology of Hysteria* (1896), Sigmund Freud first introduced the topic of childhood sexual abuse in a scientific context. He was convinced that, as children, many of his patients had been sexually abused by their parents, older siblings, or





Neurobiologische Erklärungsansätze oder biologistische Neuromythologie?





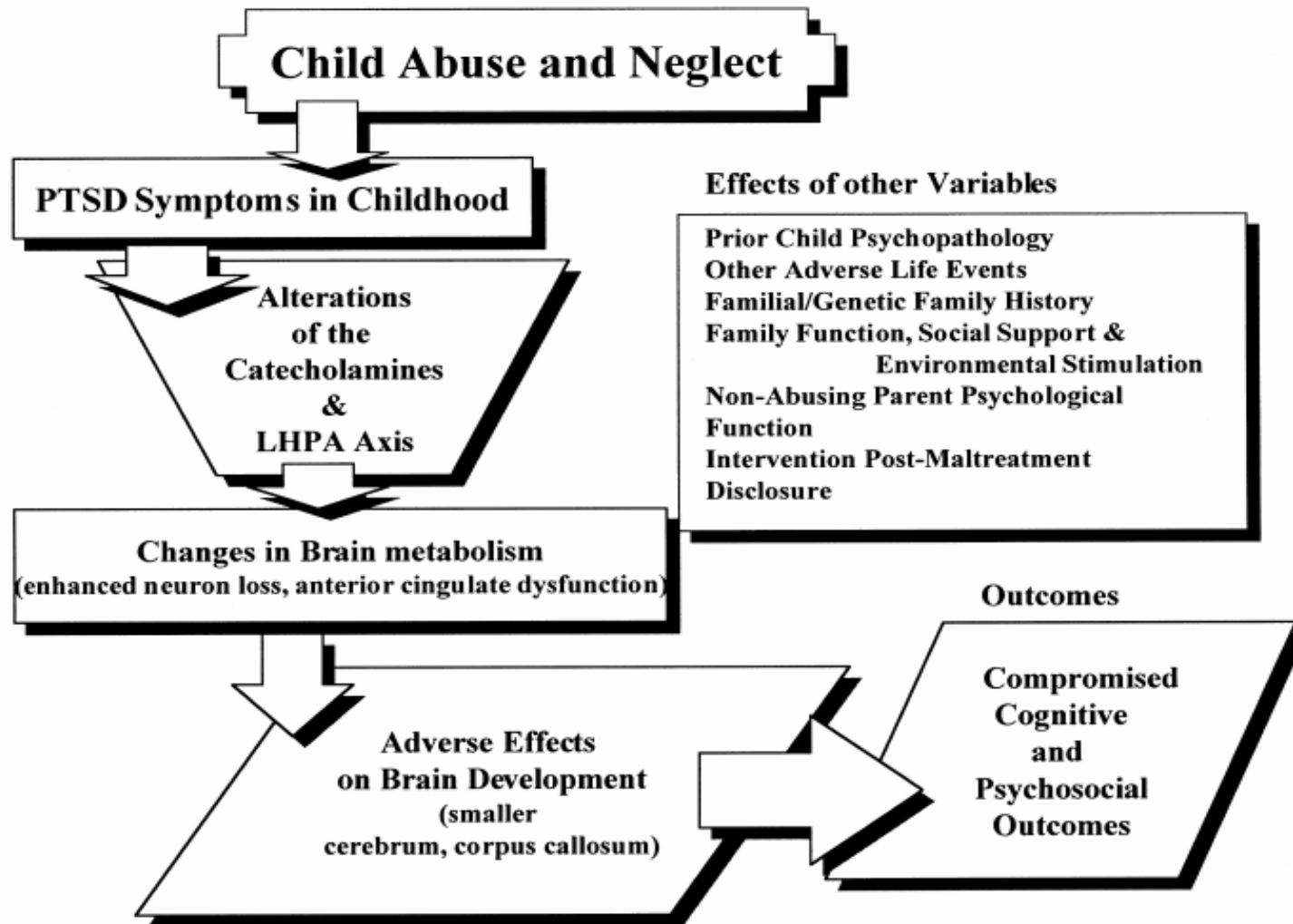
Kritik an neurobiologischer Traumaforschung

- Häufig nur Messung von Aktivierungsunterschieden
- Häufig bei Erwachsenen
- Häufig nach Singletrauma
- Eigentlicher Gegenstand der Dysregulation: Netzwerkkonnektivität
- Statistische Unterschiede klingen wie definitive anatomische oder physiologische Schädigungen
- Gehirn hat aber hohe Plastizität und Entwicklungspotential:
„**Psychobiologie der Hoffnung**“ (De Bellis 2001, Seite 556), vergleiche auch „natürliches Experiment“ Rumänienkinder: geringeres Volumen der weißen Substanz im Ausgangsbefund bestätigt sich nach 5 – 7 Jahren bei Heimkindern, ist bei Kindern in Pflegefamilien verschwunden (Sheridan et al. 2012)



Entwicklungsneurobiologisches Modell der Traumatisierung

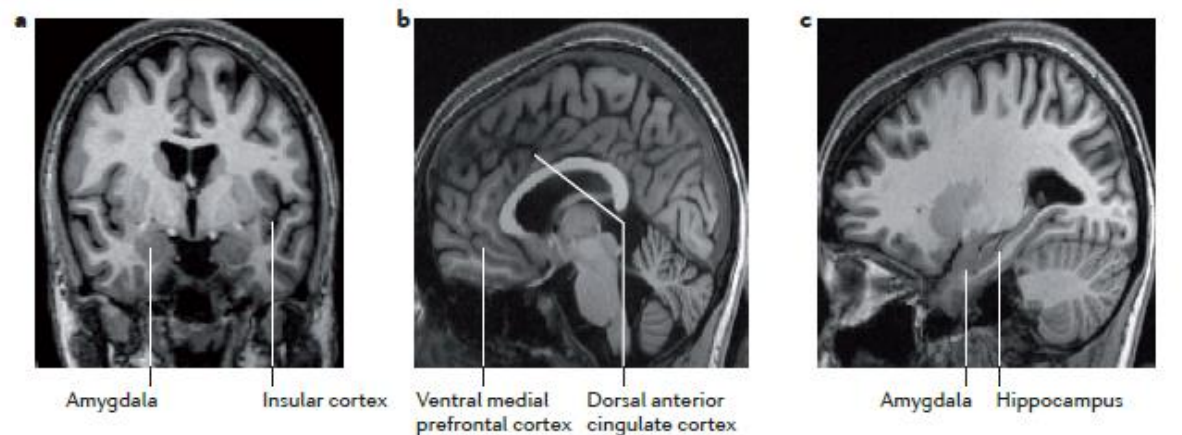
(De Bellis 2001, Developm Psychopathol 13:539-64)





Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen

- Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen:
 - **Hippocampus:** Volumenreduktion (Dendritenverlust: Gukokortikoide)
 - **Amygdala:** Hyperresponsivität
 - **mPFC:** Volumenverringerng (verantwortlich f. Inhibition, Hyporesponsivität b. PTSD f. Trigger)
 - **dACC:** Hyperresponsivität
 - Weitere Veränderungen:
 - OFC
 - DLPFC
 - Corpus callosum
 - Cerebellum





Prävalenz von Misshandlungen in Kindheit und Jugend

Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer, 2011¹:

Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung

Auswertbare Daten von 2504 Personen (≥ 14 Jahre)

Demographische Angaben

Standardisierter Fragebogen (Childhood Trauma Questionnaire)

¹ Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: Maltreatment in childhood and adolescence - results from a survey of a representative sample of the German population. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(17): 287–94.

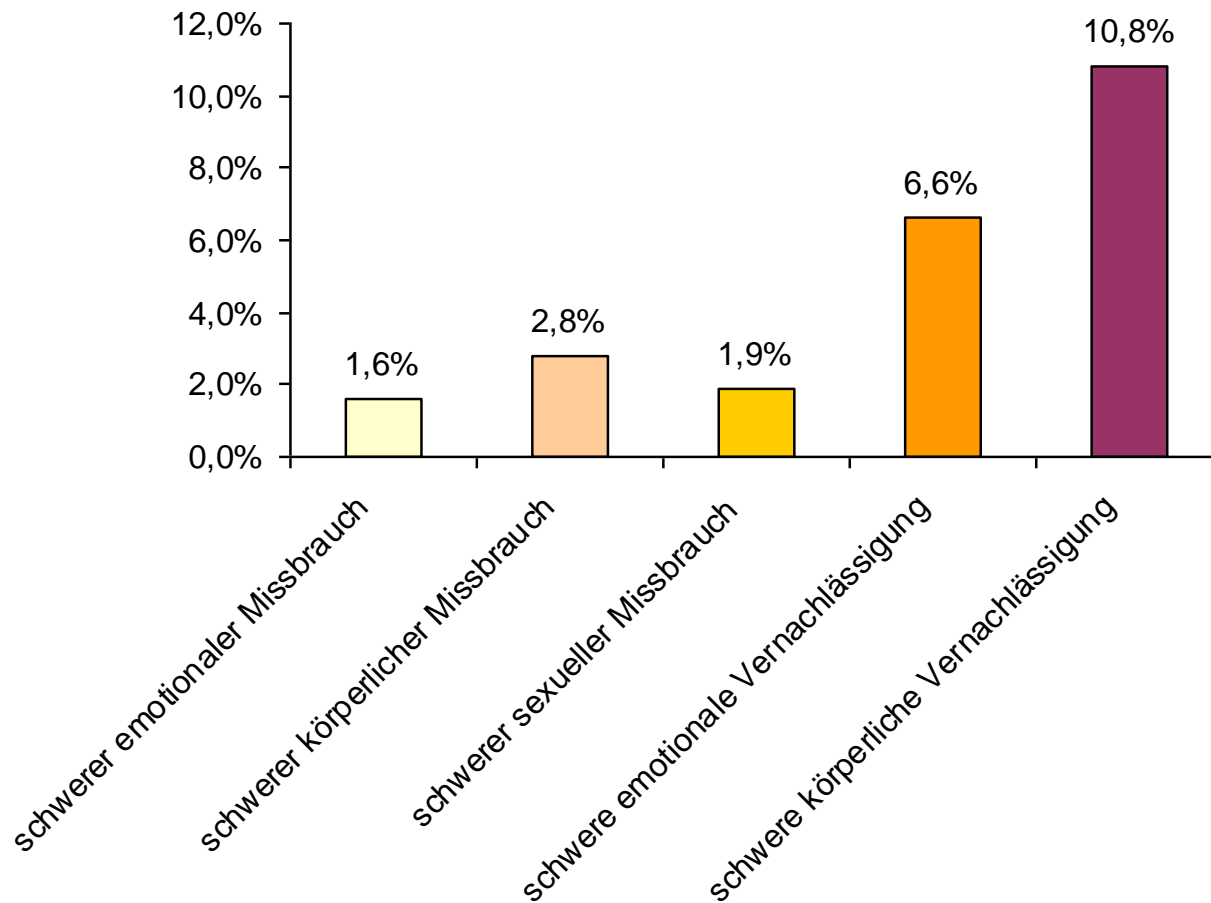




Prävalenz von Misshandlungen in Kindheit und Jugend

Schwere Formen von Missbrauch und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend

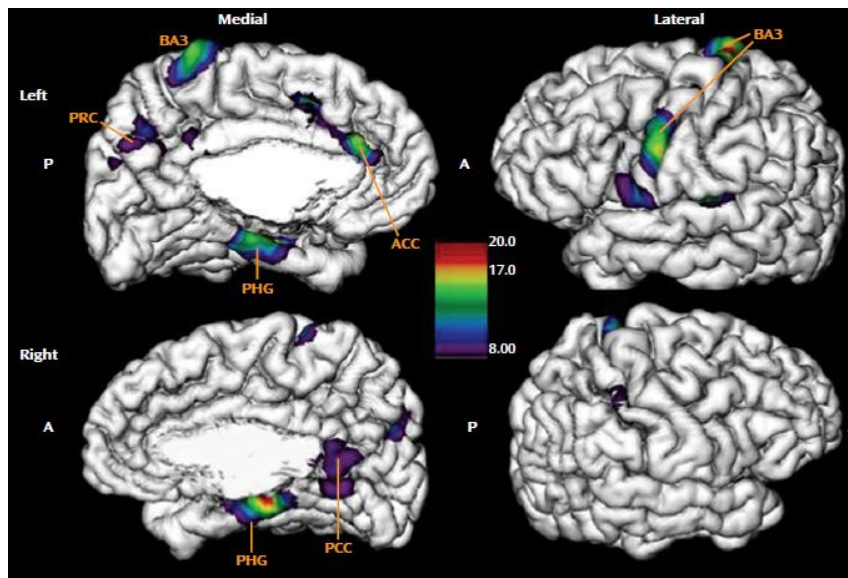
(N=2504; Mehrfachnennungen möglich):





Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter: fMRT

- Kortikale Dicke↓ - CTQ Total score
- v.a. linke Hemisphäre:
 - lateraler somatosensorischer Cortex
 - ACC (u.a. Emotionsregulation)
 - Precuneus (u.a. Selbstwahrnehmung)
 - Gyrus parahippocampalis (u.a. Gedächtnis: Encodierung)



Heim et al., 2013

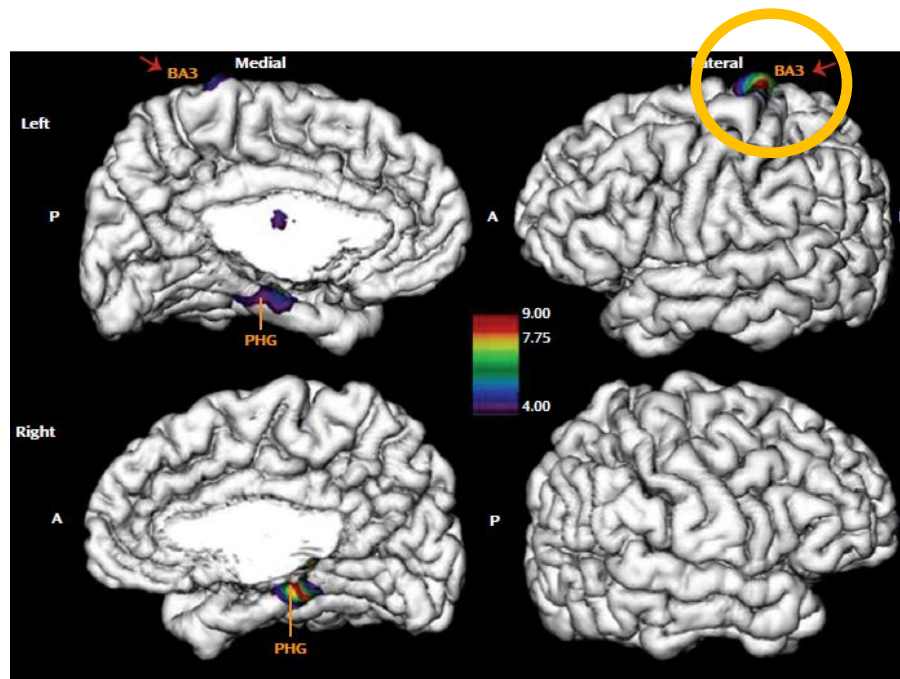


Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter: fMRT

CTQ: sexual abuse score - Kortikale Dicke↓

Somatosensorischer Cortex (I): Klitoris und umgebende genitale Bereiche

Gyrus parahippocampalis



Heim et al., 2013





Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter: fMRT

Emotionale Misshandlung

Kortikale Dicke↓:

Precuneus (l, r)

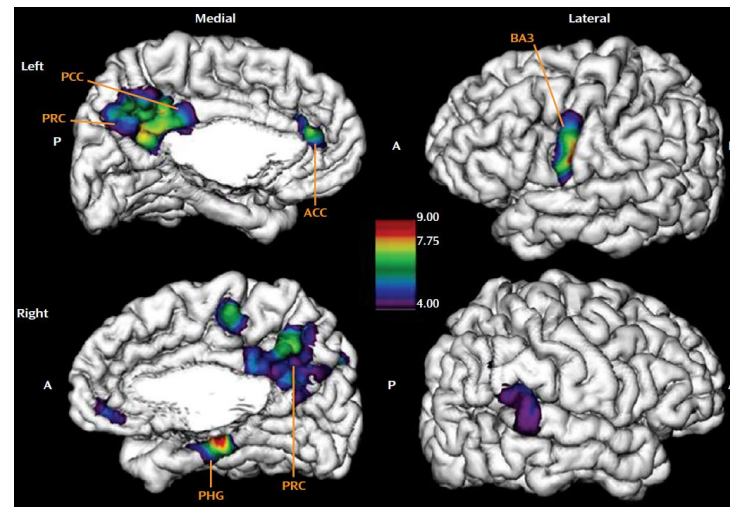
PCC und ACC(l)

Somatosensorischer Cortex (Gesicht)

Regionen in Verbindung mit:

Selbstreflexion

Selbstwahrnehmung



Heim et al., 2013



Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter: fMRT

Beginn der Misshandlung

Kortikale Dicke↓:

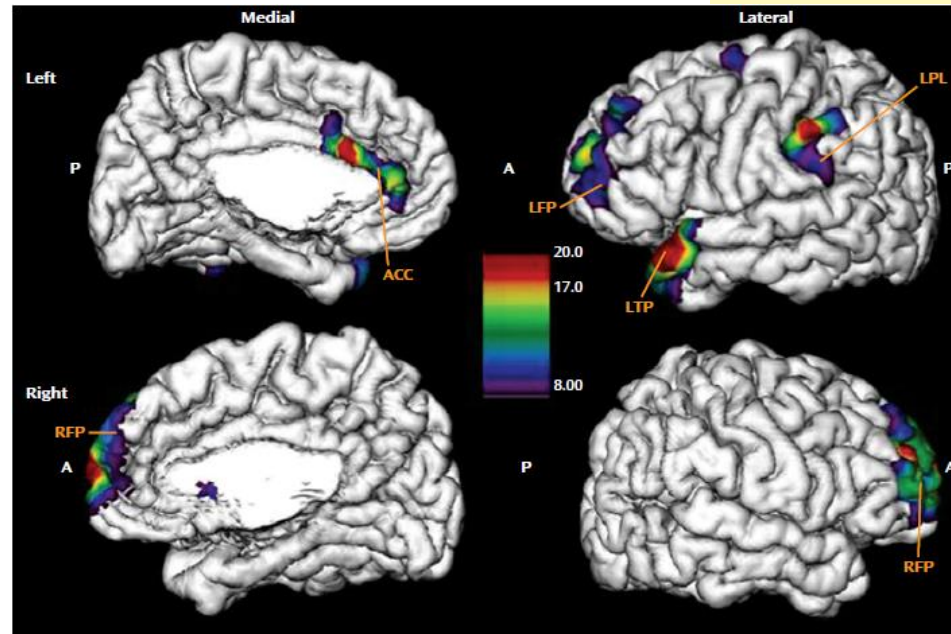
Temporaler Pol (l)

Linker parietaler Pol (l)

Linker frontaler Pol (l, r)

ACC

Mit autobiographischem
Gedächtnis in Zusammenhang:
ev. früher Missbrauch: weniger
Erinnerungen ?





Mangel an Trauma informed care

Stress-related disorders sind oft maskiert,
passen sich der Umgebung an

- bleiben daher häufig unerkannt
- Traumabezogene Therapie wird erst mit hoher Latenz aufgesucht
- Gesundheitssystem ist blind für die Traumaanamnese der Patienten
- Symptomorientierte Behandlung der Opfer anstatt traumafokussierte Therapie

➤ **CHAMÄLEON**-Effekt!





igstf gmbh

Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH - Kiel



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Deutsche Traumafolgekostenstudie

Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?

Susanne Habetha
Sabrina Bleich
Christoph Sievers
Ursula Marschall
Jörg Weidenhammer
Jörg M. Fegert

Februar 2012

Schriftenreihe Band III

Habetha et al. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012, 6:35
<http://www.capmh.com/content/6/1/35>



CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY & MENTAL HEALTH

RESEARCH

Open Access

A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect

Susanne Habetha¹, Sabrina Bleich², Jörg Weidenhammer¹ and Jörg M Fegert^{2*}

Abstract

Background: Traumatization in childhood can result in lifelong health impairment and may have a negative impact on other areas of life such as education, social contacts and employment as well. Despite the frequent occurrence of traumatization, which is reflected in a 14.5 percent prevalence rate of severe child abuse and neglect, the economic burden of the consequences is hardly known. The objective of this prevalence-based cost-of-illness study is to show how impairment of the individual is reflected in economic trauma follow-up costs borne by society as a whole in Germany and to compare the results with other countries' costs.

Methods: From a societal perspective trauma follow-up costs were estimated using a bottom-up approach. The literature-based prevalence rate includes emotional, physical and sexual abuse as well as physical and emotional neglect in Germany. Costs are derived from individual case scenarios of child endangerment presented in a German cost-benefit-analysis. A comparison with trauma follow-up costs in Australia, Canada and the USA is based on purchasing power parity.

Results: The annual trauma follow-up costs total to a margin of EUR 11.1 billion for the lower bound and to EUR 29.8 billion for the upper bound. This equals EUR 134.84 and EUR 363.58, respectively, per capita for the German population. These results conform to the ones obtained from cost studies conducted in Australia (lower bound) and Canada (upper bound), whereas the result for the United States is much lower.

Conclusion: Child abuse and neglect result in trauma follow-up costs of economically relevant magnitude for the German society. Although the result is well in line with other countries' costs, the general lack of data should be fought in order to enable more detailed future studies. Creating a reliable cost data basis in the first place can pave the way for long-term cost savings.

Keywords: Trauma follow-up costs, Trauma-related disorder, Cost of illness, Societal costs, Childhood traumatization, Child abuse, Child neglect, Child maltreatment

Background

Childhood traumatization

Traumatization of children (the United Nations Convention on the Rights of the Child defines a "child" as "a human being below the age of 18 years") occurs in many ways. Due to their often very pronounced aftereffects, sexual, physical and emotional abuse in the home environment play a central role. For example, Maercker et al.

[1] describe a Post-Traumatic Stress Disorder after sexualized violence in more than one third of the cases and Stel and Straube [2] in up to 80% of the cases. Close relationship with the offender, repetitions and combinations of various forms of abuse significantly contribute to this strong impact on the individual [3-6].

All in all, childhood traumatization is not a rare event. In two German studies on juveniles and young adults, 25.5% of the male and 17.7% of the female participants [7], or a total of 22.5% of the investigated juveniles [8] had already experienced at least one traumatic event. The most common types of traumatic events were

* Correspondence: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

²Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Ulm, Steinhilberstr. 5, Ulm 89075, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© 2012 Habetha et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.





Eine Berechnung der finanziellen Schädigung Hamburgs durch die Choleraepidemie des Jahres 1892 ergab folgende Werte:

Zahl der Cholera Todesfälle: 8 605; daraus berechneter Kapitalverlust	143,6 Mill. Mk.
Zahl der Choleraerkrankungsfälle 18 956; daraus berechneter Verdienstverlust	1,9 „ „
Verdienstausschlag des Gastwirtsgewerbes	3,5 „ „
Abnahme der Einfuhr	159,0 „ „
„ „ Ausfuhr	122,0 „ „
Annähernd zahlenmäßig feststellbarer Gesamtverlust	<u>430,0 Mill. Mk.</u>
Ausgaben für das im Jahre 1893 gebaute Wasserwerk	<u>22,6 „ „</u>
Der rechtzeitige Bau des Wasserwerkes hätte allein an Geldverlust ersparen können	407,4 Mill. Mk.

A. Gottstein, Die Lehre von den Epidemien, Berlin, 1929, 182





Deutsche Traumafolgekostenstudie

gefördert vom BMFSFJ

Jährliche gesamtwirtschaftliche Traumafolgekosten

Habetha, S.,* Bleich, S., Sievers C. , Marschall, U.** ,
Weidenhammer, J.* , Fegert, J. M.**

*** Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel**

****Barmer GEK**

- Bedingt durch die Datenlage der zusammenzuführenden Datensätze sind die Kosten pro Jahr auf die Altersgruppe der 15- bis 64-jährigen im Jahr 2009 eingegrenzt.
- Von 53,9 Mio. Einwohnern waren 2009 14,5% von schwerer bis extremer Kindesmisshandlung/-missbrauch, Vernachlässigung betroffen, davon waren ca. 21% nach verschiedenen Langzeitsudien zu Belastungen und Resilienz oder nach einer Studie der deutschen Kinderschutzzentren von einer Entwicklungsstörung oder Behinderung betroffen:

**1,6 Mio. Personen zwischen 15 und 64 Jahren
„verursachen“ kontinuierlich Traumafolgekosten**





Jährliche gesamtwirtschaftliche Traumafolgekosten - Kosten

- Tangible Kosten der Traumatisierung:
Gesundheitskosten, Kosten der Kinder- und Jugendhilfe,
Ausbildungsförderung, Wertschöpfungsverlust etc.:
335.421€
- Bei 1,6 Mio. Betroffenen: 6.708€ Traumafolgekosten pro Fall
und Jahr

Jährliche Kosten für die deutsche Gesellschaft
durch Folgen von Kindesmisshandlung/-
missbrauch und Vernachlässigung

11 Mrd. €

oder

134,54€ trägt jeder Bundesbürger jährlich.





Internationaler Vergleich

- Drei Studien aus Australien, Kanada und den USA werden zum Vergleich herangezogen
- Die Ergebnisse der Kosten pro Kopf werden auf die deutsche Bevölkerungszahl umgerechnet, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erzielen

	pro-Kopf Jahreskosten [€] umgerechnet für BRD	Jahreskosten gesamt [€] umgerechnet für BRD
Australien	136,97	11,2 Mrd.
Kanada	352,75	28,9 Mrd.
USA	20,60	1,7 Mrd.
BRD	134,54	11,0 Mrd.

- Laut Bevölkerungsumfragen 17,8% (Australien) bzw. 15,9% (BRD) Prävalenz → gute Vergleichbarkeit



Jährliche gesamtwirtschaftliche Traumafolgekosten

Tangible Kosten der Traumatisierung:

Gesundheitskosten, Kosten der Kinder- und Jugendhilfe,
Ausbildungsförderung, Wertschöpfungsverlust etc.:

335.421€

Bei 1,6 Mio. Betroffenen: 6.708€ Traumafolgekosten pro Fall und Jahr

**Jährliche Kosten für die deutsche Gesellschaft durch Folgen von
Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung**

11 Mrd. €

Oder 134,54€ trägt jeder Bundesbürger jährlich.



Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012; 6: 35.
Published online 2012 Nov 16. doi: [10.1186/1753-2000-6-35](https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-35)

PMCID: PMC3540003

**A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of
child abuse and neglect**

*Habetha S., Bleich S., Weidenhammer J., Fegert J.M.: A prevalence-based approach to societal costs occurring
in consequence of child abuse and neglect. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2012, 6:35
doi:10.1186/1753-2000-6-35*





COMMENT



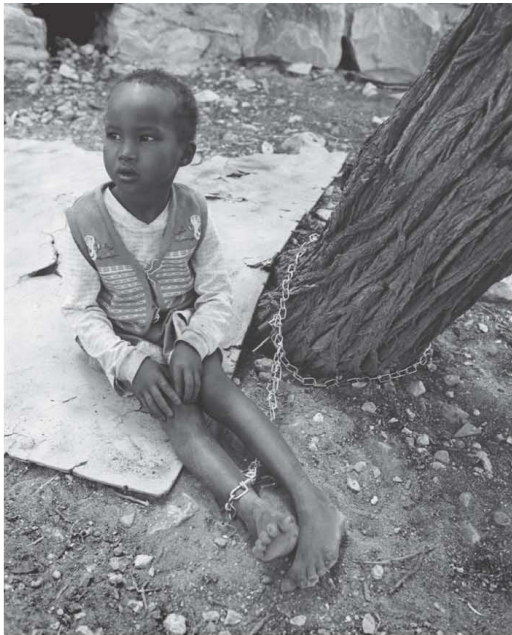
NANOTECHNOLOGY Materials should not be regulated on size alone **p.31**

SUMMER BOOKS Reviewers and editors suggest reading for your holiday **p.32**

CONSERVATION Concern about alien species is scientific and practical **p.36**

EQUALITY Action needed to stop science prizes going primarily to men **p.37**

H. TIMMERMAN/SCIENCE/INITIATIVE ON PSYCHIATRY



Improving treatment for children with mental illness, like this girl in Somalia, is an urgent priority.

Grand challenges in global mental health

A consortium of researchers, advocates and clinicians announces here research priorities for improving the lives of people with mental illness around the world, and calls for urgent action and investment.

Schizophrenia, depression, epilepsy, dementia, alcohol dependence and other mental, neurological and substance-use (MNS) disorders constitute 13% of the global burden of disease (Table 1), surpassing both cardiovascular disease and cancer¹. Depression is the third leading contributor to the global disease burden, and alcohol and illicit drug use account for more than 5% (ref. 2). Every seven seconds, someone develops dementia³, costing the world up to US\$609 billion in 2009 (ref. 4). By 2020, an estimated 1.5 million people will die each year by suicide, and between 15 and 30 million will make the attempt⁵.

The absence of cures, and the dearth of preventive interventions for MNS disorders, in part reflects a limited understanding of the brain and its molecular and cellular mechanisms. Where there are effective treatments, they are frequently not available to those in greatest need. In 83% of low-income countries, there are no anti-Parkinsonian treatments in primary care; in 25% there are no anti-epileptic drugs⁶. Unequal distribution of human resources — between and within countries — further weakens access: the World Health Organization's European region has 200 times as many psychiatrists as in Africa⁷. Across all countries, investment in fundamental research into preventing and treating MNS disorders is disproportionately low relative to the disease burden⁸.

To address this state of affairs, the Grand Challenges in Global Mental Health initiative has identified priorities for research in the next 10 years that will make an impact on the lives of people living with MNS disorders. The study was funded by the US National Institute of Mental Health (NIMH) in Bethesda, Maryland, supported by the Global Alliance for Chronic Diseases (GACD), headquartered in London. Answers to the questions posed will require a surge in discovery and delivery science. We use the term 'mental health' as a convenient label for MNS disorders. We exclude conditions with a vascular or infectious aetiology (such as stroke or cerebral malaria), because these fell within the scope of the two previous grand challenges initiatives — in global health and in chronic non-communicable diseases⁹.

This initiative differs from previous priority-setting exercises for mental ▶





Burden of disease

COMMENT

TABLE 1 | GLOBAL BURDEN OF MENTAL, NEUROLOGICAL AND SUBSTANCE-USE (MNS) DISORDERS*

Rank	Worldwide		High-income countries†		Low- and middle-income countries	
	Cause	DALYs‡ (millions)	Cause	DALYs (millions)	Cause	DALYs (millions)
1	Unipolar depressive disorders	65.5	Unipolar depressive disorders	10.0	Unipolar depressive disorders	55.5
2	Alcohol-use disorders	23.7	Alzheimer's and other dementias	4.4	Alcohol-use disorders	19.5
3	Schizophrenia	16.8	Alcohol-use disorders	4.2	Schizophrenia	15.2
4	Bipolar affective disorder	14.4	Drug-use disorders	1.9	Bipolar affective disorder	12.9
5	Alzheimer's and other dementias	11.2	Schizophrenia	1.6	Epilepsy	7.3
6	Drug-use disorders	8.4	Bipolar affective disorder	1.5	Alzheimer's and other dementias	6.8
7	Epilepsy	7.9	Migraine	1.4	Drug-use disorders	6.5
8	Migraine	7.8	Panic disorder	0.8	Migraine	6.3
9	Panic disorder	7.0	Insomnia (primary)	0.8	Panic disorder	6.2
10	Obsessive-compulsive disorder	5.1	Parkinson's disease	0.7	Obsessive-compulsive disorder	4.5
11	Insomnia (primary)	3.6	Obsessive-compulsive disorder	0.6	Post-traumatic stress disorder	3.0
12	Post-traumatic stress disorder	3.5	Epilepsy	0.5	Insomnia (primary)	2.9
13	Parkinson's disease	1.7	Post-traumatic stress disorder	0.5	Multiple sclerosis	1.2
14	Multiple sclerosis	1.5	Multiple sclerosis	0.3	Parkinson's disease	1.0

*Data from ref. 1. Examples of MNS disorders under the purview of the Grand Challenges in Global Mental Health initiative.

†World Bank criteria for income (2009 gross national income (GNI) per capita): low income is US\$995 equivalent or less; middle income is \$996–12,195; high income is \$12,196 or more.

‡A disability-adjusted life year (DALY) is a unit for measuring the amount of health lost because of a disease or injury. It is calculated as the present value of the future years of disability-free life that are lost as a result of the premature deaths or disability occurring in a particular year.





Gliederung

1. Entwicklung einer Problemwahrnehmung im Kinderschutz:
Skandalisierung und fachliche Debatten
2. Verbesserungen im Kinderschutz – eine gesellschaftliche
Daueraufgabe
(UN-Road to Dignity (2015))
3. Traumafolgen und Traumafolgekosten: Ausgangspunkt
Begleitforschung UBSKM, Herleitung der
Traumafolgekosten aus der Traumafolgenforschung

4. Regionalbericht der WHO:

4.1 Epidemiologie, Monitoring, Präventions- und Interventionsforschung, Verläufe

4.2 Capacity Building, Dissemination, E-Learning, Traumapädagogik



European report on preventing child maltreatment





Regionalbericht der WHO zu Prävention aller Formen von Kindesmisshandlung: **Nationale Agenda entwickeln**

Develop **national policy** for prevention based on multisectoral action

Take action with **evidence based prevention**

Strengthen health systems' response for prevention and rehabilitation:

Build capacity and exchange good practice

Improve data collection for monitoring and evaluation

Define priorities for research

Raise awareness and target investment in best buys

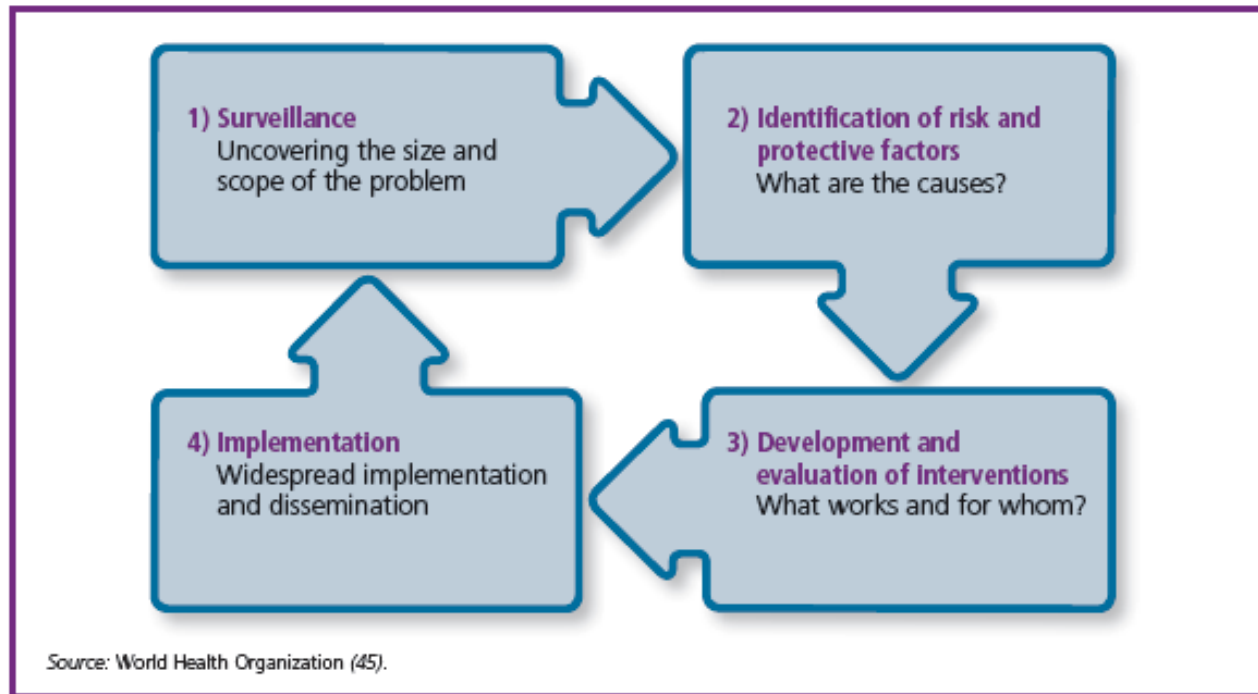
Address equity in child maltreatment in the region



WHO Report:

Improve data collection for monitoring and evaluation

Fig. 1.2. A public health approach to preventing child maltreatment



Reduktion von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch in unserer Gesellschaft als kontinuierliche Aufgabe

Monitoring

Regelmäßige neue Erhebung zur Größenordnung und Umfang des Problems

Identifikation von Risiko und protektiven Faktoren

Was sind die, das Problem aufrecht erhaltenden Ursachen?
Was hat zu einer Reduktion geführt?

Implementation erfolgreich evaluierter Ansätze, Dissemination und Scaling up

Entwicklung und Evaluation von Interventionen

Was funktioniert bei welcher Zielgruppe?





CAN-MDS:



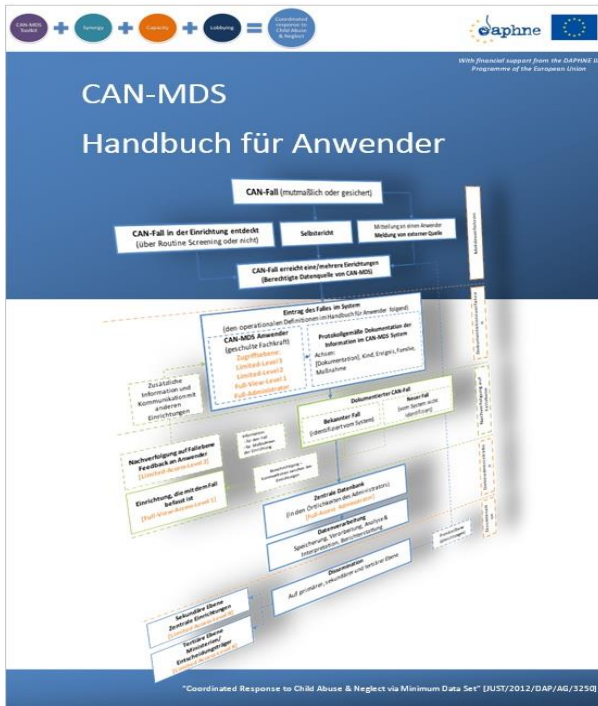
Coordinated Response to Child Abuse and Neglect (CAN) via Minimum Data Set (MDS)

WHO TOOLKIT

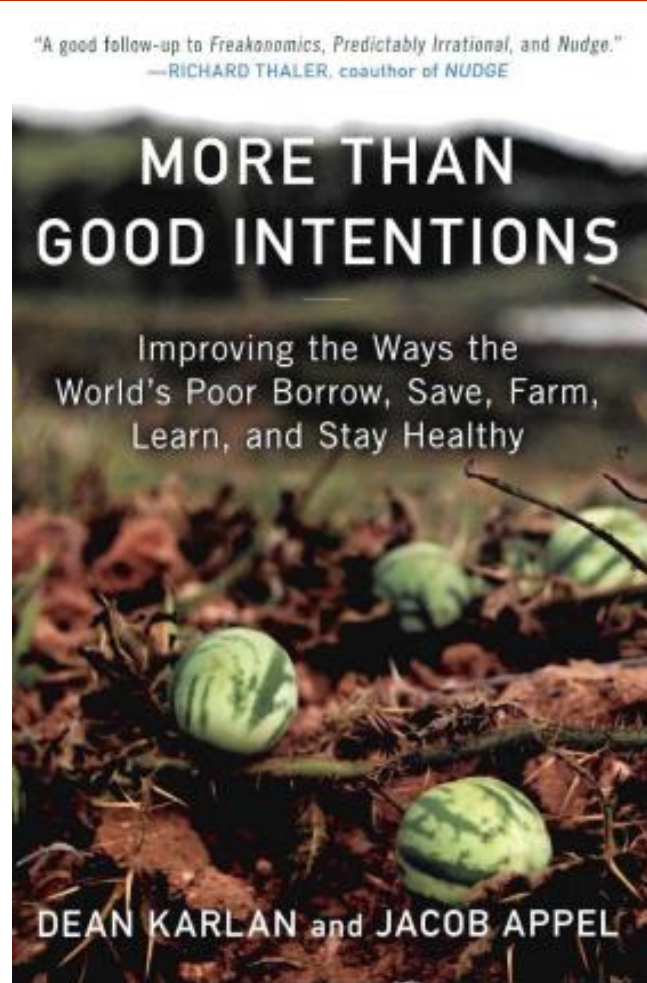
International standardisiertes Erfassungssystem für Routinedaten aus dem Kinderschutzsystem



Lucerne University of Applied Sciences and Arts
HOCHSCHULE LUZERN
Social Work
FH Zentralschweiz



Gut gemeint ist nicht gut gemacht
INTERVENTIONEN und Verläufe müssen evaluiert
werden





Professuren für Kinderschutz

Land stärkt Kompetenzzentrum des Uni-Klinikums mit zwei Stellen

Die Uni erhält zwei Juniorprofessuren für Kinderschutz. Damit würdigt das Land die Arbeit des Ulmer Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin.

CHRISTOPH MAYER

Ulm. Kindesmissbrauch ist nach wie vor ein Riesenthema. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfährt selbst in Deutschland nahezu jedes fünfte Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch.

Ärzte und Medizinstudenten mittels Weiterbildung, Pflichtvorlesungen und Seminaren für dieses Thema zu sensibilisieren, dieses Ziel verfolgt das 2013 am Uni-Klinikum Ulm verankerte und vom Land für drei Jahre mit 750 000 Euro geförderte „Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin“ – denn entdeckt wird Missbrauch vor allem bei Arztbesuchen oder Klinikaufenthalten. Vielfach waren Mediziner in der Vergangenheit allerdings mit der Problematik überfordert.

Zwei Jahre Kompetenzzentrum Kinderschutz: Prof. Jörg Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Initiator des Kompetenzzentrums, zog gestern eine positive Bilanz. Jeder Medizinstudent in Baden-Württemberg müsse sich nun wenigstens einmal während seines Studiums mit dem Thema Kinderschutz beschäftigen, auch bei niedergelassenen Ärzten gebe es eine große Nachfrage nach Fortbildung in Form von Präsenzveranstaltungen oder E-Learning-Programmen. Der Erfolg ist Fegert zufolge messbar. So sei die Zahl der Inobhutnahmen missbrauchter Kinder deutlich angestiegen. „Es gibt eine stärkere Sensibilisierung.“

Das baden-württembergische Wissenschaftsministerium scheint dies ebenso zu sehen. Zwar läuft die Landesförderung für das Kompetenzzentrum, an dem neben Ulm auch die Unis Freiburg und Heidelberg beteiligt sind, im kommenden Jahr aus. Doch Ministerialdirektorin Dr. Simone Schwanitz, Amtschefin des Wissenschaftsministeriums, überbrachte Fegert gestern eine frohe Botschaft. Das Land richtet in Ulm zwei auf sechs Jahre angelegte Juniorprofessuren für Kinderschutz ein, um sowohl Forschung („Neurobiologische Folgen von Traumatisierung“) als auch Lehre auszubauen.

Eine der beiden Professuren soll bei positiver Evaluation in eine dauerhafte W3-Professur umgewandelt werden, versprach Schwanitz. Die Kosten für die Juniorprofessuren belaufen sich auf knapp 700 000 Euro, doch mehr als das finanzielle Engagement wiege das Bekenntnis des Landes zur „Festigung und Verstärkung“, wie Fegert es ausdrückte. Die gesellschaftlichen Folgekosten von Kindesmissbrauch seien immens und belasteten Menschen ein Leben lang. „Ich galt in der Medizin mit meinem Thema über lange Zeit als Sonderling. Jetzt sind wir die erste Universität, die Kinderschutz als Kernaufgabe der Medizin definiert.“



WHO Forderung: effektive Interventionen in die Breite bringen (Programming)

Effektive Interventionen erforschen

Programming: Programme, die in die Breite gehen, entwickeln

Dissemination erforschen und wissenschaftlich begleiten

(Evidenzbasierung)

Scaling up erfolgreicher Ansätze ist erforderlich



Zukunftsdialog der Bundeskanzlerin

Forderung: nicht immer neue nicht evaluierte Modelle, sondern scaling up

Dialog über Deutschlands Zukunft

Ergebnisbericht des Expertendialogs
der Bundeskanzlerin
2011/2012

https://www.gut-leben-in-deutschland.de/DE/Ueber/Hintergrund/Ergebnisbericht_des_Expertendialogs_der_Bundeskanzlerin.pdf?__blob=publicationFile&v=2

gefördert auf Empfehlung der Medizinstrukturkommission des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg



Besonders belastete Kinder – Maßstab, ob Sicherstellung einer dem Kindeswohl entsprechenden Erziehung gelingt

Über **Risikopopulationen ist vieles bekannt**, über **Verläufe und verlaufsbeeinflussende Faktoren im Zusammenhang mit Hilfen systematisch quasi nichts**

Folge:

Wer Verläufe nicht kennt, kann schwer differentielle Indikationen vornehmen bzw. gezielt helfen.

Mangel an Evaluation und Transparenz bei den Hilfen und bei den Wirkungen von Hilfen

Seit der Jugendhilfeeffectstudie (JES Studie 2002, Schmid, Petermann et al.) eklatantes Defizit neuerer Forschung zu Effekten

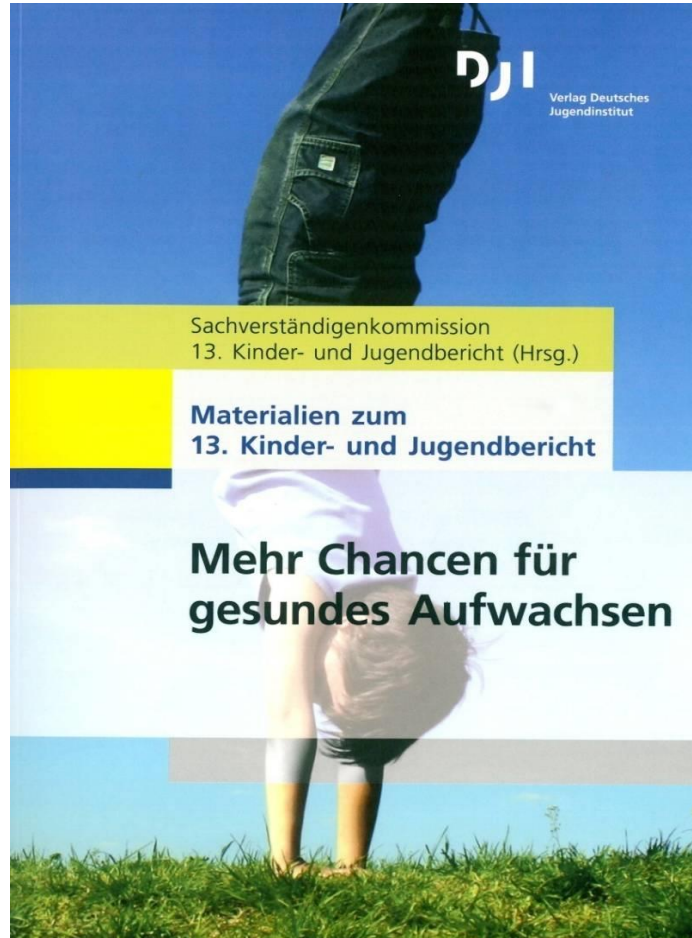


Forschungsbedarf zu Hilfeverläufen in Hochrisikopopulationen

- Heimkinder
- Pflegekinder
- Kinder in Inobhutnahme
- Kinder psychisch kranker Eltern
- Kinder mit Teilhabebeeinträchtigung
- begleitete und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge



Jugendhilfe muss traumasensibler werden



Anstieg der Inobhutnahmen (auch ohne UMF) Keine hinreichende Berücksichtigung der Belastung der Kinder

Kindheit und Entwicklung, 23 (2), 124–133 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2014

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43 (5), 2015, 357–364

Vorläufige Schutzmaßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche

Inobhutnahmen in Deutschland

Franz Petermann¹, Tanja Besier², Peter Büttner^{1,3}, Stefan Rücker³,
Marc Schmid⁴ und Jörg M. Fegert^{2,5}

¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

²Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

³Kinder- und Jugendhilfe Projekt PETRA, Schlüchtern

⁴Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

⁵Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg.com.can

Originalarbeit

Partizipation traumatisierter Kinder und Jugendlicher bei vorläufigen Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme, §42 SGB VIII)

Stefan Rücker¹, Peter Büttner¹, Jörg Fegert² und Franz Petermann¹

¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

²Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Zusammenfassung. Die Zahl der Inobhutnahmen ist in den letzten Jahren in Deutschland deutlich angestiegen. Es ist unklar, ob dieser Anstieg Ausdruck einer differenzierteren Wahrnehmung von Problemlagen oder eher Ausdruck einer Absicherungstendenz von Fachkräften darstellt. Es erfolgt einerseits ein Überblick über die internationale Faktenlage und andererseits werden öffentliche Datensätze zur Inobhutnahme in Bezug auf Altersverteilung, Geschlechtsverteilung, regionale Differenzen und Disparitäten anhand der Dortmunder Jugendhilfestatistik analysiert. Für die Zukunft wird eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Inobhutnahme gefordert. Wesentliche Fragestellungen, die einer gründlicheren Untersuchung harren, werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Inobhutnahme, familiäre Überforderung, Kinder- und Jugendhilfegesetz, Fehlplatzierung, Jugendhilfe-Statistik

Temporary protection of threatened children and adolescents: Out of home care in Germany

Abstract. Over the last years, the number of child protection case files has clearly risen in Germany. It is unclear whether this increase reflects a more differentiated perception of problematic situations or whether it points to a growing need for professional reassurance. This paper begins with a review of the international literature. Available public records of child protection cases are analyzed concerning age and gender distribution as well as regional differences and disparities. In future a more accurate analysis and technical discussions of the phenomenon of child protection and youth welfare are demanded. Essential questions which require a more thorough investigation are indicated.

Key words: child protection, dysfunctional families, child and youth welfare law, youth welfare statistic, misplaced children

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Die Studie analysiert wichtige Variablen des Settings der Inobhutnahme und erfasst Traumabelastungen. *Methodik:* 52 Kinder und Jugendliche mit Inobhutnahmeerfahrung wurden einer Online-Befragung im sozialen Netzwerk Facebook unterzogen. Dabei wurden indikationsbildende, verlaufs- sowie traumabezogene Belastungen erfasst. *Ergebnisse:* In mehr als jedem zweiten Fall berichten Kinder und Jugendliche, während der Inobhutnahme an wichtigen Entscheidungen nicht beteiligt gewesen zu sein, die Hälfte wollte im Anschluss an die Maßnahme nicht ins Elternhaus zurück. Kinder und Jugendliche ohne Rückkehrwunsch zeichnen sich gegenüber solchen mit Rückkehrwunsch durch schwerste körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie durch extreme körperliche Misshandlungen aus. Dennoch werden die Betroffenen vielfach gegen ihren Wunsch in das Elternhaus zurückgeführt. *Schlussfolgerungen:* Im Setting der Inobhutnahme sollten Kinder und Jugendliche dringender stärker in wichtige Entscheidungen einbezogen werden; ihr Wunsch hinsichtlich des künftigen Lebensortes (Elternhaus vs. nicht Elternhaus) muss stärkere Berücksichtigung finden. Kindern, die gegen ihren Wunsch ins Elternhaus zurückkehren müssen, droht eine fortgesetzte Traumatisierung.

Schlüsselwörter: Kinderschutz, Jugendhilfe, Inobhutnahme, Partizipation, psychotraumatische Belastungen

Participation of traumatized children and adolescents affected by provisional safeguards (removal and custody of children acc. to Para. 42 SGB VIII)

Abstract: *Objective:* This study analyzes important variables of settings of children taken into state custody and records trauma exposure. *Method:* 52 children and adolescents with experiences of removal and custody were questioned online in the social network Facebook. Traumatic stressors before removal and custody were assessed as well as the reasons that lead to removal and custody and the subsequent burdens. *Results:* In more than every other case the children and adolescents reported that they were not involved in important decisions during removal and custody. After termination of the removal and custody process, 50% did not want to return to their parents. Compared to children wanting to return to their parents, children who did not want to return home display signs of severe physical and emotional neglect as well as extreme physical abuse. Even though they have no desire to return, they are often sent back to their parents against their will. *Conclusions:* Children who are removed and put in state custody should be included when deciding important questions. Whether or not they wish to return to their parents should be taken into consideration more strongly. Children who are sent back to their parents against their will suffer from on going traumatization.

Keywords: child protection, youth welfare, removal and custody, participation, psychotraumatic stress



Schutz und Hilfe auch für minderjährige Flüchtlinge essentiell

Kindheit und Entwicklung, 24 (4), 209 – 224 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2015

Übersicht

Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Eine systematische Übersicht

Andreas Witt, Miriam Rassenhofer, Jörg M. Fegert und Paul L. Plener

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm

Zusammenfassung. In den letzten Jahren kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Zahl unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) in Deutschland. Dies stellt nicht zuletzt die klinische Versorgung vor neue Fragestellungen, da es sich um eine hoch vulnerable Gruppe handelt. In der vorliegenden Übersichtsarbeit sollen die psychischen Auffälligkeiten und deren längerfristiger Verlauf beschrieben werden, um den Hilfebedarf darzustellen. In einem weiteren Schritt werden die Hilfsangebote anhand der Rückmeldungen von UMF erfasst. Das klinische Bild wurde vorrangig von einer posttraumatischen Stress-symptomatik geprägt, wobei sich im Langzeitverlauf eine hohe Stabilität psychischer Belastungen zeigte. Daneben existiert jedoch auch ein erheblicher Anteil resilienter UMF. Mehrfach wurde von den UMF der Wunsch nach Schulbildung und rascher sprachlicher Integration geäußert.
Schlüsselwörter: unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, UMF, Review, Versorgung, psychische Auffälligkeiten

Demand for Help and Provision of Services in the Case of Unaccompanied Refugee Minors: A Systematic Review

Abstract. During the last few years, Germany has seen a tremendous increase in the number of unaccompanied refugee minors (URM). This situation poses new demands on clinical care, as URM are a highly vulnerable group. The existing literature for mental health problems and their longitudinal course was reviewed to evaluate the needs of this population. We collected feedback from URM on their experiences with service provision. The clinical picture was mostly dominated by posttraumatic stress symptoms, which tended to be stable over a longer time span. In addition, there was a high proportion of resilient URM. In service studies, URM often voiced their wish for access to schooling and language training allowing for a rapid integration.
Key words: unaccompanied refugee minors, URM, review, service provision, mental health problems



Veranstaltung World Childhood Foundation mit der Gründerin Königin Silvia von Schweden am 9.9.2015 in Würzburg





CHECKLISTE

MINDESTSTANDARDS ZUM SCHUTZ VON KINDERN VOR SEXUELLER GEWALT IN FLÜCHTLINGSUNTERKÜNFEN

I. PERSONELLE STANDARDS

- > Werden hauptberuflich und ehrenamtlich Helfende zu sexueller Gewalt gut sensibilisiert und informiert?
- > Werden Helfende auf die Notwendigkeit einer unvoreingenommenen und kultursensiblen Haltung gegenüber den geflüchteten Menschen hingewiesen?
- > Gibt es gleichermaßen weibliche und männliche Helfende?
- > Müssen hauptberuflich und ehrenamtlich Helfende, denen Flüchtlingskinder anvertraut werden, ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen?
- > Oder wird alternativ vorübergehend eine Selbstverpflichtungserklärung unterzeichnet?

II. RÄUMLICHE STANDARDS

- > Gibt es abschließbare Toiletten?
- > Sind geschlechtergetrennte Duschmöglichkeiten vorhanden?
- > Können sich Kinder und Jugendliche in einem betreuten Spiel- und Freizeitbereich aufhalten?
- > Ist eine separate Unterbringung von alleinstehenden Müttern mit ihren Kindern gewährleistet?

III. INFORMATIONS- UND HILFSANGEBOTE

- > Werden kultursensible Informations- und Hilfsangebote leicht verständlich und in allen relevanten Sprachen bereitgestellt?
- > Ist eine Ansprechperson benannt, an die man sich bei Verdacht wenden kann?
- > Ist dafür Unterstützung durch Sprachmittlerinnen und Sprachmittler sichergestellt?
- > Gibt es eigene Informationen für geflüchtete Kinder, besonders zu ihren Rechten?
- > Gibt es einen Notfallplan, der vermittelt, was bei Verdacht auf sexuelle Gewalt zu tun ist?
- > Kooperiert die Flüchtlingsunterkunft mit einer Beratungsstelle?

Kontakt und Information unter
Hilfetelefon Sexueller Missbrauch:
0800 22 55 530

beratung@hilfetelefon-missbrauch.de
www.hilfeportal-missbrauch.de
www.beauftragter-missbrauch.de



Haltung und Forschungsethik

„Feldzugang“ und „Probandenrekrutierung“ vs. Betroffenenbeteiligung - Praxisbeteiligung

Betroffene und **Praxiseinrichtungen** frühzeitig in Planung, Entwicklung und Durchführung von Forschung einbeziehen

Subjektstatus respektieren, nicht auf Forschungsobjekte reduzieren:
Recht auf verständliche Informationen zu Forschungsdesigns und Forschungsergebnissen

Betroffene, Versorgungspraxis und Forschende sollten sich hinsichtlich ethischer Fragen austauschen, um diese besonders berücksichtigen (vgl. Bonner Ethikerklärung)



Bonner Ethikerklärung



Über uns	Aktuelles	Hightech-Strategie	Bildung	Forschung	Wissenschaft	Europa und die Welt	Presse
----------	------------------	--------------------	---------	-----------	--------------	---------------------	--------

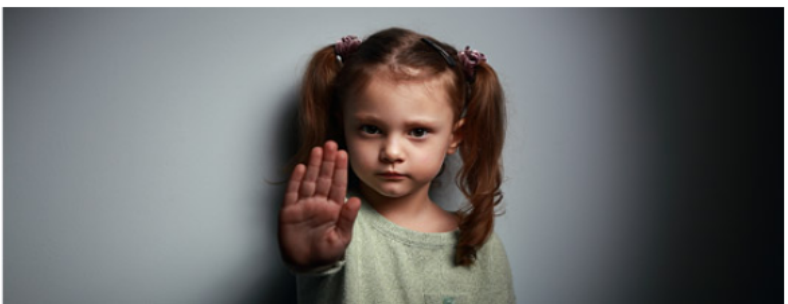
- Meldungen**
- Interviews
- Reden
- Termine
- Messepräsenz

- SERVICE**
- Publikationen
 - Warenkorb
 - BMBF App
 - Mediathek
 - Bildergalerien
 - Besucherdienst
 - Daten-Portal
 - Newsletter
 - RSS-Newsfeed
 - Ausschreibungen und Beschaffungen
 - Stellenangebote
 - Fortbildungsordnungen
 - Gesetze
 - ...

31.03.2015

Ethische Richtlinien für Forschung zu Kindesmissbrauch

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sexuelle Gewalt in Kindergarten, Schule und Internat erforschen, steht erstmalig ein Ethik-Kodex zur Verfügung. Betroffene müssen über Sinn und Zweck der Untersuchung aufgeklärt werden.



Die Ethik-Erklärung wurde von den Mitgliedern des Forschungsnetzwerks „Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten“ verabschiedet. Bundesforschungsministerin Johanna Wanka begrüßte sie. „Seit unserer Arbeit am Runden Tisch gegen sexuellen Kindesmissbrauch haben wir in der Präventionsforschung viel erreicht. Es hat sich gezeigt, dass in diesem sensiblen Forschungsbereich ethische Standards unabdingbar sind“,

MEHR INFORMATIONEN

→ Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt





Gliederung

1. Entwicklung einer Problemwahrnehmung im Kinderschutz:
Skandalisierung und fachliche Debatten
2. Verbesserungen im Kinderschutz – eine gesellschaftliche
Daueraufgabe
(UN-Road to Dignity (2015))
3. Traumafolgen und Traumafolgekosten: Ausgangspunkt
Begleitforschung UBSKM, Herleitung der
Traumafolgekosten aus der Traumafolgenforschung
4. Regionalbericht der WHO:
 - 4.1 Epidemiologie, Monitoring, Präventions- und
Interventionsforschung, Verläufe

4.2 Capacity Building, Dissemination, E-Learning, Traumapädagogik



Übersicht über weitere E-Learning-Projekte der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Online-Kurs Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch

- Verstetigung des Kursangebotes: Angebot des Online-Kurses gegen ein Teilnahmeentgelt über eine Kooperation mit der School of Advanced Professional Studies (SAPS)
- Nutzung im Rahmen von Kooperationen mit den Universitäten Ulm und Duisburg-Essen: **Blended-Learning-Seminare in der medizinischen Lehre**

Derzeit laufende Projekte zur Erstellung neuer bzw. vertiefender Online-Kurse:

- **Verbundprojekt ECQAT** - Entwicklung eines E-Learning-Curriculums zur ergänzenden Qualifikation in Traumapädagogik, Traumatherapie und Entwicklung von Schutzkonzepten und Analyse von Gefährdungsrisiken in Institutionen
- **Online-Kurs „Grundkurs Kinderschutz in der Medizin“**



Übersicht E-Learning-Projekte: Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“

Prävention von sexuellem
Kindesmissbrauch



- Laufzeit: 01.07.2011 – 30.09.2014
- Zielgruppe: medizinisch-therapeutische und pädagogische Berufe
- Knapp 2000 Personen haben in der Projektlaufzeit den Kurs abgeschlossen, Interessentenliste mit 2370 Personen
- Verstetigung über eine Kooperation mit der School of Advanced Professional Studies (SAPS)
 - Kursteilnahme ab Januar 2016 wieder möglich
 - Es können jetzt auch andere Berufsgruppen und Ehrenamtliche teilnehmen



Übersicht E-Learning-Projekte: Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“

1 EINFÜHRUNG	2 GEFÄHRDUNGSLAGEN UND SCHUTZFAKTOREN	3 ERKENNEN UND HANDELN	4 INTERAKTION UND AUFARBEITUNG	5 SPEZIFISCHE KONTEXTE
1.1 Historischer Überblick 1.2 Begriffe und Definitionen 1.3 Kinderschutz und Vernetzung 1.4 Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen	2.1 Betroffene Kinder und Jugendliche 2.2 Missbrauchstäter und -täterinnen 2.3 Familiäres und institutionelles Umfeld	3.1 Auffälligkeiten und Hinweiszeichen 3.2 Vermutung und Verdacht 3.3 Gesprächsführung und Aussage 3.4 Planung der Intervention 3.5 Dokumentation	4.1 Unterstützung für betroffene Kinder und Jugendliche 4.2 Unterstützung für Bezugs- und Kontaktpersonen der Kinder und Jugendlichen 4.3 Umgang mit sexuellem Missbrauch in Institutionen 4.4 Prävention, Sexualaufklärung und Medienpädagogik	5.1 Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen 5.2 (Inter-) Kulturelle Faktoren von sexuellem Missbrauch 5.3 Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung 5.4 Kommerzielle Formen von sexuellem Missbrauch

Kursaufbau

- 5 Module mit 20 Lerneinheiten
- 26 Grundlagentexte und zwölf Texte zu rechtlichen Themen, über 100 Filmclips mit Aussagen von Betroffenen und Fachpersonen, interaktiver Falltrainer
- Lernzeit 60 Stunden (80x45 Minuten)



Übersicht E-Learning-Projekte: Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“

Ergebnisse der Evaluation

- Hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Kurs und den angebotenen Lernmaterialien

Durch die Kursbearbeitung

- Zuwachs an Wissen und Handlungskompetenzen,
- Förderung des emotionalen Lernens
- Anstieg der Selbstwirksamkeit in Bezug auf Wissen um eigene Kompetenzen und Grenzen und den kompetenten Umgang mit dem betroffenen Kind und seinen Bezugspersonen
- Subjektiver Anstieg des Stellenwertes von Vernetzung, der Sicherheit in der Kooperation und des Verständnisses für Handlungsspielräume und berufliche Limitationen anderer Akteure im Kinderschutz
- Anstieg der Rollenklarheit in Bezug auf sich selbst und andere Akteure im Kinderschutz



Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ist ein sehr verbreitetes und nach wie vor hochaktuelles Thema, was den Missbrauchsstandes des Jahres 2010 um massive sexuelle Übergriffe in Institutionen, z.B. in Kindertagesstätten, bedingt. Missbrauch jedoch nicht wie vor in der Familie statt. In beiden Fällen sind Personen aus pädagogischen sowie medizinischen Berufen oft wesentliche Ansprechpartner*innen für betroffene Kinder und Jugendliche. In der letzten Jahre wurde allerdings deutlich, dass diese Ansprechpersonen nicht immer über die umfassende Wissensbasis und Fertigkeiten verfügen, um den Betroffenen professionell Unterstützung bieten zu können.

An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychosomatik wurde in der Remission 2011 - 2014 eine Leitlinie von Prof. Dr. Fegert im Online-Blog "Praxisleitlinie von sexuellem Kindesmissbrauch" für medizinisch-therapeutische und pädagogische Berufe entwickelt. Das vorliegende Handbuch, das sich an den Grundlagen- und Richtschnur des positiven Verhalten im Online-Kurs "Sexualmissbrauch" bezieht, durch die Beiträge namhafter Autorinnen und Autoren aus in diesem Umfang und in dieser Form nicht in Deutschland nach der gemeinsamen Darstellung des Sachlichen Basiswissen zu dieser Thematik. Die Darstellung praktischer Beispiele, konkreter Handlungsweisen und relevanter rechtlicher Aspekte soll dabei zu einer besseren Orientierung, Verständnis und einer Erhöhung der Handlungskompetenz im Umgang mit (sexuellen) Missbrauchsfällen in der beruflichen Praxis beitragen.

Nur in diesem Buch erhältlich: zwei Komplett- und Übungsmaterialien, die im Rahmen des Online-Kurses für angehende Therapeuten erstellt und evaluiert wurden. Die Leserinnen und Leser sollen dadurch in die Lage versetzt werden, die Auseinandersetzung mit den wichtigsten Themen dieses Buches in ihrem Alltag ebenso als Multiplikationsinstrument, um diese im kollegialen Austausch, z.B. in Fortbildungsgruppen oder Fortbildungstagen, für den eigenen beruflichen Kontakt zu reaktivieren.



© Springer 2015

Fegert · Hoffmann · König · Niehues · Liebhardt



Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen

Fegert · Hoffmann
König · Niehues
Liebhardt

Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen

Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich





Verbundprojekt ECQAT (<https://ecqat.elearning-kinderschutz.de/>)

Verbundprojekt ECQAT

Entwicklung eines E-Learning-Curriculums zur ergänzenden Qualifikation in Traumapädagogik, Traumatherapie und Entwicklung von Schutzkonzepten und Analyse von Gefährdungsrisiken in Institutionen

Sollten Sie Interesse haben als Testperson am Projekt ECQAT teilzunehmen, können Sie sich hier in eine Interessentenliste eintragen.

[In die Interessentenliste eintragen ▶](#)



Sehr geehrte Damen und Herren,

Herzlich Willkommen auf unserer Webseite. Es freut mich, dass Sie sich für unser Projekt interessieren. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm wird im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes im Zeitraum 2014-2017 auf der Basis des erfolgreich beendeten Projektes „Online-Kurs Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch für pädagogische und medizinisch-therapeutische Berufe“ vertiefende Kursangebote zu den Themen Traumapädagogik, Traumatherapie, Gefährdungsanalyse und Schutzkonzepte in Institutionen sowie einen Querschnittskurs für Führungskräfte von Institutionen entwickeln.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm





Podiumsdiskussion im Rahmen der Auftaktveranstaltung des Projektes „Online-Kurs Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ am 19.09.2012

- Vertreter der Bundesärztekammer sowie der Kultusministerkonferenz äußern nachdrücklich den Bedarf, nicht nur an Basiskursen, sondern auch an spezifischen Vertiefungen

Befragung der Kursteilnehmenden des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ zum Bedarf an vertiefenden Informationen zeigt folgende Interessenschwerpunkte:

- Diagnostisch-therapeutischer Bereich
- Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Jugendliche, Gesprächsführung
- Entwicklung von Handlungsleitlinien



Notwendigkeit vertiefter Kompetenzen



E-Learning Kinderschutz
VERBUNDPROJEKT ECQAT

Positive
Evaluationsergebnisse des
Projektes „Online-Kurs
Prävention von sexuellem
Kindesmissbrauch“



Bedarf an vertiefenden
Angeboten



**Projektantrag:
„Entwicklung eines vertiefenden E-Learning Curriculums zur
ergänzenden Qualifikation in Traumapädagogik,
Traumatherapie und Entwicklung von Schutzkonzepten und
Analyse von Gefährdungsrisiken in Institutionen“ (ECQAT)**





Übersicht E-Learning-Projekte: Verbundprojekt ECQAT



E-Learning Kinderschutz
VERBUNDPROJEKT ECQAT

- Laufzeit: 01.10.2014 – 30.09.2017 BMBF
- Auf den Erfahrungen des Vorgängerprojektes „Online-Kurs Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ aufbauend werden im Rahmen des Projektes ECQAT vier Online-Kurse zur Weiterqualifikation erstellt

Online-Kurse	Zielgruppen
Traumatherapie	medizinisch-therapeutische Berufe
Traumapädagogik	medizinisch-therapeutische und pädagogische Berufe
Gefährdungsanalyse und Schutzkonzepte in Institutionen	medizinisch-therapeutische und pädagogische Berufe
Kinderschutz in Institutionen - ein Kerncurriculum für Leitungs- und Führungskräfte	Leitungskräfte von Einrichtungen in denen Kinder und Jugendliche betreut werden

- Start der 1. Testkohorte mit 777 Personen im Oktober 2015, 2. Testkohorte startet im Oktober 2016





Daten Testkohorte 1, Start Oktober 2014

Online-Kurse	Kurs gestartet	Davon Leitungsfunktion	Bereits „Online-Kurs Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ bearbeitet
Traumatherapie	189	38 (20,1%)	133 (70%)
Traumapädagogik	176	36 (20,5%)	131 (74,4%)
Gefährdungsanalyse und Schutzkonzepte in Institutionen	169	30 (21,1%)	142 (84%)
Kurs für Leitungskräfte	151	151 (100%)	111 (73,5%)

- Start 2. Testkohorte: Oktober 2016, geplant sind 600 Personen/Kurs



Ziele der Kurserstellung:

- Die Kurse sollen ermöglichen, Kinder und Jugendliche, die sexuellen Missbrauch oder andere traumatische Belastungen erlebt haben, besser zu unterstützen
- Leitungskräfte sollen mit einem querschnittlichen, verkürzten Kurs, welcher leitungsrelevante Inhalte anspricht, in die Lage versetzt werden, die Entwicklung von Schutzkonzepten in den von ihnen geleiteten Institutionen aktiv zu gestalten

Bearbeitungsumfang der Kurse:

- 20-30 Stunden

Nach der inhaltlichen Fertigstellung werden die Kurse bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Zertifizierung eingereicht.



Modulgrafik: Kurs Gefährdungsanalyse und Schutzkonzepte

1 SCHUTZKONZEPT - WAS IST DAS?	2 ORGANISATIONALE PROZESSE UND AKTEURE	3 GEFÄHRDUNGSANALYSEN ALS ZENTRALES ELEMENT VON SCHUTZKONZEPTEN	4 PRÄVENTION, INTERVENTION UND AUFARBEITUNG
<ul style="list-style-type: none">1.1 Grundverständnis zu Schutzkonzepten und Gefährdungsanalysen1.2 Bedeutung von Schutz in Organisationen1.3 Grenzkonstellationen	<ul style="list-style-type: none">2.1 Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement2.2 Beteiligte Akteure: Leitung und Mitarbeitende2.3 Beteiligte Akteure: AdressatInnen	<ul style="list-style-type: none">3.1 Grundlagen und allgemeine Aspekte von Gefährdungsanalysen3.2 Gefährdungslagen und Schutzfaktoren für Kindeswohlgefährdungen in Organisationen3.3 Durchführung von Gefährdungsanalysen	<ul style="list-style-type: none">4.1 Prävention4.2 Intervention4.3 Aufarbeitung



Modulgrafik: Kurs für Führungskräfte

1 EINFÜHRUNG	2 PERSONALVERANTWORTUNG	3 GEFÄHRDUNGSLAGEN UND SCHUTZFAKTOREN IN INSTITUTIONEN	4 IMPLEMENTIERUNG VON SCHUTZKONZEPTEN
<ul style="list-style-type: none">1.1 Herausforderungen und Aufgaben als Leitungskraft1.2 Definition, Epidemiologie und Folgen von Kindesmisshandlung1.3 Schaffung eines traumasensiblen Umfelds	<ul style="list-style-type: none">2.1 Personalführungskonzepte2.2 Personalauswahl2.3 Personalentwicklung2.4 Personalbeurteilung, Umgang mit Fehlverhalten und Rehabilitation2.5 Arbeits- und Personalrecht	<ul style="list-style-type: none">3.1 Organisationsstruktur und -kultur3.2 Gefährdungslagen und Schutzfaktoren für Kindeswohlgefährdung in Institutionen3.3 Gefährdungsanalyse in Institutionen	<ul style="list-style-type: none">4.1 Methoden der Organisations- und Teamentwicklung4.2 Verhaltensleitlinien und pädagogisches Konzept4.3 Beschwerdemanagement4.4 Umgang mit Verdachtsfällen



Modulgrafik: Kurs Traumapädagogik

1 GRUNDLAGEN	2 TRAUMAPÄDAGOGISCHE FÖRDERUNG DER SELBSTWIRKSAMKEIT IM ALLTAG	3 BEZIEHUNGSGESTALTUNG, SELBSTFÜRSORGE UND INTERAKTION	4 TRAUMAPÄDAGOGISCHE KOOPERATIONSTRUKTUREN
<ul style="list-style-type: none">1.1 Trauma in Kindheit und Jugend1.2 Grundlagen und Haltung der Traumapädagogik1.3 Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern	<ul style="list-style-type: none">2.1 Resilienzförderung2.2 Achtsamkeit und Sinneswahrnehmung2.3 Emotionen und Förderung der Emotionsregulation2.4 Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none">3.1 Selbstfürsorge und Sekundärtrauma3.2 Interaktions- und Gegenübertragungsanalyse3.3 Umgang mit Grenzen und Regeln	<ul style="list-style-type: none">4.1 Traumapädagogische Diagnostik und Förderplanung4.2 Sichere Übergänge gestalten4.3 Traumapädagogische Vernetzung und Kooperation4.4 Eltern- und Biographiearbeit



Der Kurs besteht aus 14 Lerneinheiten in 4 Modulen.

Übersicht Lerneinheit

☰ Übersicht 📄 Text 📑 Mein Schreibtisch ⬇️ Download ✅ Prüfung

Zu jeder Lerneinheit gibt es ein Grundlagenkapitel.

Grundlagenkapitel

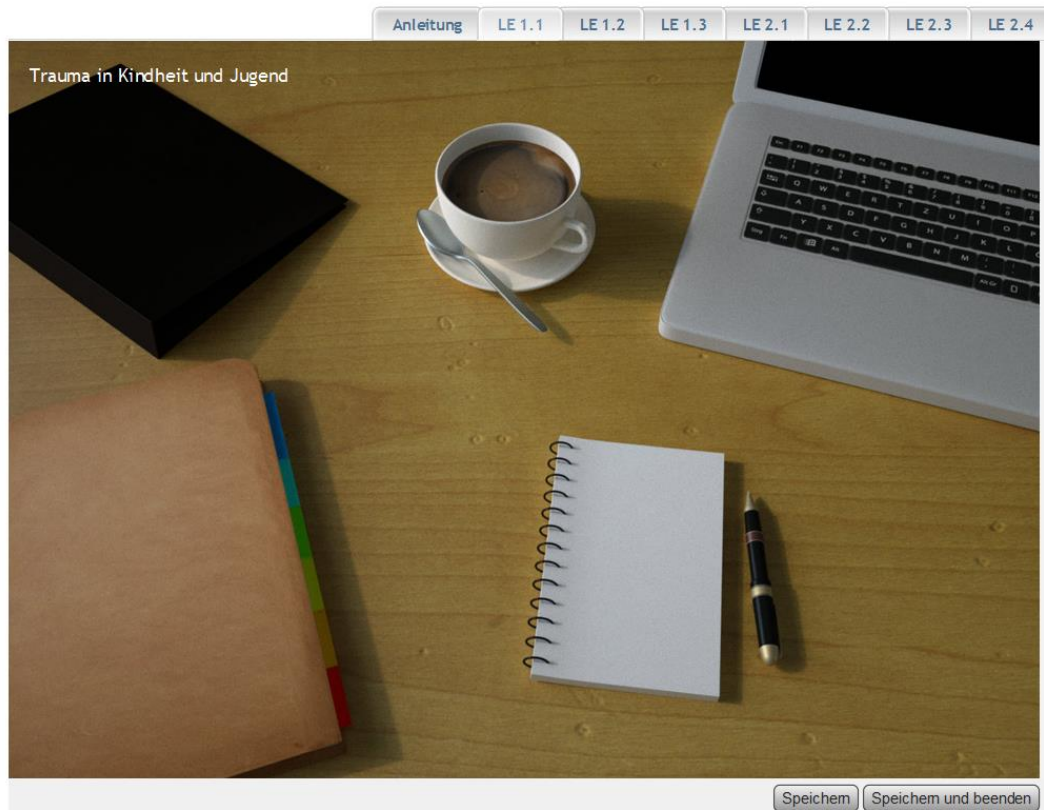
Entwicklungspsychopathologische
Grundlagen – Auswirkungen von
komplexen Traumafolgestörungen auf die
pädagogische Begleitung von Menschen

Marc Schmid



In allen Lerneinheiten gibt es einen Falltrainer.

Über eine Schreibtischoberfläche gelangen die Teilnehmenden zu den einzelnen Elementen des Falltrainers.





Es wird mit zwei Fallpatienten gearbeitet, deren Weg im Verlauf der Lerneinheiten weitererzählt wird.

Ben - Biographie

Liebe Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer,

im Folgenden erfahren Sie mehr über Ben, den Protagonisten dieses Fallbeispiels. Ben ist neun Jahre alt und lebt seit kurzem in einer Wohngruppe der stationären Jugendhilfe. In mehreren Lerneinheiten werden die Inhalte am Beispiel „Ben“ verdeutlicht oder durch den Fall ergänzt.

Durch einen Klick auf die untenstehenden Überschriften erhalten Sie ausführliche Informationen über die jeweilige Lebensstation von Ben.

Alle Textblöcke zusammen enthalten Bens ganze Lebensgeschichte bis zu dem Zeitpunkt, als er in die stationäre Jugendhilfeeinrichtung aufgenommen wird.

- ▼ Schwangerschaft und Geburt
- ▼ Die ersten Wochen und Monate
- ▼ Überforderung von Bens Mutter Sarah
- ▼ Ben zieht in eine Pflegefamilie
- ▼ Bens zweite Pflegefamilie
- ▼ Beginn der Schulzeit und Aufnahme in die stationäre Jugendhilfe



Traumapädagogische Praktiken werden durch Videos erklärt.

Damit Ben besser verstehen kann, weshalb er immer wieder schon durch vermeintlich kleine Auslöser in Rage gerät, erklärt ihm seine Betreuerin Susanne Berger das Modell des dreigliedrigen Gehirns. Durch das Wissen, was passiert, wenn Ben in großen Stress und dadurch in Wut gerät, wird Bens Selbstverständnis gefördert. Dies ist ein erster Schritt, um die Fähigkeit zur Selbstregulation zu entwickeln.

Im Folgenden sehen Sie, wie Susanne Berger Ben das dreigliedrige Gehirn erklärt.





Anwendungsaufgaben unterstützen die Entwicklung von Handlungskompetenz.

Traumapädagogische Resilienzförderung

Die nachfolgende Aufgabe hilft Ihnen dabei, die Resilienz der von Ihnen betreuten Kinder, Jugendlichen bzw. Klienten* zu fördern.

1. Wählen Sie ein Kind, einen Jugendlichen oder Klienten* aus, bei dem Sie die Resilienzförderung umsetzen möchten.
2. Welche Fertigkeit möchten Sie im Kontext der Resilienzförderung beim Kind, Jugendlichen bzw. Klienten stärken oder weiterentwickeln? (Ziehen Sie zur Entscheidungsfindung ggfs. den „Leitfaden zur Resilienzanalyse“ heran, den Sie in dieser Lerneinheit unter „Arbeitsmaterialien“ finden)

[Direkt zu „Arbeitsmaterialien“](#)

Fertigkeit:

3. Überlegen Sie eine Aktivität, bei der diese Fertigkeit für das Kind/ den Jugendlichen/Klienten spürbar erlebt werden kann. Dazu sollte die Aktivität folgende Kriterien erfüllen:

- macht sowohl Kind/ Jugendlichen/ Klienten als auch der Betreuungsperson Spaß!
- überfordert und/oder unterfordert nicht
- ist ökonomisch in den pädagogischen Rahmen Ihrer Einrichtung integrierbar
- die notwendigen Ressourcen und Rahmenbedingungen sind in Ihrer Einrichtung gegeben.

Unterstützen können dabei folgende Überlegungen:

- In welcher Situation war die Fertigkeit, die im Rahmen der Resilienzförderung beim Kind, Jugendlichen oder Klienten gestärkt werden soll, erkennbar?
- Wie könnten Sie eine solche Situation innerhalb einer Aktivität gestalten?



In Videos berichten Fachexperten aus der traumapädagogischen Praxis.

1.2 Aus der Praxis... (1/5)

Björn Steffens, Dipl. Soz.-Päd., berichtet über die Umsetzung des Prinzips des sicheren Ortes für Kinder und Mitarbeiter und über förderliche, unterstützende Leitungsstrukturen am Beispiel der traumapädagogischen Wohngruppe „Greccio“ (Franz von Assisi Gesellschaft) in Schwäbisch Gmünd.

Björn Steffens ist Gruppenleiter der traumapädagogischen Wohngruppe Greccio (Franz von Assisi Gesellschaft), in der acht Kinder und Jugendliche im Alter von 6-16 Jahren, die durch Gewalterfahrungen traumatisiert sind, leben.





A DIAGNOSTIK UND PSYCHOEDUKATION	B ELEMENTE DER TRAUMATHERAPIE	C HERAUSFORDERUNGEN IN DER TRAUMATHERAPIE
A.1 Einführung in die PTBS A.2 Diagnostik A.3 Psychoedukation	B.1 Einführung in die Traumabehandlung B.2 Imaginative Exposition B.3 Exposition in vivo B.4 Kognitive Verfahren B.5 Behandlungsplanung	C.1 Schwierige Situationen in der Traumatherapie C.2 Dissoziation C.3 Suizidalität und Selbstverletzung C.4 Traumatherapie mit Kindern



Kurs Traumatherapie



E-Learning Kinderschutz
ECQAT Traumatherapie

Der Kurs besteht aus 3 Theorie- und 9 Praxislerneinheiten in 3 Modulen.

Übersicht Theorie-Lerneinheit

[Theoretische Einführung](#) [Interview](#) [Zusammenfassung](#) [Übung & Selbstreflexion](#) [Materialien](#) [Quellen](#) [Prüfung](#)

Übersicht Praxis-Lerneinheit


[Theoretische Einführung](#) [Falltrainer](#) [Zusammenfassung](#) [Materialien](#) [Quellen](#) [Prüfung](#)





Die theoretischen Einführungen werden den Teilnehmenden in form von MP₄-Videos zur Verfügung gestellt

Diagnostisches Vorgehen

 **Schwierigkeit:**

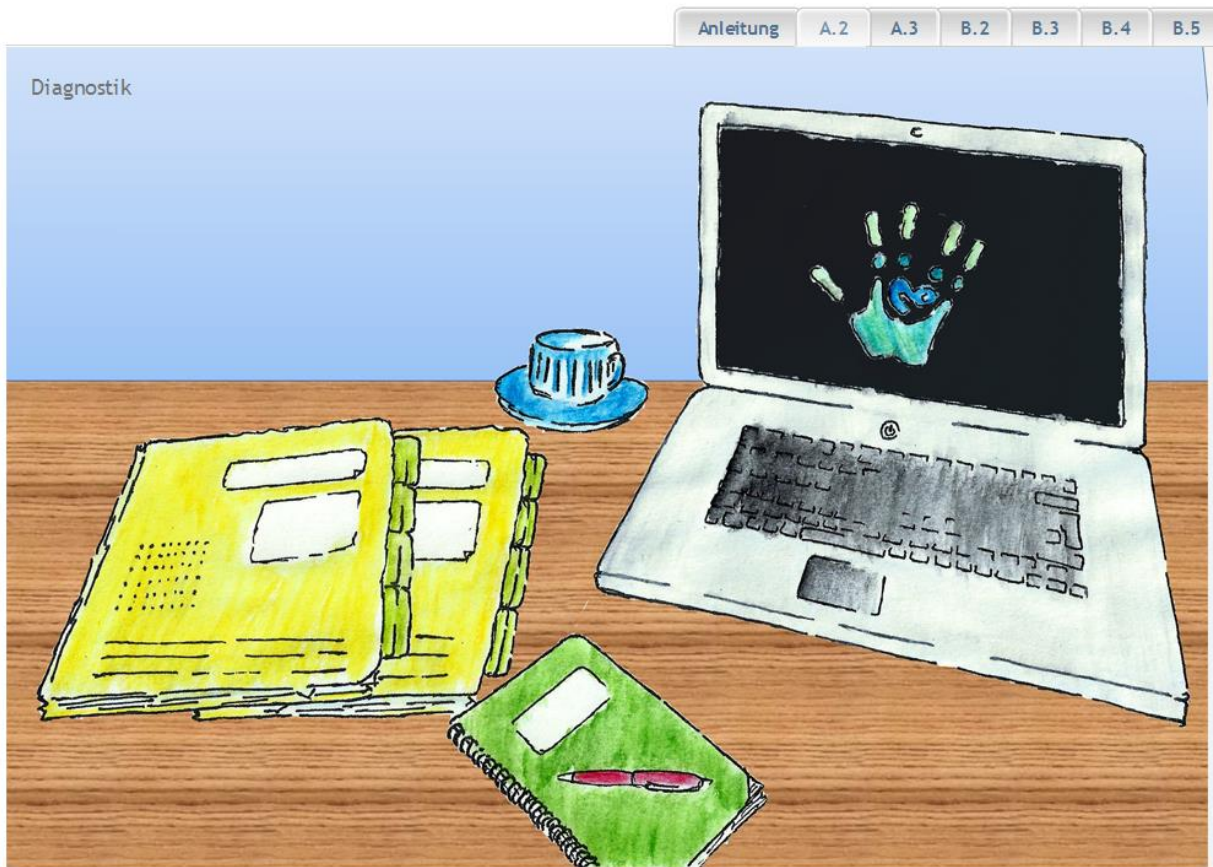
- alle wesentlichen Informationen der Traumageschichte erheben, ohne dass Exposition mit Trauma stattfindet
- zu oberflächlich: Fallkonzeption und Behandlungsplan können nicht richtig aufgestellt werden
- zu tiefgehend: Überforderung des Patienten durch unvorbereitete Exposition an das Trauma

08:21 / 21:20
© Traumbildprojekt ECQAT: Traumatherapie



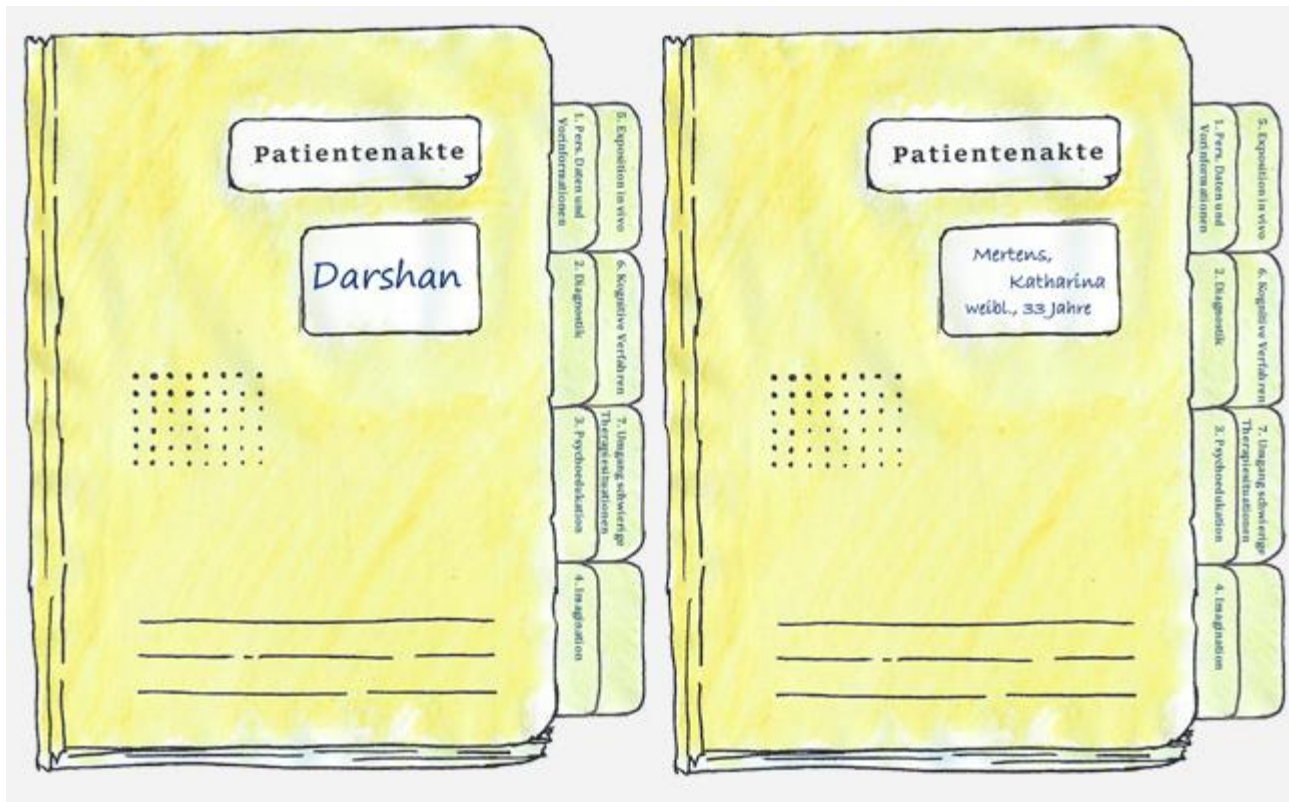
In allen Praxislernerheiten gibt es einen Falltrainer.

Über eine Schreibtischoberfläche gelangen die Teilnehmenden zu den einzelnen Elementen des Falltrainers.





Es wird mit zwei Fallpatienten gearbeitet, deren Weg durch die Traumatherapie im Verlauf der Lerneinheiten weitererzählt wird.





Die Fallakten enthalten jeweils Formulare mit Informationen zum Fallverlauf und den Therapieschritten.

Name: Darshan
Markandeyan

Alter: 17 Jahre

Geschlecht: männlich

Familienstand

ledig, ohne Partnerschaft

Lebenssituation

mit sonstigen Personen:

Pflegefamilie: Eltern und zwei Geschwister
(Schwester 9 Jahre, Bruder 20 Jahre)

Kinder

Wieviele Kinder haben Sie?

Anzahl der Kinder: keine

Staatsangehörigkeit

andere: srilankisch

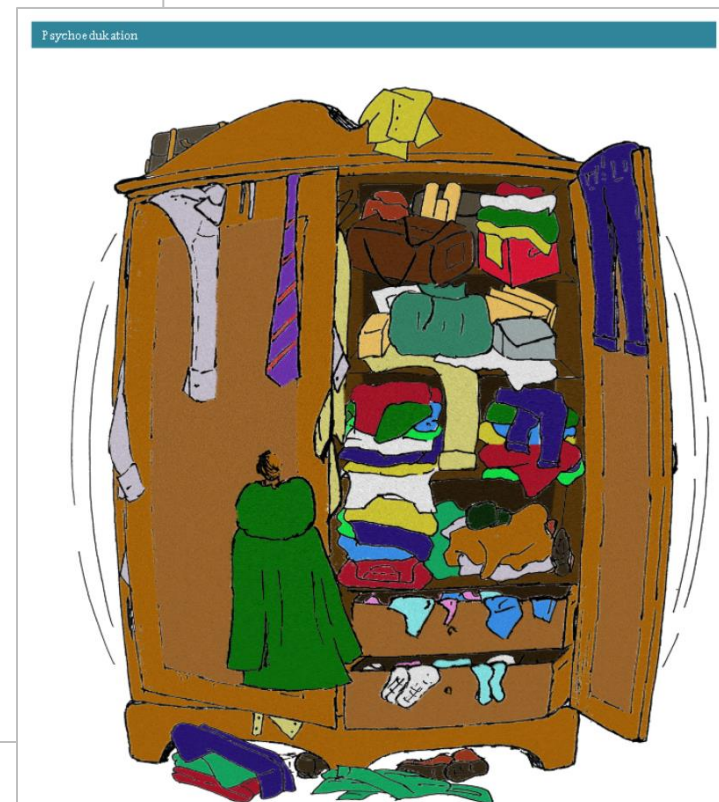
Muttersprache

andere: tamilisch

Deutschkenntnisse sehr gut

Religionszugehörigkeit

andere: hindu





Die Vermittlung der Elemente der Traumatherapie, z.B. der Diagnostik erfolgt über zum großen Teil über Videos.

A.2.3. Patientenvideo - Diagnostik CAPS Frau M.





Zu den Inhalten des Falltrainers gibt es jeweils Übungen.

A.3.4 Übung und Selbstreflexion

Aufgabe 1

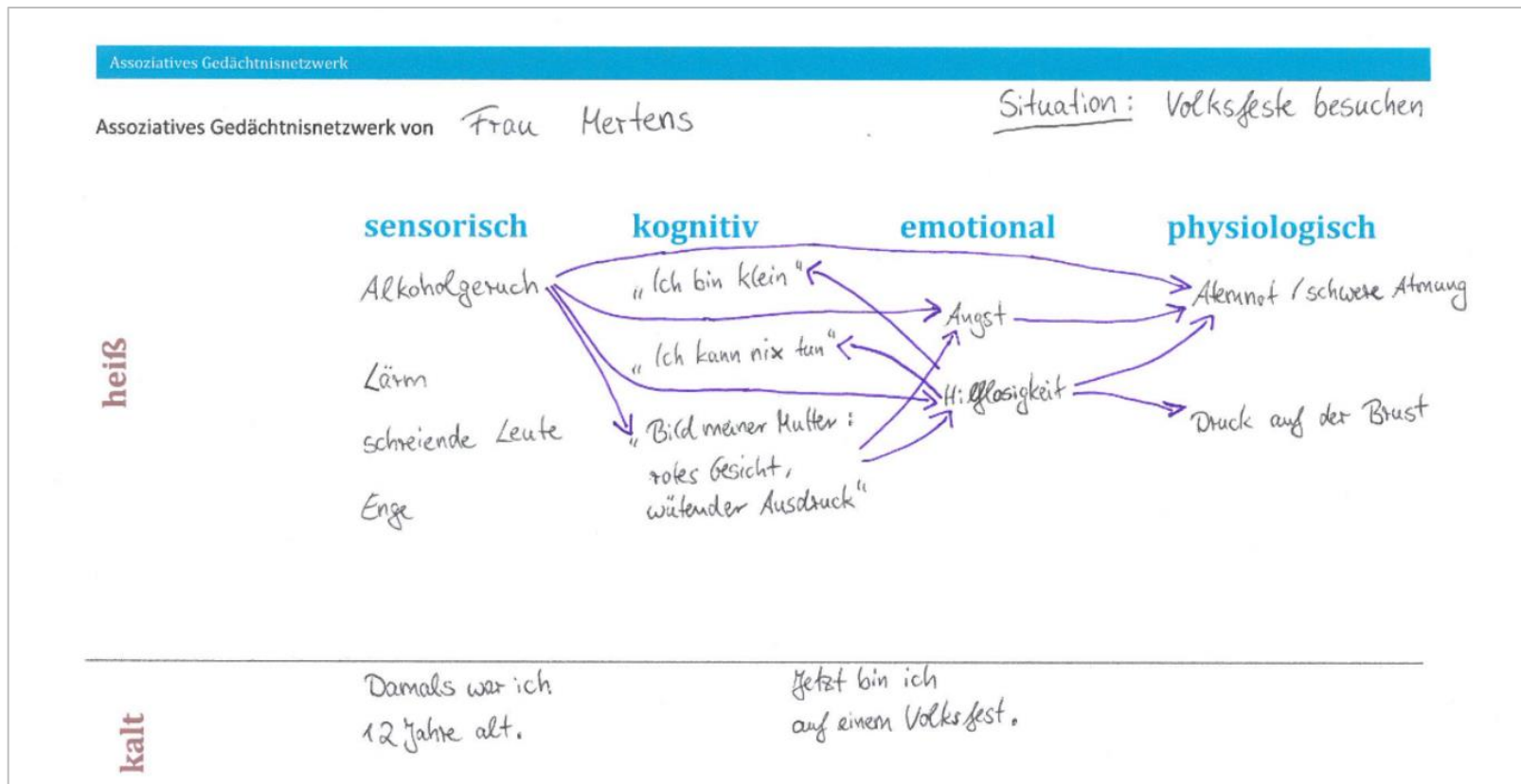
Schauen Sie das Video „Psychoedukation mit dem Assoziativen Gedächtnisnetzwerk“ und zeichnen Sie für Frau Mertens das Netzwerk auf, das beim Besuch eines Volksfestes aktiviert wird.

Sie finden unter „Materialien“ eine Druckvorlage für ein assoziatives Netzwerk, die Sie herunterladen und ausdrucken können.

Wenn Sie sich unsicher sind, schauen Sie sich das Assoziative Gedächtnisnetzwerk von Darshan in seiner Patientenakte als Beispiel an.



Zu den Übungen gibt es jeweils eine Musterlösung.





Übersicht E-Learning-Projekte: Grundkurs Kinderschutz in der Medizin BMG



E-Learning Kinderschutz
Grundkurs Kinderschutz in der Medizin

- Laufzeit: 01.06.2014 – 31.12.2017
- Zielgruppe: medizinisch-therapeutische Berufe und Heilhilfsberufe
- Geplanter Start der 1. Testkohorte Juni 2016

Nach der inhaltlichen Fertigstellung wird der Kurs bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Zertifizierung eingereicht.

Ziele des Online-Kurses

- Aufbau und Vertiefung von Kenntnissen zum Kinderschutz in der Medizin
- Schwerpunkte: Epidemiologie und Diagnostik der Misshandlungsformen, aktuelle Rechtslage und internationale Leitlinien





Fazit

- Die Bekämpfung von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und Sexuellem Missbrauch ist eine der zentralen gesellschaftlichen Aufgaben und eines der wichtigsten Gesundheitsthemen (WHO)

Hierzu nötig ist:

- Epidemiologie und Monitoring
- Versorgungsforschung und Verlaufsforschung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung, E-Learning
- Kontinuierliche Entwicklung, Implementation und Überprüfung von Schutzkonzepten





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp
www.deutsche-traumastiftung.de
www.comcan.de



XXXV. DGKJP KONGRESS

mit umfangreichem Fortbildungsprogramm

22. – 25. März 2017
CCU und Maritim Hotel Ulm

www.dgkjp-kongress.de

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.