



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz

Abschlussbericht

L. Goldbeck, A. Laib-Koenemund, Jörg M. Fegert

gefördert von der
World Childhood Foundation



Universitätsklinikum Ulm

Abschlussbericht

Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz

Ein Projekt zur Qualitätssicherung durch externe
Institutionsberatung

Projektleitung:

PD Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck, Ltd. Psychologe der
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ulm

Prof. Dr. J.-M. Fegert, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Ulm

Projektkoordination:

Dipl. Päd. Anita Laib-Koenemund

in Zusammenarbeit mit dem

Arbeitskreis gegen sexuelle Kindesmisshandlung Ulm / Neu Ulm

Laufzeit: 01.04.2003 – 31.07 2005

Gefördert von der World Childhood Foundation

Inhalt:

	Seite
0. Zusammenfassung.....	4
1. Einleitung.....	5
2. Projektbeschreibung: Entwurf, Ziele, Rahmenbedingungen..	7
3. Wissenschaftliche Einordnung	10
4. Instrumente	11
5. Beteiligte.....	13
6. Die Hilfeprozess-Koordination als Methode.....	15
7. Ergebnisse	18
7.1 Ablauf der Rekrutierung und Kooperationsaufbau.....	18
7.2 Die Meldebögen – Ausgangslage	19
7.3 HPK Erfahrungen, Kasuistiken, Protokolle.....	29
7.4 Evaluation	34
7.5 Ergebnisse der Evaluation.....	35
7.6 Zusammenfassung und Diskussion.....	53
8. Schlussfolgerungen.....	57
9. Abschließende Bemerkungen und Ausblick	58
10. Verwendung der Fördermittel	62

Anhang:

Meldebogen

Evaluationsbogen

HPK-Ergebnisprotokoll

0. Zusammenfassung

Wenn das Wohl von Kindern und Jugendlichen bedroht ist, können wirksame Schutzmaßnahmen am besten im planvollen und zielorientierten Zusammenwirken der beteiligten Institutionen und deren Mitarbeiter gelingen. Hilfeprozess-Koordination (HPK) ist eine standardisierte Methode der externen Beratung für Mitarbeiter psychosozialer und medizinischer Institutionen mit dem Ziel der Qualitätssicherung professionellen Kinderschutzes. HPK ist auf ein breites Spektrum von Kinderschutzfällen und in unterschiedlichen institutionellen Kontexten anwendbar. Das in diesem Bericht beschriebene von der WCF über zwei Jahre geförderte Projekt der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm widmete sich der Evaluation dieser Methode, um Erfahrungen bei der Implementierung auszuwerten und wissenschaftlich messbare Effekte darzustellen.

Bei der Einführung der HPK-Methode in den Modellregionen Ulm/Neu-Ulm und Bodensee/Oberschwaben waren zunächst Widerstände der Institutionen zu überwinden, im Verlauf zeigte sich dann eine überwiegend positive Resonanz. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation weisen positive Effekte der HPK auf den Grad des innerhalb von sechs Monaten erreichten Kinderschutzes aus, verglichen mit herkömmlicher Kinderschutzpraxis. Einer Tendenz zur Scheinsicherheit in der Beurteilung von Verdachtsfällen mit schwerwiegenden Misshandlungsvorwürfen oder –vermutungen wird durch die HPK-Methode eher entgegengewirkt. Die Sicherheit bei der Interventionsplanung wird durch die HPK-Methode gestärkt. Eine unerwünschte Nebenwirkung der indirekten HPK-Methode scheint im Risiko einer eingeschränkten Partizipation der Betroffenen am Hilfeprozess zu bestehen.

Zur weiteren Verbreitung und institutionellen Verankerung der HPK-Methode in der Arbeit von Jugendämtern, Jugendhilfeeinrichtungen, Kliniken, Kinderarztpraxen und Beratungsstellen sollen die vorliegenden ermutigenden Erkenntnisse in der Fachöffentlichkeit publiziert werden. Sinnvolle Weiterentwicklungen und Modifikationen der Methode betreffen die Intensivierung der Partizipation der Betroffenen im Hilfeprozess, die Integration empirisch gestützter Prognose-Instrumente und die Anpassung der Methode an unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen.

1. Einleitung

Der professionelle Umgang mit Fällen von Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung und Misshandlung stellt hohe Anforderungen an die einzelnen MitarbeiterInnen wie auch an die verschiedenen daran beteiligten Institutionen: von ersten Anzeichen bis zu einer klaren Einschätzung der Gefährdungslage und entsprechenden Schutzmaßnahmen kann einige Zeit vergehen. Die verschiedenen Berufsgruppen treten entsprechend ihres persönlichen und institutionellen professionellen Selbstverständnisses in Kontakt zum betroffenen Kind, was zu einer Fraktionierung der Hilfeleistungen führen kann. „Nicht selten durchlaufen Kinder auf ihrem Weg durch das Hilfesystem eine Odyssee unterschiedlicher Beratungs- und Behandlungsansätze.“ (J.M. Fegert, Ch. Berger, U. Klopfer, U. Lehmkuhl, G. Lehmkuhl, S.18)

Vernetzung, die qualitativ wirksam werden soll, muss Strukturen bereitstellen, und „das Funktionieren dieser Strukturen sollte kontinuierlich evaluiert werden. Neben der sogenannten Kundenzufriedenheit sind die Zeitdimension und die Vermeidung von Delegationsketten wichtige Kriterien für eine funktionierende Vernetzung. Die zunehmende Diskussion um eine Qualitätssicherung auch in der Jugendhilfe sollte vielleicht zuallererst im Bereich der Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 bzw. § 1666a BGB) zu genauen Verlaufsdokumentationen und Evaluationen führen.“ (ebda S. 20)

Ausgehend von den örtlichen Strukturen im Ulmer Raum als Region mit drei verschiedenen Landratsämtern, der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, verschiedenen Beratungsstellen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, deren MitarbeiterInnen seit Jahren multiprofessionell im „Arbeitskreis Sexuelle Kindesmisshandlung“ zusammenarbeiten, wurde durch die im Projekt entwickelte Form der Hilfeprozess-Koordination eine evaluierbare Maßnahme entwickelt, die einen wesentlichen, struktur-schaffenden Beitrag für die Qualitätssicherung darstellt.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz“ macht es als systematische und randomisierte Untersuchung möglich, Daten für den Verlauf von Fällen mit Verdacht der Kindeswohlgefährdung zu

erheben und zu prüfen, ob die Hilfeprozess – Koordination durch externe Berater in diesen Fällen ein wirksames Instrument darstellt.

Von besonderem Interesse ist hierbei die Rolle des fallverantwortlichen Mitarbeiters hinsichtlich seiner Einschätzung der Gefährdungslage des Kindes, der Planung von Interventionen und der Qualität der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Institutionen.

2. Projektbeschreibung: Entwurf, Ziele und Rahmenbedingungen

2.1 Entwurf

Alle beteiligten Institutionen melden in anonymisierter Form die bei ihnen **neu bekannt werdenden** Fälle (einschließlich des Verdachts) von Vernachlässigung und Misshandlung an das Projekt.

Entsprechend einer Zufallsverteilung bekommt der fallverantwortliche Mitarbeiter einen Hilfeprozess – Koordinator (im weiteren HPK genannt) zugeordnet. Wenn nicht, bearbeitet er den Fall so wie sonst üblich. Nach Ablauf eines halben Jahres, bzw. mit Ende des gemeldeten Falles füllt er den vom Projekt entwickelten Evaluationsbogen aus.

Wenn ein HPK zugeordnet wird, begleitet dieser im Rahmen einer externen Supervision den Hilfeprozess in Abhängigkeit von den Merkmalen des Einzelfalles. Das Ende der Hilfeprozess – Koordination wird im Konsens festgelegt, es erfolgt frühestens nach zwei Sitzungen, maximal nach sechs Sitzungen.

Die Verantwortlichkeit für den Fall verbleibt mit oder ohne HPK bei dem meldenden Mitarbeiter.

Die Hilfeprozess - Koordination soll folgende Qualitätskriterien gewährleisten:

- **die interdisziplinäre Perspektive**
Sie soll die Integration von psychosozialen, medizinischen und rechtlichen Aspekten und Handlungsoptionen im Einzelfall fördern
- **die externe Supervision**
Sie soll einer potentiellen „Betriebsblindheit“ innerhalb der meldenden Institution entgegenwirken und durch Nachfragen zu mehr Klarheit hinsichtlich der vorliegenden Informationen und deren Bewertung beitragen

- die **Operationalisierung von Zielen**
Sie soll Ziele konkret definieren und es ermöglichen, den Grad der Umsetzung erkennbar zu machen, bzw. die Umsetzung anderer geeigneter Maßnahmen festzuschreiben
- die **Dokumentation** des Hilfeprozesses ergänzen
- die **Vermeidung ineffektiver Delegationsketten**
Durch klare Absprachen hinsichtlich der Zusammenarbeit und Abgrenzung der jeweiligen beruflichen Rolle soll vermieden werden, dass betroffene Kinder ohne effektive Hilfeleistung von Institution zu Institution vermittelt werden
- den **Schutz der betroffenen Kinder**
Vorrang hat immer die Gefährdungseinschätzung und die gegebenenfalls unverzügliche Einleitung von Maßnahmen zum Schutz der minderjährigen Opfer vor weiterer Vernachlässigung bzw. Misshandlung

2.2 Ziele:

Das Projekt verfolgt mehrere Ziele. Wichtige **Nahziele** sind:

- Nachweis der effektiven Qualitätssicherung durch das Instrument der Hilfeprozess – Koordination
- Entwicklung von fachlichen Standards für das Umgehen mit Fällen von Kindeswohlgefährdung
- Die Entwicklung von Leitlinien für die Rolle des Hilfeprozess – Koordinators
- Die Förderung der Kooperation der verschiedenen Institutionen

Bei Nachweis der Methode HPK als wirksame Methode der Qualitätssicherung, wird als wichtiges **Fernziel** angestrebt

- die Verankerung des Modells auf sozialrechtlicher und ökonomischer Ebene im Rahmen der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

2.3 Rahmenbedingungen:

Die **Eröffnungsveranstaltung** zur Bekanntmachung des Projektes und zur Werbung für die Teilnahme fand am **18. Juni 2003** statt. Dazu wurden Kinderärzte, Jugendämter, Beratungsstellen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe aus der erweiterten Region Ulm / Neu-Ulm, aus der Bodenseeregion und aus Biberach eingeladen.

Nach weiteren Verhandlungen und Gesprächen mit einzelnen Institutionen über Möglichkeiten und Schwierigkeiten in Zusammenhang mit einer Teilnahme am Projekt haben sich 16 Institutionen bereit erklärt, am Projekt teilzunehmen.

Grundlage der Zusammenarbeit im Projekt war bei den meldenden Institutionen die gegenseitige Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung, in der die Erwartungen und Leistungen zwischen der Projektleitung und der Institution beschrieben waren.

Für die Rolle des Hilfeprozess-Koordinators konnten 8 langjährig in der Arbeit mit Kinderschutzfällen erfahrene Beraterinnen und Berater gewonnen werden. Alle Beraterinnen und Berater waren seit Jahren in den Arbeitskreisen ihrer Region für die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Institutionen und für die Weiterentwicklung der Qualitätskriterien tätig. Sie wurden von der Projektleitung angefragt, weil sie in ihrer beruflichen Rolle bekannt dafür waren, ausgewiesene Expertinnen und Experten im Bereich des Kinderschutzes zu sein. Grundlage der Zusammenarbeit mit den Hilfeprozess - KoordinatorInnen war ein Werkvertrag mit darin definierten Aufgaben, die Bereitschaft, gemeldete

Fälle in einer standby-Funktion kurzfristig zu übernehmen und die regelmäßige Teilnahme an den Arbeitstreffen der HPKs.

3. Wissenschaftliche Einordnung

Der wissenschaftliche Umgang mit Fällen von Vernachlässigung und Misshandlung lässt sich in mehrere Hauptströmungen einteilen:

- die Therapieforschung im Bereich der Behandlung von Folgen sexueller Gewalt, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung (z.B. posttraumatischer Belastungsstörungen)
- die Evaluation von Präventionsprogrammen
- die Entwicklung von Instrumenten zur Risikoeinschätzung in Zusammenhang mit familialer Gewalt.

Für den Bereich der Gefährdungseinschätzung wurde z.B. der Stuttgarter Erhebungsbogen als Handreichung für die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes entwickelt.

In München läuft derzeit das Projekt zur Evaluation des Hilfeplanverfahrens nach §36 KJHG in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Jugendinstitut.

Für die Evaluation der HPK **wichtige Parameter** sind:

- **die aktuelle Gefährdungseinschätzung des fallverantwortlichen Mitarbeiters**
- **seine Unsicherheit bzw. Sicherheit in der Einschätzung der möglicherweise entstandenen Schädigung und der Planung von Interventionen**

- seine **subjektive Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit** der beteiligten Institutionen
- **seine prognostische Einschätzung hinsichtlich des zukünftigen Gefährdungspotentials** bzw. hinsichtlich des Schutzes des Kindes / Jugendlichen

Damit setzt die Evaluation ihren Schwerpunkt auf die Kompetenz des jeweils fallführenden Mitarbeiters. Diese bildet die Grundlage für das Erkennen von Gefährdungssituationen und für die daraus resultierenden notwendigen Maßnahmen, die der Mitarbeiter letztlich verantworten muss.

Wenn das Instrument HPK dazu beitragen kann, diese Einschätzung des fallverantwortlichen Mitarbeiters zu verändern und mehr Sicherheit sowie eine differenziertere Einschätzung der Gefährdungslage zu bewirken, dann wäre ein Effekt nachweisbar.

4. Instrumente:

Folgende Instrumente wurden für das Projekt entwickelt (siehe Anhang):

4.1 Der anonyme Meldebogen

Der anonyme Meldebogen ist in vier Abschnitte unterteilt:

- **die Kopfzeile** mit dem Namen der fallführenden Person, der Zuordnung eines HPK und gegebenenfalls dessen Name, dem Fall-Code,

dessen Bezeichnung sich zusammensetzt aus dem Buchstaben für die Institution und der laufenden Fallnummer innerhalb der Institution sowie dem Geschlecht und dem Alter des Kindes, das Anlass für die Fallmeldung ist.

- **den Abschnitt 1**, der die Erscheinungsformen und das Ausmaß der Kindeswohlgefährdung, das Gefährdungsrisiko sowie erste Maßnahmen abfragt
- **den Abschnitt 2**, der die Sicherheit der fallführenden Person hinsichtlich der bis jetzt bekannten Informationen erfragt
- **den Abschnitt 3**, der die Qualität der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, die Beteiligung des Kindes und die Einbeziehung der Eltern zum Thema macht

4.2 Der Evaluationsbogen

Der Evaluationsbogen hat entsprechend vier Abschnitte:

- **Die Kopfzeile** (wie beim Meldebogen)
- **Abschnitt 1** mit Angaben zur Kindeswohlgefährdung
- **Abschnitt 2** mit Einschätzung der Sicherheit der fallführenden Person und deren Zeitaufwand
- **Abschnitt 3** der retrospektiv nach der Qualität der Zusammenarbeit, der Einschätzung der Effizienz, der Zufriedenheit mit dem Schutzaspekt und der Beteiligung des Kindes und seiner Eltern am Hilfeprozess fragt

4.3 Das HPK – Protokoll als Interventionsbaustein

Das HPK – Protokoll wurde als Strukturhilfe für die HPKs erarbeitet und mit ihnen gemeinsam verändert. Die Benutzung des HPK-Protokolls war nicht verpflichtend, sondern zielte auf eine Unterstützung der Intervention: die wichtigsten Arbeitsschritte und Ergebnisse konnten so auf zwei Seiten dokumentiert werden.

4.4 Der Elternfragebogen

Mit dem Elternfragebogen sollten Eltern bzw. Sorgeberechtigte über Ihre Beteiligung bzw. die Beteiligung ihres Kindes befragt werden.

Der Fragebogen wurde von dem fallverantwortlichen Mitarbeiter zusammen mit einem frei-frankierten Umschlag **nur** denjenigen Eltern gegeben, bei denen die Verdachtssituation der Misshandlung / Vernachlässigung offen angesprochen war. Die Beantwortung war freiwillig und konnte von der meldenden Institution nicht kontrolliert werden.

5. Beteiligte

Nach einer intensiven Werbungsphase im Großraum Ulm / Neu-Ulm und im Bodenseekreis haben die nachfolgend aufgeführten 16 Institutionen einen Kooperationsvertrag mit der Projektleitung unterzeichnet.

5.1 Teilnehmende Institutionen:

- Stadt Ulm, Fachbereich Jugend, Familie und Soziales*
- Landratsamt Neu-Ulm
- Universitätsklinik Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie*
- St.Lukas-Klinik Meckenbeuren*
- Praxis Dr. Hoehne, Friedrichshafen*

- Praxis Dr. Peters, Markdorf*
- Praxis Dr. Müller, Ulm
- Psychotherapeutische Praxis Eiche*
- Beratungsstelle der Diakonie Ulm*
- Beratungszentrum Jugendliche, Stadt Ulm*
- Beratungsstelle Neu-Ulm*
- Jugendhilfe Seitz, Neu-Ulm*
- Oberlin Haus Ulm*
- Zentrum „Guter Hirte“*
- Deutscher Kinderschutzbund, Ortsverband Friedrichshafen
- Beratungsstelle „Brennessel“, Ravensburg

Die mit Stern gekennzeichneten Institutionen haben dann auch Fälle gemeldet. Vier der o.g. Einrichtungen haben keine Meldungen an das Projekt gegeben.

5.2 Die Hilfeprozess-KoordinatorInnen:

- Frau Dipl. Psych. Gabriele Eiche, Ulm
- Frau Dipl. Päd. Gabriele Legner-Sautter, Friedrichshafen
- Frau Dipl. Psych. Bernadette Lembke, Überlingen
- Herr Dipl. Psych. Stefan Meir-Korell, Meckenbeuren
- Frau Dipl. Soz. Päd. Leonore Rüb, Ulm
- Frau Dr. med. Erla Spatz-Zöllner, Ulm
- Herr Dipl. Päd. Lothar Steurer, Ulm
- Frau Dipl. Psych. Gabi Clara Sticht, Ulm

Alle Hilfeprozess-Koordinatoren haben langjährige Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen sind. Sie sind im Rahmen ihres Berufes als Ärztin, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, FamilientherapeutInnen und BeraterInnen in ihren Institutionen oder freiberuflich tätig. Mit ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenz haben sie einen entscheidenden Beitrag für die Akzeptanz und das Vertrauen in das Projekt geleistet.

6. Die Hilfeprozess-Koordination als Methode:

Vor Beginn der Intervention erfolgte eine Fortbildungs- und Trainingsphase für die Hilfeprozess – KoordinatorInnen. Diese Phase diente der:

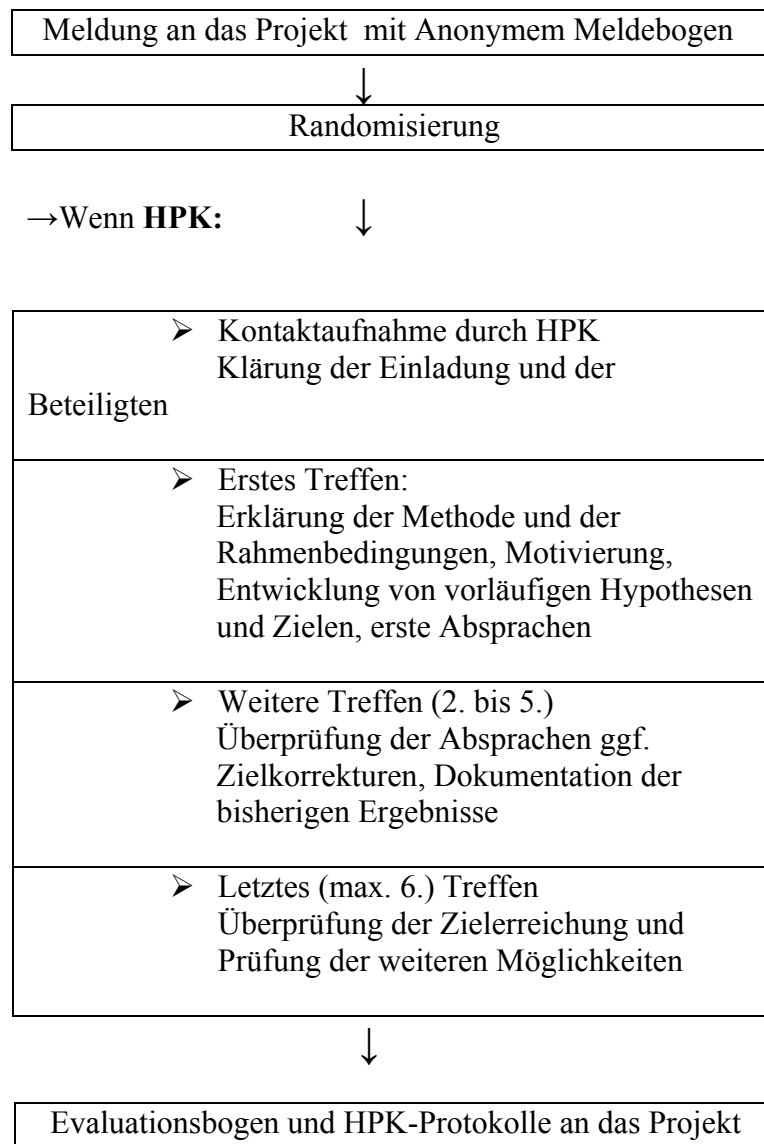
- a. **Vertiefung der juristischen Kenntnisse**
Vortrag und Diskussion der Vorschriften zur Schweigepflicht
Vortrag zu den Schutzmöglichkeiten von misshandelten Kindern im Strafverfahren
- b. **Abklärung praktischer Fragen** in Zusammenhang mit der Organisation der Meldungen und der Aufnahme der Arbeit
- c. **Entwicklung und Präzisierung von Leitlinien** für die Hilfeprozess - Koordination

Leitlinien für die Arbeit der HPKs:

- Der HPK nimmt den Erstkontakt zum Fallverantwortlichen auf und klärt ab, wer zu einem ersten HPK-Termin einlädt, wer eingeladen wird und wann das erste Treffen stattfindet. In der Regel kommen die Beteiligten zum HPK.
- Der HPK erklärt seine Tätigkeit am Beginn der Beratung und stellt die Methode dar. Er motiviert die Beteiligten, erklärt die Rahmenbedingungen und vermittelt dem Fallverantwortlichen Wertschätzung.
- Der HPK moderiert und strukturiert die Sitzungen, durch Nachfragen klärt er Sachverhalte ab und entwickelt mit den Beteiligten Zielformulierungen und Arbeitsabsprachen. Den Auftrag der Koordination der Hilfen behält er im Blick.
- Der HPK arbeitet schwerpunktmäßig als Supervisor, er gibt Fachwissen weiter und macht sich ein möglichst genaues Bild von der Sachlage.

- Der HPK benennt die noch offen gebliebenen Möglichkeiten hinsichtlich des Schutzes von Kindern und erweitert den Zeithorizont zugunsten eines nachhaltigen Kinderschutzes.
- Der HPK dokumentiert die Zielerreichung bzw. die Abänderung von Zielen. Arbeitsabsprachen und Zielformulierungen sollen im Konsens gefunden werden.
- Der HPK pflegt die innere Abstinenz, d.h. er ist kein Besserwisser und achtet darauf, dass die Fallverantwortung bei dem meldenden Mitarbeiter bleibt.
- Der HPK braucht Flexibilität und ausreichend Zeit

Schematische Darstellung des Ablaufes der Evaluationsstudie:



7. Ergebnisse

7.1 Ablauf der Rekrutierung und Kooperationsaufbau

➤ **Eröffnungsveranstaltung am 18.6.2003:**

Zur Eröffnungsveranstaltung am 18.6.2003 waren Jugendämter, Beratungsstellen, Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, die örtliche Kinderklinik sowie Träger der Jugendhilfe im Großraum Ulm und benachbarten Umgebung sowie aus den Landkreisen Biberach, Heidenheim und Bodenseekreis eingeladen worden.

Herr Professor Fegert führte in die Thematik ein, Herr PD Dr. Goldbeck erläuterte das Untersuchungsdesign und die Forschungsmethodik, die Projektmitarbeiterin Frau Laib-Koenemund stellte die Konzeption und den Ablauf der Hilfeprozess – Koordination dar und stellte den Nutzen für die Institutionen und den Mehraufwand in Relation zueinander. In der anschließenden Diskussion konnten die Anwesenden Fragen stellen und Einwände oder Überlegungen einbringen.

➤ **Weitere Kontaktpflege und Einzeltermine mit Institutionen**

Im Zuge der weiteren Werbung um Teilnehmer für das Projekt Kinderschutz wurden mehrere Schwierigkeiten deutlich. Das breite Interesse, das die Eröffnungsveranstaltung getragen hatte, wich zunehmend einer Vorsicht, tatsächlich die Kooperation einzugehen. In der Bereitschaft sich als meldende Institution zu beteiligen, zeigten sich Unterschiede. Während die kleineren Einrichtungen der Jugendhilfe und die Beratungsstellen sehr zügig in die Kooperation eintraten und sich konkrete Hilfe durch das Projekt erhofften, waren die Entscheidungsabläufe bei den großen Verwaltungen sehr zögerlich. Die Bedenken waren vor allem dadurch gekennzeichnet, dass ein erhöhter Zeitaufwand für die Mitarbeiter in einer Zeit mit deutlich schlechteren materiellen Ressourcen und Sparzwängen nicht opportun sei. Auch Befürchtungen, dass dem fallverantwortlichen Mitarbeiter

Kompetenzen streitig gemacht werden könnten, mussten ausgeräumt werden. Manche Mitarbeiter in den Jugendämtern, die ja die Projektteilnahme zusätzlich zu ihrer hauseigenen Dokumentation und Fallbesprechung leisteten, fühlten sich durch das Ausfüllen der Meldebögen belastet.

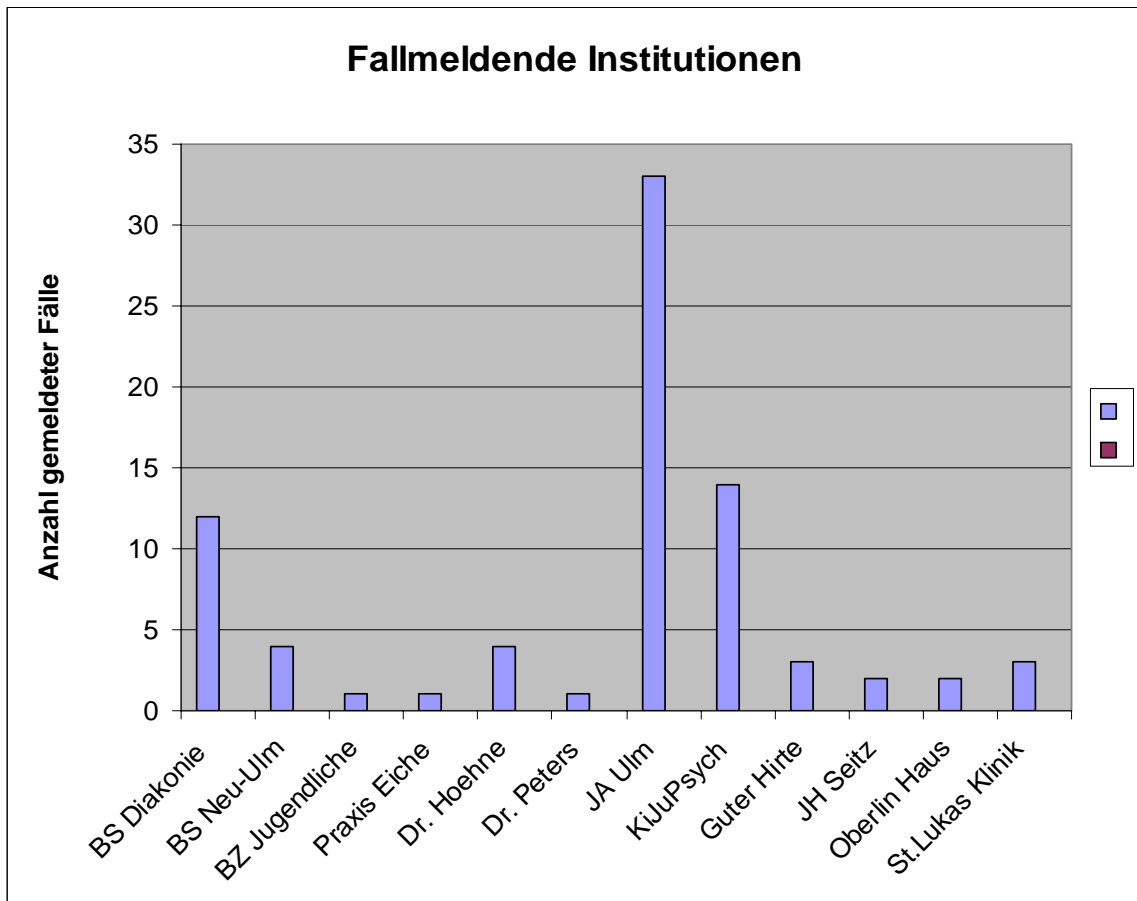
Die ersten Kooperationsvereinbarungen konnten Mitte September 2003 unterzeichnet werden, die letzten wurden im September 2004 geschlossen. Mit diesem langen und kontinuierlichen Werben war am Anfang nicht gerechnet worden. Es zeigte sich, dass Neuerungen, die die gewohnten Abläufe verändern, nur mit sehr viel Überzeugungsarbeit und Vertrauensbildung einführbar waren.

Trotz vorangegangener Besprechung entschieden sich das Jugendamt Alb-Donau und das Landratsamt Bodenseekreis gegen eine Kooperation. Begründung war von beiden Ämtern die knappe personelle Situation. Das Landratsamt Neu-Ulm unterzeichnete zwar die Kooperationsvereinbarung, meldete aber keine Fälle.

Die Zusammenarbeit mit den aktiv beteiligten Institutionen lief nach kurzer Anlaufzeit sehr gut und ohne Komplikationen.

7.2 Auswertung der Meldebögen: die Ausgangslage

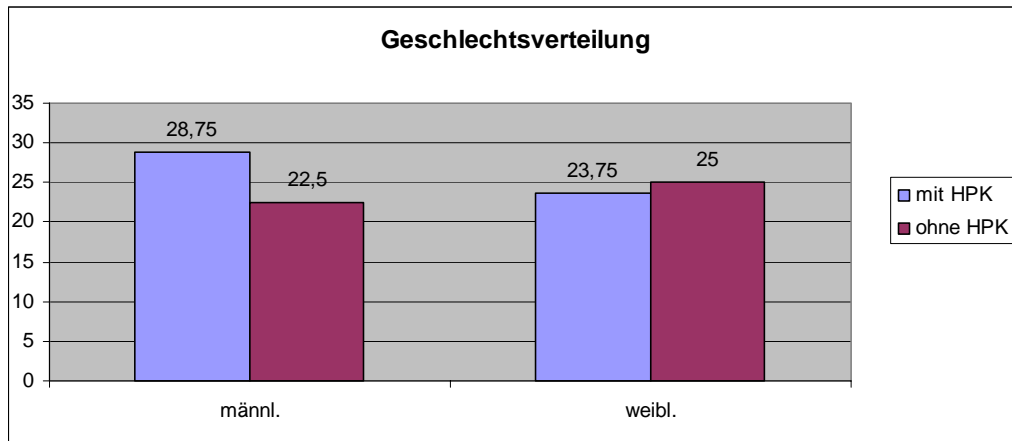
Im Zeitraum 13.11.2003 bis 30.11.2004 sind insgesamt 80 Meldebögen eingegangen. Die regionale Verteilung war im Bodenseegebiet gering, im Ulmer Raum wurden die meisten Fälle gemeldet.



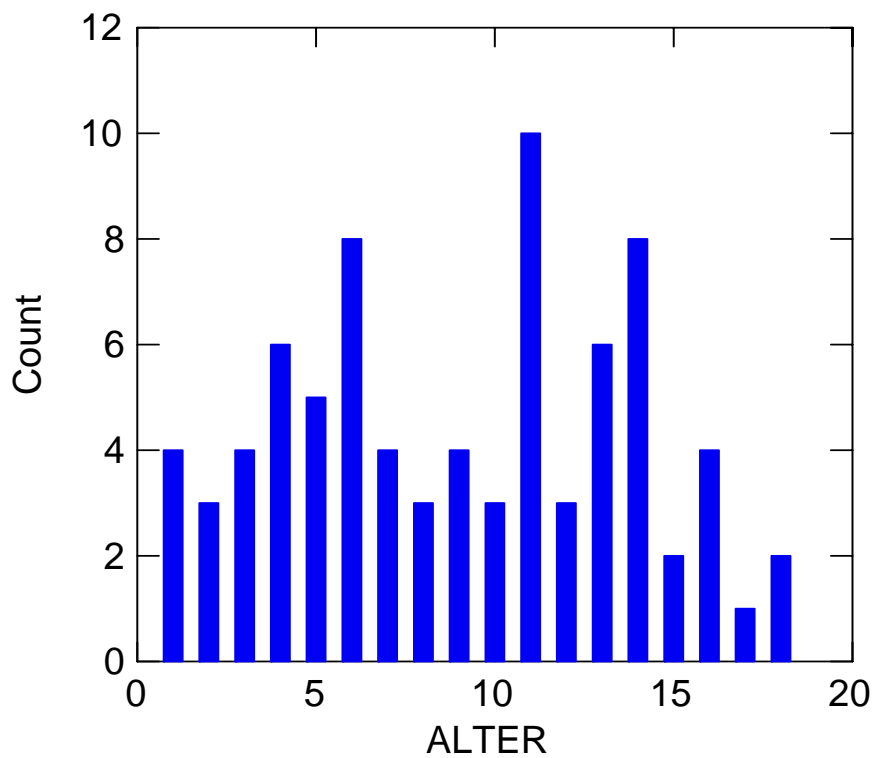
Beratungsstelle Diakonie Ulm	12
Beratungsstelle Neu-Ulm	4
Beratungszentrum Jugendliche Ulm	1
Psychotherap. Praxis Eiche	1
Praxis f.Ki-u.Jug. Psych.Dr. Hoehne, FN	4
Kinderärztl. Praxis Dr. Peters, Markdorf	1
Jugendamt Ulm	33
Ki. Ju.-Psychiatrie Ulm	14
Kinderzentrum Guter Hirte	3
Jugendhilfe Seitz	2
Oberlin Haus Ulm	2
St. Lukas-Klinik, Meckenbeuren	3

Von den 80 gemeldeten Fällen entfielen 38 in die Kontrollgruppe, 42 waren in der Interventionsgruppe.

Geschlecht: 39 weibliche und 41 männliche Kinder und Jugendliche
Prozentual waren Mädchen und Jungen wie folgt verteilt:



Die Altersgruppen waren:



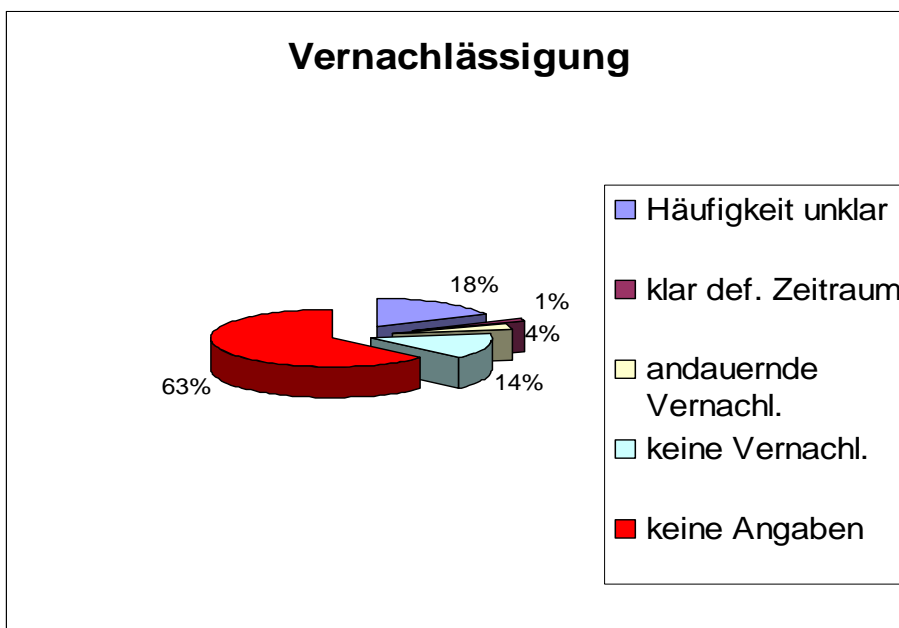
Alle Altersstufen von unter einem Jahr bis 18 Jahre waren gemeldet worden. Die Gruppe der sechs – bis 14 Jährigen ist erwartungsgemäß am größten. Aber auch deutlich viele kleinere Kinder sind vertreten.

7.2.1 Meldebögen Abschnitt 1: Formen und Ausmaß der Kindeswohlgefährdung:

Die Formen der Vernachlässigung:

Vernachlässigung Nahrung	5
Vernachlässigung Kontakt	27
Vernachlässigung Schutz	32
Vernachlässigung med. Versorgung	10

Angaben zur Dauer der Vernachlässigung in Prozent:

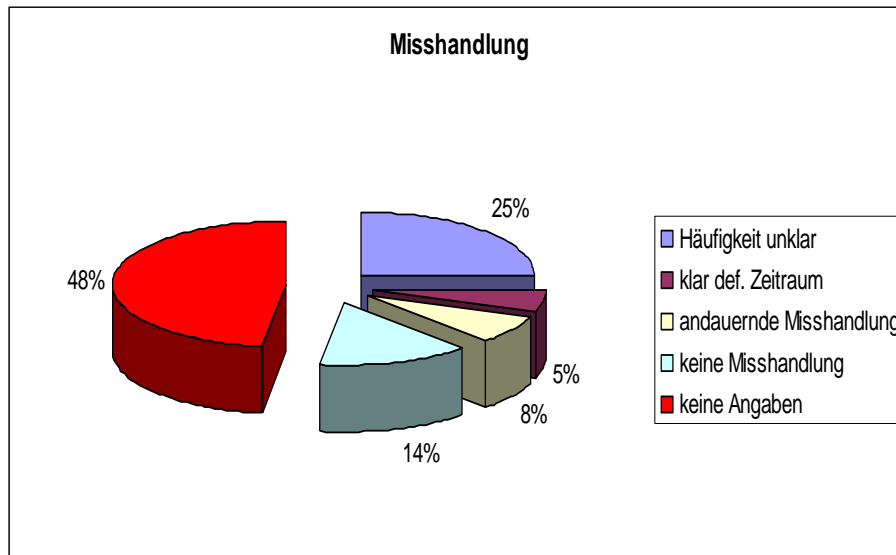


in diesem Schaubild sind die Vernachlässigungsformen zusammengefasst.

Die Formen der Misshandlung:

Misshandlung seelisch	22
Misshandlung körperlich	37
Misshandlung sexuell	32

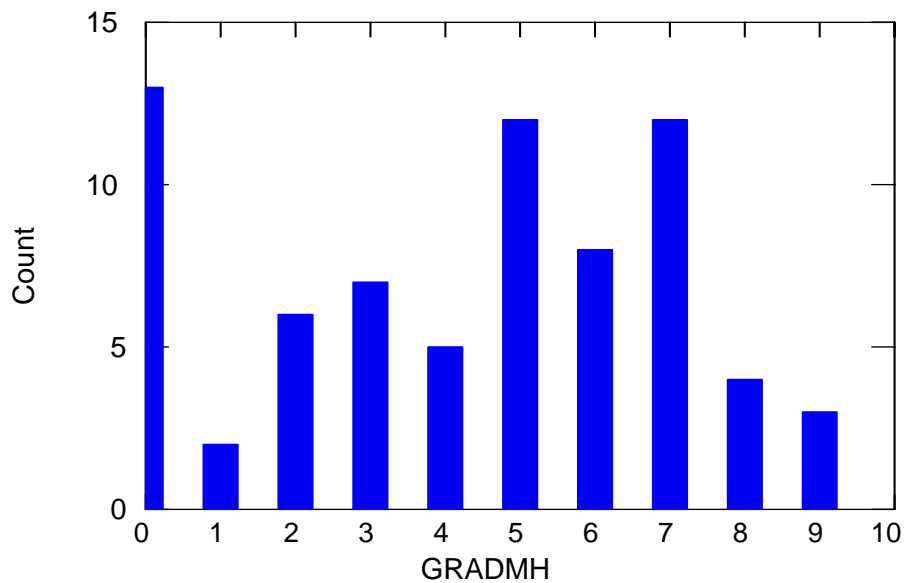
Angaben über die Dauer der Misshandlung in Prozent:



in diesem Schaubild sind die Misshandlungsformen zusammengefasst

Auffällig ist der hohe Prozentsatz derer, die zu Vernachlässigung (63%) und zu den Misshandlungsformen (48 %) gar keine Angaben gemacht hatten.

Der **Schweregrad** der Misshandlung wurde wie folgt eingeschätzt
(0 = keine Schädigung; 10 = akute Gefahr für Leib und Leben):



In 6 Fällen wurden keine Misshandlungsfolgen benannt
In 29 Fällen waren die Folgen unbekannt

In 43 Fällen wurden Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsfolgen bejaht
Dabei wurden die **Folgen** weiter differenziert:

Körperliche Verletzungen	16
Entwicklungsstörungen	23
Verhaltensauffälligkeiten	43
Psychische Störungen	27
Posttraumatische Belastungsstörung	8

Die Angaben zu den Verdächtigten bzw. Tätern:

In 74 Fällen waren der bzw. die Verdächtigten bekannt. In 5 Fällen waren sie unbekannt, bei einem Fall fehlte die Angabe.

Die bekannten Verdächtigen konnten zugeordnet werden:

der Kernfamilie	66
der erweiterten Familie	5
Fremdtätern	8

Davon waren der Misshandlung verdächtig

ein Erwachsener	53
mehrere Erwachsene	15
ein Jugendlicher	3
mehrere Jugendliche	1

Die vorläufige Einschätzung des Gefährdungsrisikos wurde angegeben mit:

akute Gefährdung	19
latente Gefährdung	44
keine Gefährdung	16

Die fallverantwortlichen Melder gingen also in mehr als der Hälfte von einer latenten Gefährdung und in fast einem Viertel der Fälle sogar von einer akuten Gefährdung des betroffenen Kindes aus.

Die bisherigen Interventionen zum Schutz des Kindes waren:

Hausärztliche Diagnostik / Therapie	12
Fachärztliche Diagnostik / Therapie	33
Gespräch mit dem betroffenen Kind	44
Gespräch mit den Eltern	53
Fremdunterbringung	13
Einschaltung weiterer Institutionen	64

Die mit dem Fall in Verbindung gebrachten Institutionen waren

Jugendamt	51
Familiengericht	8
Polizei	20
Opferanwalt	3
Beratungsstellen	11
andere Einrichtungen der Jugendhilfe	27

Die zum Meldezeitpunkt eingeleiteten Maßnahmen zum Schutz des Kindes / Jugendlichen hielten **34 Kinderschützer für ausreichend, 35 für nicht ausreichend.**

Diejenigen, die den Schutz für unzureichend hielten befürworteten weitere

diagnostische Maßnahmen	36
therapeutische Maßnahmen	12
Ergotherapie	1
sozialpädagogische Familienhilfe	9
Erziehungsbeistandschaft	4
heilpädagogische Maßnahmen	2

7.2.2 Meldebögen

Abschnitt 2: Die Sicherheit der fallführenden Person

	sehr sicher und sicher	unsicher
Bzgl. des Verdacht es	54	25
Bzgl. der Schädigung	44	34
Zukünftige Gefährdung	34	44
Planung der Interventionen	43	34

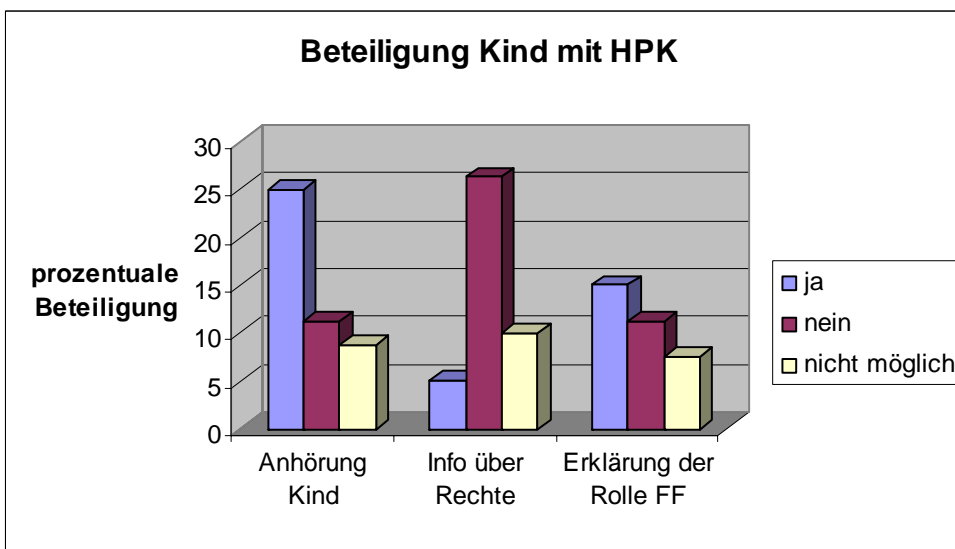
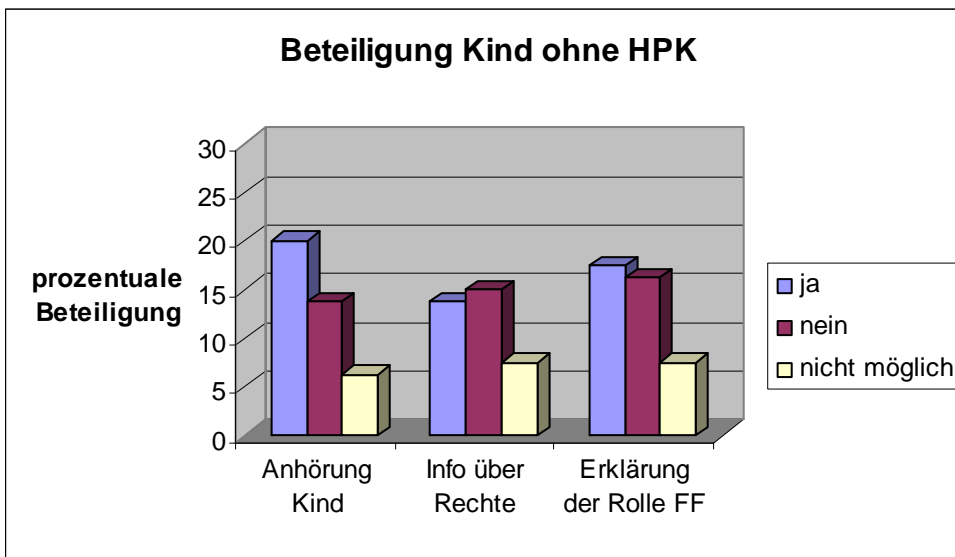
7.2.3. Meldebögen

Abschnitt 3: Qualität der Zusammenarbeit

In 51 der gemeldeten Fälle standen die Institutionen, die bis dahin am Fall beteiligt waren, **miteinander in Verbindung**, in 17 Fällen war dies nicht möglich, vermutlich weil die zeitliche Spanne zwischen Meldung an das Projekt und aktuellem Kenntnisstand noch nicht genügend Klärung erbringen konnte. In 10 Fällen gab es keinen Kontakt mit anderen Institutionen. Die Hinzuziehung weiterer Beteiligter wünschten 36 Melder, genauso viele hielten dies für nicht notwendig.

Die Beteiligung des Kindes / Jugendlichen in Form der Anhörung und der Gelegenheit sich zu äußern hatte es in 80 Fällen gegeben. Die Aufklärung über seine Rechte fand jedoch nur in 15 Fällen statt, hier wurde 14 mal angegeben, dass dies nicht möglich sei, was wahrscheinlich durch das geringe Alter und den Entwicklungsstand des Kindes bedingt ist. Informationen über die geplanten Maßnahmen erhielten nur 27 Kinder und Informationen über die Konsequenzen der Hilfen wurde nur 15 Kindern bzw. Jugendlichen zuteil. Die Rolle des fallverantwortlichen Helfers war in 26 Fällen erklärt worden.

Die folgenden Schaubilder zeigen die Unterschiede in der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen am Hilfeprozess zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe:



Die Sorgeberechtigten waren zum Meldezeitpunkt in 51 Fällen bereits einbezogen worden, in 20 Fällen stand sie als Teil des zu planenden Hilfeprozesses noch aus. In 8 Fällen waren aus Gründen des Schutzes die Eltern noch nicht informiert worden.

7.3 HPK: Erfahrungen, Kasuistiken, HPK-Protokolle

7.3.1 Erfahrungen aus der Arbeit der HPKs:

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Rückmeldungen, die im Rahmen der HPK-Arbeitstreffen mit der Projektleitung artikuliert wurden. Die Erfahrungen aus der Arbeit der HPKs waren insgesamt sehr gut, ihre Arbeit wurde ganz überwiegend als Unterstützung und Hilfe empfunden, in einem Fall wurde die Hilfeprozess-Koordination vorzeitig beendet. Mehrfach war bei den Beratenen der Wunsch nach Fortführung der Arbeit formuliert worden, was aber im Rahmen des Projektes über den definierten Zeitraum hinaus nicht möglich war.

Die Arbeit der HPKs gestaltete sich nach übereinstimmender Auffassung

- **zu 90 % als Supervision**
- **zu 8 % als Kontrolle** in Bezug auf die verabredeten Ergebnisse
- **zu 2 % als Wissensvermittlung**, die sich aus der Beantwortung der auftauchenden Fragen ergeben hat

Alle HPKs hatten den Eindruck, dass es in Verdachtsfällen sehr schnell deutlich wurde, ob dieser Verdacht der Misshandlung begründet ist oder nicht.

Als entscheidendes Merkmal der Arbeit des HPK wurde die Freiheit empfunden, Fragen zu stellen und durch gezieltes Nachfragen Strukturen und Zusammenhänge deutlicher zu machen. Dies ermöglicht den Blick auf das gesamte System und erlaubt, die Verbindungen in einer Zusammenschau „wertfrei“ zu thematisieren, wobei allerdings auch Empfindlichkeiten im Bereich von Hierarchien offenbar werden können. Die Motivationslage der Meldenden wurde als sehr verschieden berichtet, so dass die HPKs bei geringer Motivation zunächst mit den Widerständen gegen die Methode gleichermaßen sensibel und bestimmt umgehen mussten.

Für die Arbeit des HPK ist **zentral wichtig**

- die vorliegenden Informationen von allen Beteiligten zu sammeln
- anzuregen, für die weitere Betreuung der Kinder ein Handlungskonzept zu entwickeln, damit die installierten Hilfen nachhaltig sein können.

Der **Zeithorizont der HPKs** lag damit in der Regel sehr viel weiter, als der des jeweiligen fallführenden Mitarbeiters, der je nach Verweildauer der Familie bzw. des Kindes in seiner Institution nur den ihn betreffenden zeitlichen Abschnitt sieht. Durch die Arbeit des HPK wurde auch die weitere Zukunft des Kindes / Jugendlichen thematisiert.

Als Problemfelder im Rahmen der Hilfeprozess-Koordination wurden benannt:

- die Schwierigkeit der Beratenen, sich emotional mit der Situation von misshandelten Kindern oder Jugendlichen auseinanderzusetzen,
- die sehr unterschiedlichen Erfahrungswerte und Kenntnisse hinsichtlich von Vernachlässigung und Misshandlung bei den Mitarbeitern der einzelnen Institutionen („junge Füchse“ und „alte Hasen“) und durch Mitarbeiterwechsel bedingte Brüche in der Fallarbeit,
- die zeitlichen Belastungen der meldenden Mitarbeiter, die es oft schwierig machte, einen Termin zu finden (insbesondere, wenn mehrere Institutionen beteiligt waren),
- die sehr unterschiedliche Motivationslage der Fallverantwortlichen, die einerseits sehr engagiert aber teilweise auch unzureichend war. Dies zeigte sich daran, es ein Interesse der Meldenden gab, den Hilfeprozess rasch zu beenden, da es ja „kein wirkliches Problem“ gab.

7.3.2 Darstellung unterschiedlicher Verläufe anhand von zwei Beispielen:

Fall 1:

Bei einem einjährigen Jungen besteht der Verdacht auf Vernachlässigung. Dies wird dem Jugendamt gemeldet, weil das Kind aus unklaren Gründen nachts häufig schreit. Aus dem Umfeld heraus war Anzeige erstattet worden. Der anonyme Meldebogen ging am 20.4. beim Projekt ein, es wurde ein HPK zugeordnet und die erste HPK- Sitzung fand am 5.5. statt. Als nächster Handlungsschritt wurde bis zum 12.5. vereinbart, dass die fallverantwortliche Mitarbeiterin des Jugendamtes bei der behandelnden Kinderärztin nachfragt. Bei der zweiten HPK- Sitzung liegen die Ergebnisse vor, es gibt keine Hinweise auf Vernachlässigung oder Misshandlung. Sollten bei der behandelnden Kinderärztin aber Hinweise bekannt werden, wird sie sich mit dem Jugendamt in Verbindung setzen. Der Fall wird abgeschlossen.

Fall 2:

Bei einem vierjährigen Mädchen hatte sich die Mutter mit der Verdachtssituation der sexuellen Kindesmisshandlung an eine Beratungsstelle gewandt. Das Kind war zuvor gynäkologisch untersucht worden mit unklarem Befund. Unklar war auch, ob die ältere Schwester auch sexuelle Übergriffe erlebt hat. Erschwerend war die relative Erziehungsuntüchtigkeit der Mutter und eine konfliktreiche Trennung der Eltern. Der Meldebogen ging am 22.7. ein, es wurde von einer latenten Gefährdung des Kindes ausgegangen, das erste HPK-Treffen fand am 8.10. statt. Die größere Zeitspanne ergibt sich aus der dazwischen liegenden Urlaubszeit und war von Melder und HPK selbständig vereinbart worden. Zur zweiten HPK-Sitzung kam der zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes dazu, insgesamt gab es 5 HPK- Sitzungen. Die bis dahin gemeinsam entwickelte Strategie für die Fallarbeit war nur teilweise erfolgreich, weil die Mutter des Kindes vereinbarte Termine nicht eingehalten hatte. Die im Rahmen des Projektes geleistete Koordination endete nach sechs Monaten.

7.3.3 Die Ergebnisse der HPK-Protokolle:

In den meisten protokollierten Fällen war relativ bald zu erkennen, ob es sich um eine begründete oder eher um eine unbegründete Verdachtssituation handelt. Der Zeitabstand zwischen der Meldung an das Projekt und einem ersten HPK – Treffen war bestimmt von der Dringlichkeit in der Gefährdungseinschätzung des meldenden Mitarbeiters. Die Terminvereinbarung war umso schwieriger, je mehr Institutionen beteiligt waren. In 13 HPK-Fällen war eine weitere Institution außer dem Melder beteiligt, in 10 Fällen zwei weitere Institutionen und in 3 Fällen waren es drei und mehr zusätzlich Beteiligte.

Die Anzahl der HPK - Treffen lag im Durchschnitt bei 2,6.

Die HPK – Falldauer betrug im Durchschnitt 3,1 Monate.

Die als Ergebnis der Hilfeprozess – Koordination vereinbarten **Handlungsschritte** wurden

erreicht	26 mal
teilweise erreicht	13 mal
nicht erreicht	1 mal

In mehr als der Hälfte Fälle, die in der Hilfeprozess – Koordination waren, wurden die Handlungsschritte, die im Konsens vereinbart wurden, auch umgesetzt. Hier kann man durchaus von einer erfolgreichen Zusammenarbeit sprechen.

Zusammenfassend kann man auf der Basis der Rückmeldungen der Berater und der Auswertung der vorliegenden Hilfeplanprotokolle festhalten:

Die Methode HPK ist in hohem Maß auf die fachliche und persönliche Kompetenz der HPKs angewiesen, denn sie sind diejenigen, die die Methode „live“ vermitteln. Diesen hohen Anforderungen sind die Hilfeprozess –

KoordinatorInnen des Projektes in besonderer Weise gerecht geworden. Die Akzeptanz der Methode ist gerade bei einer eher geringen Motivation der Meldenden an das Erleben der Professionalität der Berater geknüpft.

Die durchweg sehr positiven Rückmeldungen, die bei der Projektmitarbeiterin von Meldenden und HPKs angekommen sind, lassen eine sehr gelungene Umsetzung des Projektes im direkten Kontakt vermuten.

Nach einem Jahr des engagierten Umsetzens der Methode wären jetzt gute Voraussetzungen für eine Fortführung gegeben, allerdings ohne bisher die Kostenfrage zu berücksichtigen.

7.4 Evaluation

Die in der regionalen Praxis aus der Arbeit mit Fällen von sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen bewährte Methode HPK wurde im Rahmen dieses Projekts in verschiedenen institutionellen Kontexten implementiert und evaluiert. Ziel war die Überprüfung der Wirksamkeit in der gesamten Breite der Kinderschutzpraxis, d.h. sowohl in psychosozialen wie auch medizinischen Institutionen, in verschiedenen Regionen und im Umgang mit unterschiedlichen Formen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.

7.4.1. Studiendesign

In dieser Studie wurde mit den Prinzipien der Randomisierung und Kontrolle ein wissenschaftlicher Standard wie in der klinischen Forschung etabliert. Mit randomisierten kontrollierten Versuchen (randomized controlled trials, RCT) wird üblicherweise die Wirksamkeit von Medikamenten oder psychotherapeutischen Interventionen überprüft. Als Hauptzielgrößen dieser Studie wurde die Förderung der zwischen den im Kinderschutz tätigen Institutionen koordinierten Fallarbeit und die Stärkung der Handlungskompetenz der jeweils fallführenden Mitarbeiter adressiert.

Um eine möglichst breite und repräsentative Auswahl von Kinderschutzfällen rekrutieren zu können, wurde zunächst eine breite Auswahl von Institutionen (s.o.) als Kooperationspartner für das Projekt gewonnen. Weiterhin wurden keine Ausschlusskriterien formuliert, sondern durch das Prinzip konsekutiver Fallserien aus den jeweiligen Institutionen ein Querschnitt typischer Kinderschutzfälle (s.o.) in die Studie einbezogen. Voraussetzung war allerdings die Bereitschaft der kooperierenden Institutionen, sich auf die HPK-Methode als solche und auf das Prinzip der Randomisierung einzulassen.

Die Randomisierung wurde mittels computergenerierter Zufallslisten nach der Reihenfolge des Eingangs der Fallmeldungen vorgenommen. Hinsichtlich Art des Kinderschutzfalls (intra- vs. extrafamiliäre Täter/Verdächtige) wurde stratifiziert, um bei der begrenzten Fallzahl etwaigen Verzerrungen durch zufällige Ungleichverteilung auf die Gruppen (HPK vs. übliche Praxis) entgegenzuwirken.

7.4.2. Instrumente

Da für die von uns bearbeitete Fragestellung keine standardisierten Evaluationsinstrumente zur Verfügung standen, wurden der Meldebogen und der Evaluationsbogen zur Verlaufsbeurteilung selbst entwickelt. Zu Einzelheiten der Instrumente vgl. Kap. 4.

7.4.3. Fallzahl und Randomisierungserfolg

Insgesamt konnten 80 Patienten rekrutiert werden. Damit wurde das Ziel von 100 rekrutierten Fällen verfehlt, woraus sich eine etwas schlechtere statistische Power der Studie als geplant ergibt, d.h. kleinere Interventionseffekte konnten unter Umständen nicht mit statistischer Signifikanz belegt werden. Die Beendigung der Rekrutierung nach dem 80. Fall wurde zugunsten eines zügigen Abschlusses der Studie beschlossen.

Auf der Basis des beschriebenen Randomisierungsverfahrens wurden 42 Fälle der HPK-Gruppe und 38 Fälle der Kontrollgruppe zugeteilt. Ein Gruppenvergleich hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schweregrad des Misshandlungs-/Vernachlässigungsproblems ergab keine signifikanten Unterschiede, so dass die Randomisierung als erfolgreich gelten kann. Zur Stichprobenbeschreibung vgl. Kap. 7.2.

7.5. Ergebnisse der Evaluation

7.5.1. Misshandlungsformen: Häufigkeiten und Schweregrad

Die von den fallführenden Mitarbeitern wahrgenommenen Formen der Vernachlässigung und/oder Misshandlung wurden zu beiden Messzeitpunkten erfragt. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht zu den Häufigkeiten. Zu berücksichtigen ist, dass mehrere Formen der Vernachlässigung oder Misshandlung bei einem Fall verbunden sein können. Daraus ergeben sich in der Summe größere Häufigkeiten (T1: n=164; T2: n=166; als Fallzahlen (N=80).

Insgesamt zeigen sich kaum Veränderungen in der Fallbeschreibung zwischen den beiden Messzeitpunkten. Im Rahmen der vorgegebenen Klassifikation wurden am häufigsten körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch, Mangel an Schutz oder Aufsicht und Mangel an Kontakt/Zuwendung beschrieben. Auffällig ist die relativ hohe Quote fehlender Angaben, die auf Unsicherheiten in der Beurteilung des vorliegenden Misshandlungsprobleme hindeuten könnte.

Tab. 1: Häufigkeiten von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch, einschließlich Verdachtsfälle, zu beiden Messzeitpunkten (Mehrfachnennungen möglich)

	<i>T1</i>			<i>T2</i>		
	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>k.A.</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>k.A.</i>
Vernachlässigung Nahrung	17	5	58	20	7	53
Vernachlässigung Zuwendung	8	26	46	14	27	39
Vernachlässigung Schutz	7	32	41	11	29	40
Vernachlässigung medizinisch	14	10	56	18	11	51
Misshandlung seelisch	11	22	47	11	27	42
Misshandlung körperlich	11	37	32	15	37	28
Misshandlung sexuell	12	32	36	18	28	34
Summen		164			166	

Der wahrgenommene Schweregrad der Misshandlung/Vernachlässigung wurde im Meldebogen anhand der wahrgenommenen Misshandlungsfolgen auf einer 10stufigen Rating-Skala zwischen den Polen 0 (= keine Misshandlungsfolgen) und 10 (= schwerste Misshandlung mit Gefahr für Leib und Leben) erfasst. Abb. 4 demonstriert die Verteilung der Schweregrad-Einschätzungen in beiden Gruppen. Es zeigt sich, dass mit Ausnahme des Extrempols 10 die gesamte Breite der Skala ausgeschöpft wurde.

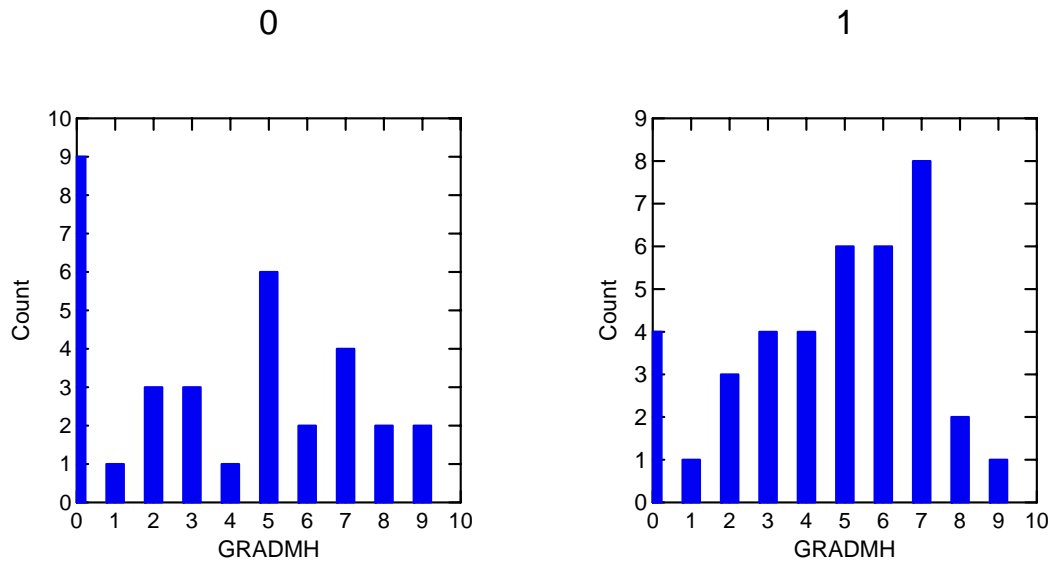


Abb. 4: Einschätzung des Schweregrads der Misshandlung/Vernachlässigung auf der 10stufigen Rating-Skala, getrennt dargestellt für die Kontrollgruppe (li) und die HPK-Gruppe (re.)

7.5.2. Vergleich HPK vs. Kontrollgruppe hinsichtlich Misshandlungsformen

Der Gruppenvergleich (vgl. Abb. 4) zeigt eine leichte, jedoch statistisch nicht signifikante Tendenz zu einem höheren Schweregrad der Misshandlung/Vernachlässigung in der HPK-Gruppe, verglichen mit der Kontrollgruppe: MW HPK= 4,7 (SD 2,5) gegenüber MW KG = 3,8 (SD 3,1); $t=1,4$; $p = .18$).

Tabelle 2 zeigt die beschriebenen Häufigkeiten der verschiedenen Misshandlungsformen im Gruppenvergleich.

Tab. 2: Häufigkeiten von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch, einschließlich Verdachtsfälle zu T2, getrennt nach Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	HPK			KG			χ^2	p
	nein	ja	k.A.	nein	ja	k.A.		
Vernachlässigung Nahrung	14	4	24	6	3	29	3.6	ns
Vernachlässigung Zuwendung	10	16	16	4	11	23	4.6	.102
Vernachlässigung Schutz	6	18	18	5	11	22	2.0	ns
Vernachlässigung medizinisch	12	8	22	6	3	29	5.0	.08
Misshandlung seelisch	6	17	19	5	10	23	2.1	ns
Misshandlung körperlich	9	17	16	6	20	12	1.2	ns
Misshandlung sexuell	9	14	19	9	14	15	<1	ns
Summen		94			72			

Hierbei zeigen sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Fallmerkmalen der HPK-Gruppe und der Kontrollgruppe. Lediglich im Bereich Mangel an Schutz/Aufsicht und im Bereich Mangel an medizinischer Versorgung zeigt sich ein statistischer Trend zu einem häufigeren Vorkommen dieser Misshandlungsformen in der HPK-Gruppe.

7.5.3. Folgen der Misshandlung/Vernachlässigung

Ebenfalls zu beiden Messzeitpunkten wurden die wahrgenommenen Misshandlungsfolgen anhand einer Mehrfachauswahlliste erfasst (vgl. Tab. 3). Dabei zeigte sich, dass zu T1 in 43 Fällen und zu T2 in 45 Fällen eine Schädigung der Kinder und Jugendlichen festgestellt worden war. Zu T2 wurde eine Schädigung lediglich in 6 Fällen ausgeschlossen, zu T2 immerhin schon in 22 Fällen. In den übrigen Fällen trauten sich die Probanden keine sichere Einschätzung zu, oder es fehlten Angaben.

Tab. 3: Folgen der Misshandlung/Vernachlässigung, zu beiden Messzeitpunkten
(Mehrfachschädigung möglich)

	T1				T2			
	nein	ja	unbek.	k.A.	nein	ja	unbek.	k.A.
Schädigung überhaupt	6	43	29	2	22	45	10	3
Körperl. Verletzung(en)	6	43	29	2	22	45	10	3
Entwicklungsstörungen	5	22	8	22	8	25	7	17
Verhaltensauffälligkeiten	1	36	4	16	4	40	4	9
Psychische Störungen	2	24	11	20	3	23	13	18
Posttraumatische Belastungsstörung	7	8	17	25	15	11	13	18
Summe		176				189		

Zwischen den beiden Messzeitpunkten ergaben sich Verschiebungen in der Beurteilung der Folgen in der Weise, dass der Ausschluss von Schäden häufiger wurde und entsprechend die Anzahl nicht beurteilbarer Folgen abnahm, während die Anzahl der zutreffenden Schädigungen insgesamt weitgehend unverändert blieb.

In der Rangreihe von wahrgenommenen Misshandlungsfolgen wurden an erster Stelle körperliche Verletzungen (T2: 45 Fälle), gefolgt von Verhaltensauffälligkeiten (40 Fälle), Entwicklungsstörungen (25 Fälle), psychische Störungen allgemein (23 Fälle) und posttraumatische Belastungsstörungen (11 Fälle) berichtet. Zu berücksichtigen sind auch hier Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien bzw. das verbundene Auftreten mehrerer Misshandlungsfolgen.

Tabelle 4 zeigt eine Darstellung der zu T2 berichteten Misshandlungsfolgen, getrennt für beide Gruppen. Hierbei zeigen sich in den meisten Bereichen keine Gruppenunterschiede, mit Ausnahme der posttraumatischen Belastungsstörungen, die in der Kontrollgruppe signifikant häufiger bejaht und seltener verneint wurden als in der HPK-Gruppe, möglicherweise ein Effekt der Supervision in der HPK-Gruppe.

Tab. 4: Folgen der Misshandlung/Vernachlässigung, eingeschätzt zu T2, getrennt nach Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	HPK			KG			χ^2	p
	nein	ja	unbek./ k.A.	nein	ja	unbek./ k.A.		
Schädigung überhaupt	11	23	8	11	22	5	<1	ns
körperliche Verletzung(en)	11	3	28	6	7	25	3.0	ns
Entwicklungsstörungen	7	13	22	2	12	24	2.7	ns
Verhaltensauffälligkeiten	3	22	17	1	19	18	1.1	ns
psychische Störungen	2	13	27	1	11	26	<1	ns
Posttraumatische Belastungsstörung	12	4	26	3	7	28	6.1	.047

7.5.4. Bilanz des Kinderschutzes zu T2

Zum zweiten Messzeitpunkt wurden die fallführenden Mitarbeiter gebeten, das aktuelle Risiko hinsichtlich einer anhaltenden Kindeswohlgefährdung und die Suffizienz der bis dahin ergriffenen Kinderschutzmaßnahmen einzuschätzen.

Hinsichtlich der Risikoeinschätzung wurde zwischen drei Stufen unterschieden: keine Hinweise auf Gefährdung, latente oder akute Gefährdung. Tabelle 5 zeigt die Risikoeinschätzung getrennt für beide Gruppen. In jeweils 15 Fällen schlossen die Probanden eine Kindeswohlgefährdung aus, eine latente Gefährdung wurde in 24 Fällen (HPK-Gruppe) bzw. in 18 Fällen (KG) gesehen, in 3 bzw. 5 Fällen beschrieben die Probanden eine weiterhin akute Gefährdung des Kindes/Jugendlichen. Die Gruppenunterschiede in dieser Variable sind nicht statistisch signifikant.

Tab. 5: Gefährdungseinschätzung zu T2, getrennt für Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	HPK	KG	χ^2	p
keine Hinweise für Gefährdung	15	15		
latente Gefährdung	24	18		
akute Gefährdung	3	5	1.2	ns

In der Frage, ob die bisherigen Schutzmaßnahmen für ausreichend gehalten werden, zeigte sich ein statistischer Trend zugunsten der HPK-Gruppe. Während in der Kontrollgruppe 50 % der Probanden keinen ausreichenden Kinderschutz beschrieben, lag dieser Anteil in der HPK-Gruppe nur bei ca. 30 % (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Suffizienz der Kinderschutzmaßnahmen, eingeschätzt zu T2, getrennt für Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	χ^2	<i>p</i>
Maßnahmen ausreichend	29	19		
Maßn. nicht ausreichend	13	19	3.0	.082

In beiden Gruppen betrug zu T2 der Anteil als nicht abgeschlossener Fälle ca. 60 % (vgl. Tab. 7). Hier zeigt sich somit eine deutliche Varianz in der Dauer der Bearbeitung von Kinderschutzfällen, wobei die Mehrzahl der Fälle länger als die in dieser Studie gewählte Beobachtungsphase von sechs Monaten geführt wurde.

Tab. 7: Häufigkeit abgeschlossener Fälle zu T2, getrennt für Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	χ^2	<i>p</i>
abgeschlossen	17	15		
nicht abgeschlossen	25	23	<1	ns

7.5.5. Häufigkeit und Spektrum der ergriffenen Schutzmaßnahmen

Ebenfalls in einer Mehrfachauswahlliste wurde zu T2 erfragt, welche Interventionen zum Schutz des Kindes/Jugendlichen bis zum Befragungszeitpunkt ergriffen wurden (vgl. Tab. 8). In der Häufigkeitsrangreihe überwiegen in beiden Gruppen Gespräche mit den Sorgeberechtigten, Gespräche bzw. Verhaltensbeobachtungen mit dem Kind/Jugendlichen, die Beteiligung des Jugendamts und Konsultationen beim Hausarzt oder Facharzt. Immerhin wurden in jeweils sieben Fällen Fremdunterbringungen zum Schutz des Kindes veranlasst, in jeweils fünf Fällen wurde das Familiengericht eingeschaltet. Hinsichtlich der Häufigkeit spezifischer Interventionen ergab sich zwischen den Gruppen in den meisten Kategorien kein Unterschied. Lediglich die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden wurde von den Probanden der HPK-Gruppe signifikant seltener berichtet als von den Probanden der Kontrollgruppe. Während in der HPK-Gruppe Polizei oder Staatsanwalt nur in etwa jedem zehnten Fall beteiligt war, traf dieser Umstand in der Kontrollgruppe in fast jedem dritten Fall zu.

Tab. 8: Zu T2 erfolgte Maßnahmen, getrennt für Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	χ^2	<i>p</i>
Hausarzt	12	8	<1	ns
Facharzt	22	18	<1	ns
Gespräch/Verhaltensbeobachtung Kind/Jgdl.	29	26	<1	ns
Gespräch Sorgeberechtigte	35	30	<1	ns
Fremdunterbringung	7	7	<1	ns
Einschaltung Jugendamt	30	25	<1	ns
Einschaltung Familiengericht	5	5	<1	ns
Einschaltung Polizei/ Staatsanwaltschaft	4	12	6,1	.01
Einschaltung Opferanwalt	1	2	<1	ns
Einschaltung Beratungsstelle	9	10	<1	ns

Ein wesentlicher Aspekt unserer Evaluation betraf die Fragen der Zusammenarbeit mit anderen am Fall beteiligten Institutionen und die Koordination von Kinderschutzmaßnahmen („Vernetzung“). Hierzu wurden die

Probanden am zweiten Messzeitpunkt befragt, wie sie die Effektivität der Zusammenarbeit im jeweiligen Fall beurteilten und welche Verbesserungsvorschläge sie ggf. bejahen würden.

Die Beurteilung der Kooperation erfolgte auf einer fünfstufigen Ratingskala. 63 % aller Probanden bewerteten die Kooperation rückblickend als gut oder sehr gut, 27 % als ausreichend, und 10 % als mangelhaft oder sehr schlecht. Es gab in dieser Variable keinen signifikanten Gruppenunterschied.

Die per Mehrfachauswahlliste abgefragten Verbesserungswünsche (vgl. Tab. 8a) wiesen aus, dass ich in beiden Gruppen einzelne Probanden eine genauere Einhaltung von Arbeitsabsprachen wünschten, eine Reihe von Probanden wünschten sich jeweils mehr Wissen über andere Institutionen und mehr Wissen über die Dynamik im Helfersystem. Das Herbeiführen genauerer Arbeitsabsprachen wünschten sich signifikant mehr Probanden der HPK-Gruppe (n = 8) verglichen mit der Kontrollgruppe (n = 2), wahrscheinlich ein Effekt der im Rahmen der HPK systematisch betriebenen Empfehlung präziser Absprachen in der Aufteilung von Kinderschutzaufgaben.

Tab. 8a: Ggf. Wünsche zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, getrennt für Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	χ^2	<i>p</i>
	<i>Ja/nein</i>	<i>Ja/nein</i>		
Genauere Arbeitsabsprachen	8/7	2/10	3,8	.05
Einhaltung der Absprachen	3/12	4/8	<1	ns
Mehr Wissen über andere Institutionen	6/9	5/7	<1	ns
Mehr Wissen über Dynamik im Helfersystem	5/10	7/5	1,7	ns

7.5.6. Sicherheit der fallführenden Mitarbeiter in Kinderschutzfragen

Die Selbsteinschätzung der Probanden zu ihrer Sicherheit in der Fallführung wurde mittels vier fünfstufigen Ratingskalen zu Beginn der Fallarbeit und nach sechs Monaten erfasst. Die Skalen reichten von 1 (sehr sicher) über 2 (sicher), 3 (eher unsicher), 4 (unsicher) bis zu 5 (sehr unsicher). Die Mehrzahl der

Probanden schrieben sich bereits zu T1 eine sichere oder sehr sichere Fallführung zu (vgl. Abb. 5), so dass nur bei einem Teil der beteiligten Kinderschützer überhaupt noch Verbesserungen zu erreichen waren.

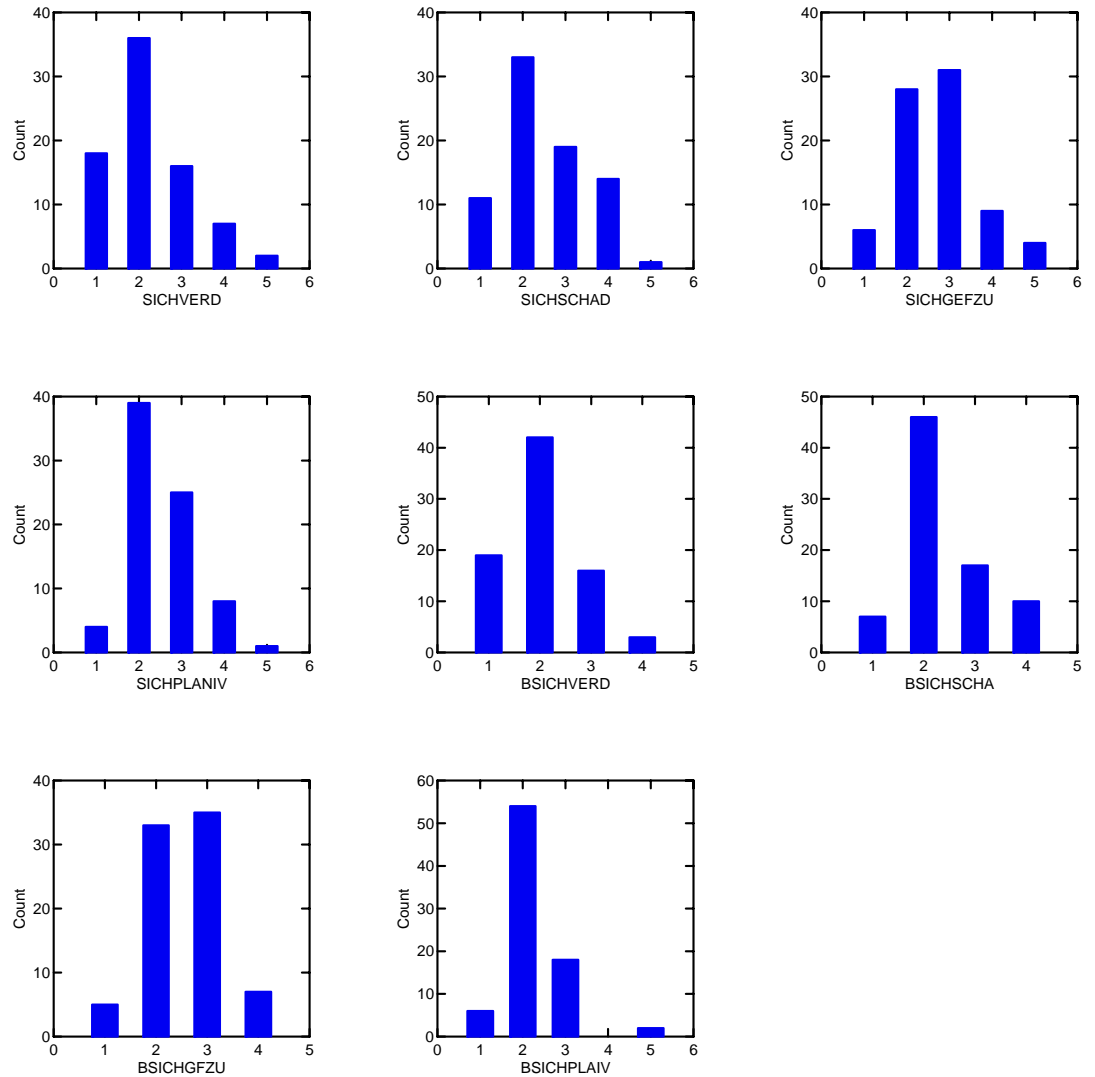


Abb. 5: Verteilung der Rohwerte in der selbst eingeschätzten Sicherheit der Verdachtseinordnung (SICHVERD), der Folgebewertung (SICHSCHA), der Risikoabschätzung (SICHGFZU), und der Interventionsplanung (SICHPLAN), 1 = sehr sicher, 2 = sicher, 3 = teils/teils, 4 = unsicher, 5 = sehr unsicher

Die Frage der Veränderungen in der selbst zugeschriebenen Kompetenz der Probanden wurde mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVAs) für zwei Gruppen (HPK vs. KG) und zwei Messzeitpunkte (T1 vs. T2) statistisch untersucht (vgl. Tab. 9). Hierbei können Effekte der Gruppenzugehörigkeit (HPK oder KG), der Zeit (Beginn des Falls vs. sechs Monate später) und Effekte der Intervention (Interaktion Gruppe x Zeit) unterschieden werden. Wie aus Tab.

9a ersichtlich, liegen die Gruppenmittelwerte der Selbsteinschätzungen im mittleren Bereich der Skala.

Die statistische Analyse zeigt keinen signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit, somit waren beide Gruppen in ihrem Niveau der selbstzugeschriebenen Kompetenz ähnlich. Signifikante Effekte der Zeit im Sinne einer Verbesserung der Sicherheit zwischen Beginn der Fallbearbeitung und der zweiten Messung nach sechs Monaten zeigten sich in den Dimensionen Verdachtseinschätzung und Interventionsplanung. Ein statistischer Trend zugunsten der HPK-Methode zeigte sich in der Dimension Interventionsplanung, d.h. Teilnehmer an der HPK zeigten eine etwas stärkere Zunahme ihrer Planungssicherheit als die Probanden der Kontrollgruppe.

Differentielle Effekte der auf die Sicherheit der Fallführenden ergaben sich je nach Schweregrad der Misshandlung/Vernachlässigung. Bezieht man nur die Fälle von mittlerem oder hohem Schweregrad ein (≤ 5 auf der Skala von 0 bis 10), ergeben sich ein knapp signifikanter Effekt der HPK-Methode auf die Sicherheit bei der Verdachtseinschätzung und ein deutlich signifikanter Effekt auf die Sicherheit der Einschätzung von Misshandlungsfolgen (siehe Tab. 9b). In der post-hoc Analyse zeigt sich im einzelnen, dass die Sicherheit in den beiden genannten Dimensionen zwischen den beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe bei einem hohen Ausgangsniveau noch zunahm, während die Sicherheit in der HPK-Gruppe eher abnahm.

Tab. 9a: 2 x 2 Varianzanalysen mit Messwiederholung, für zwei Gruppen (HPK: n = 42, KG: n = 38) hinsichtlich der Sicherheit der Fallführenden in der Verdachtsbeurteilung, der Einschätzung von Misshandlungsfolgen, der Gefährdungseinschätzung und der Interventionsplanung (fünfstufige Ratingskalen zwischen 1 = sehr sicher und 5 = sehr unsicher)

	<i>T1</i>		<i>T2</i>		<i>Gruppe</i>		<i>Zeit</i>		<i>Gruppe x Zeit</i>	
	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>						
Verdachtseinschätzung	2,24 (1,07)	2,21 (0,91)	2,10 (0,73)	1,97 (0,82)	<1	ns	2,93	.091	<1	ns
Folgeneinschätzung	2,47 (1,06)	2,53 (0,92)	2,50 (0,83)	2,24 (0,79)	<1	ns	1,35	ns	1,91	ns
Gefährdungseinschätzung	2,78 (1,03)	2,63 (0,88)	2,62 (0,73)	2,47 (0,76)	<1	ns	1,75	ns	<1	ns
Interventionsplanung	2,64 (0,87)	2,39 (0,72)	2,17 (0,49)	2,29 (0,87)	<1	ns	7,33	.008	2,90	.093

Tab. 9b: 2 x 2 Varianzanalysen mit Messwiederholung, für 2 Gruppen (HPK: n = 23, KG: n = 16) hinsichtlich der Sicherheit der Fallführenden, nur Fälle mit mittlerem oder höherem Schweregrad der Misshandlung/Vernachlässigung

	<i>T1</i>		<i>T2</i>		<i>Gruppe</i>		<i>Zeit</i>		<i>Gruppe x Zeit</i>	
	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	<i>HPK</i>	<i>KG</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>						
Verdachtseinschätzung	1,74 (0,75)	1,94 (0,77)	2,09 (0,79)	1,69 (0,79)	<1	ns	<1	ns	3,87	.057
Folgeneinschätzung	2,09 (1,00)	2,19 (0,75)	2,57 (0,95)	1,94 (0,85)	1,04	ns	<1	ns	6,44	.015
Gefährdungseinschätzung	2,44 (0,95)	2,31 (0,60)	2,65 (0,78)	2,31 (0,79)	1,39	ns	<1	ns	<1	ns
Interventionsplanung	2,64 (0,85)	2,50 (0,82)	2,26 (0,45)	2,50 (1,16)	<1	ns	1,42	ns	1,42	ns

7.5.7. Zeitaufwand pro Kinderschutzfall

Ein in der Vorbereitungsphase des Projekts wiederholt von der Leitungsebene in einigen Institutionen geäußertes Einwand gegen die HPK-Methode betraf den befürchteten Mehrverbrauch zeitlicher Ressourcen der fallführenden Mitarbeiter. In der Evaluation wurden die Probanden beider Gruppen gebeten, den Zeitaufwand in Stunden und Minuten für jeden Fall retrospektiv anzugeben, untergliedert in die Bereiche direkte Fallarbeit (face-to-face Kontakte mit den Betroffenen), indirekte Fallarbeit (Dokumentation, Visiten/Teambesprechungen, Telefonate, HPK, Helferkonferenzen, etc.), und zeitliche Belastung für andere innerhalb derselben Institution am Fall beteiligte Mitarbeiter. Die Zahl der innerhalb der Institution beteiligten Mitarbeiter wurde ebenfalls erfasst. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Die Angaben zur zeitlichen Belastung zeigen eine erhebliche Varianz, wie aus den in Tab. 10 angegebenen Spannweiten und Standardabweichungen ersichtlich wird. Die Minimalwerte pro Fall werden mit ca. 30 Minuten in der Kontrollgruppe und ca. 90 Minuten in der HPK-Gruppe angegeben, die Maximalwerte liegen im Bereich von 50 bis 100 Stunden pro Fall. Als Durchschnittswert für die Summe der direkten und indirekten Fallarbeit des fallführenden Mitarbeiters ergeben sich Werte um 20 Stunden. Zur Veranschaulichung ist die Verteilung der Angaben zum Zeitaufwand in Abbildung 6 grafisch dargestellt, getrennt für beide Gruppen.

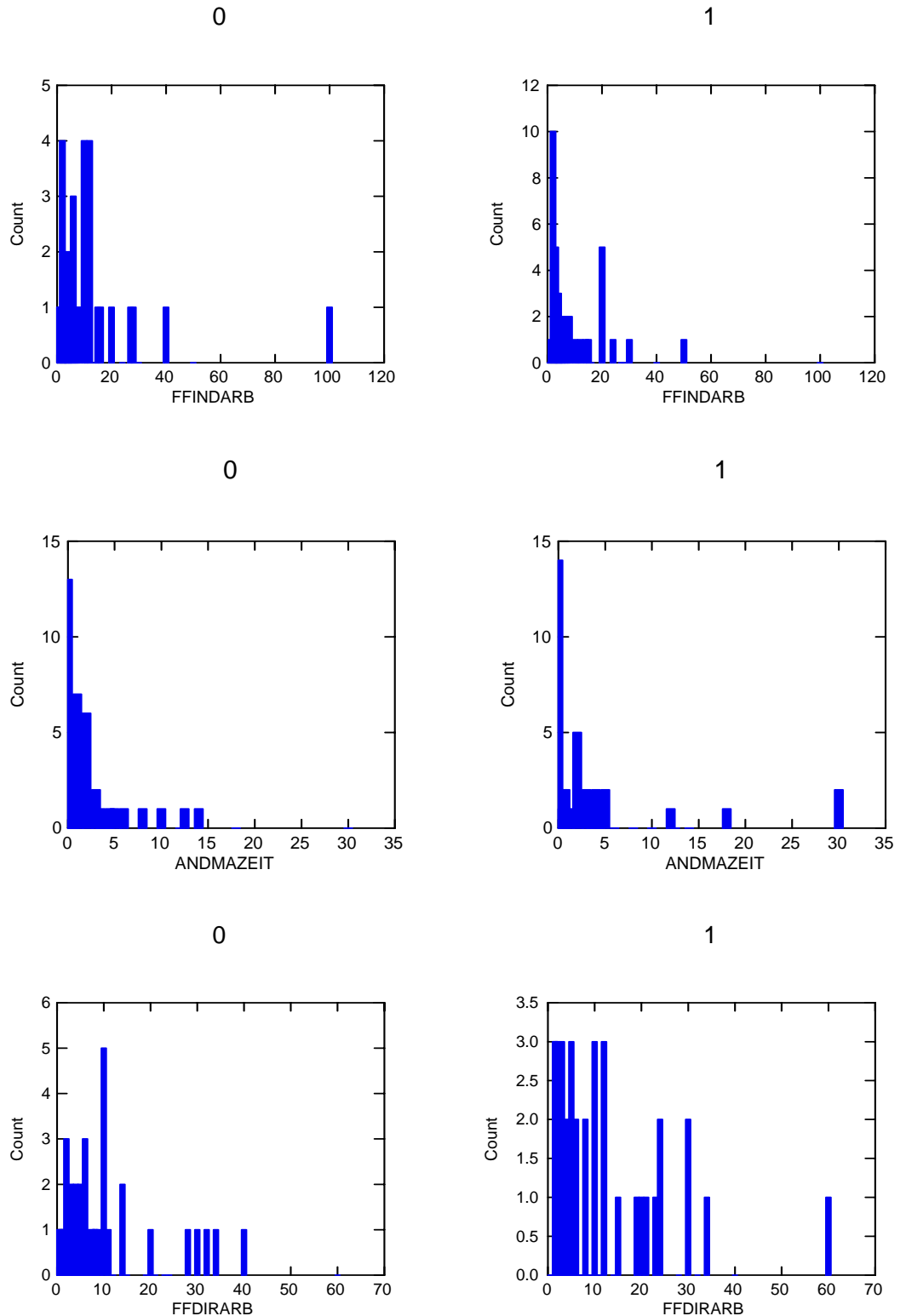


Abb. 6: Zeitaufwand in Stunden pro Fall, aufgeteilt in direkte Fallarbeit (FFDIRARB), indirekte Fallarbeit (FFINARB) und Zeitaufwand für andere beteiligte Mitarbeiter (ANDMAZEI), getrennt für die Kontrollgruppe (0) und die HPK-Gruppe (1).

Die prüfstatistische Analyse von Gruppendifferenzen mittels χ^2 - Tests zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Zeitaufwand pro Fall in der HPK-Gruppe und in der Kontrollgruppe. Somit kann die Hypothese, HPK verbrauche zusätzliche Ressourcen, zurückgewiesen werden.

Tab. 10: Zeitaufwand der Mitarbeiter in Stunden für die Bearbeitung eines Kinderschutzfalls und Anzahl der innerhalb derselben Institution am Fall beteiligten Mitarbeiter, getrennt nach Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	<i>HPK</i>			<i>KG</i>			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Spanne</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Spanne</i>		
direkte Fallarbeit (face to face)	11,6	12,1	1,5 – 60,0	10,2	10,1	0,5 – 40,0	<1	ns
indirekte Fallarbeit	8,8	9,9	1,3 – 50,0	11,3	17,0	0,5 – 100,0	<1	ns
Anzahl anderer am Fall beteiligter Mitarbeiter	1,8	3,8	0 – 24	1,6	2,0	0 – 8	<1	ns
Zeitaufwand der anderen Mitarbeiter	3,7	7,4	0 – 30,0	2,5	3,6	0 – 14,0	<1	ns

7.5.8. Partizipation der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Sorgeberechtigten

Ein bei Kinderschutzinterventionen immer wieder kritisiertes Phänomen ist die mangelnde Beteiligung der betroffenen Opfer und Sorgeberechtigten am Hilfeplanungsprozess. Das Ausmaß der Partizipation wurde im Evaluationsbogen in Form einer Checkliste mit einem dreistufigen Antwortformat (ja/nein/nicht möglich) erfragt. Die folgenden Aspekte waren in der Checkliste abgebildet: Erfolgte direkte Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen bzw. Kontakte mit Verhaltensbeobachtungen? Wurden die betroffenen Kinder/Jugendlichen hinsichtlich ihrer Rechte aufgeklärt? Wurden sie über die geplanten Maßnahmen und über deren voraussichtlichen Konsequenzen informiert? Wurde ihnen die Rolle des fallführenden Mitarbeiters erklärt? Wurden die Sorgeberechtigten in den Prozess der Verdachtsklärung und ggf. Interventionsplanung einbezogen? Wurden sie mit dem Verdacht oder der Diagnose einer Misshandlung/Vernachlässigung ihres Kindes konfrontiert?

Die Ergebnisse sind Tabelle 11 zu entnehmen. Am häufigsten – wenn auch nicht in allen Fällen – erfolgte eine Konfrontation und Einbeziehung der Sorgeberechtigten, gefolgt von face-to-face-Kontakten mit dem Kind/Jugendlichen und Information des Kindes/Jugendlichen über die geplanten Maßnahmen. Eine rechtliche Aufklärung erhielt nur eine Minderheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Im Gruppenvergleich zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen HPK-Gruppe und Kontrollgruppe in den Dimensionen Gespräch/Verhaltensbeobachtung mit dem Kind, Information des Kindes über geplante Maßnahmen, Aufklärung über die Aufgaben des Fallführenden und Einbeziehung/Konfrontation der Sorgeberechtigten. Die Probanden der HPK-Gruppe gaben verglichen mit der Kontrollgruppe signifikant seltener an, das Kind über seine Rechte aufgeklärt und über die Konsequenzen der eingeleiteten Hilfen aufgeklärt zu haben.

Tab. 12: Beteiligung der Kinder/Jugendlichen und Beteiligung der Sorgeberechtigten, eingeschätzt zu T2, getrennt nach Interventionsgruppe (n=42) und Kontrollgruppe (n=38)

	HPK				KG				χ^2	p
	ja	nein	nicht möglich	k.A.	ja	nein	nicht möglich	k.A.		
Gespräch Kind/Jgdl.	31	6	4	1	28	3	6	1	1,4	ns
rechtliche Aufklärung Kind/Jgdl.	7	19	9	7	17	7	8	6	9,7	.02
Information Kind/Jgdl. über geplante Massnahmen	21	10	8	3	21	4	8	5	2,9	ns
Information Kind/Jgdl. über Konsequenzen der Hilfen	13	13	12	4	16	4	8	10	8,3	.04
Aufklärung Kind/Jgdl. über Rolle des Fallführenden	23	9	7	3	21	4	8	5	2,4	ns
Einbeziehung des/r Sorgeberechtigten	33	9	-	-	33	5	-	-	1,2	ns
Konfrontation des/r Sorgeberechtigten mit MH/VN	35	7	-	-	34	4	-	-	<1	ns

7.6. Zusammenfassung und Diskussion

Die Evaluationsergebnisse sollen nun zusammengefasst und diskutiert werden. Auf der Basis der vorliegenden ersten Ergebnisse soll die HPK-Methode vorläufig bewertet werden, und es sollen Schlussfolgerungen für die weitere Kinderschutzpraxis aufgezeigt werden.

Die Implementierung der HPK-Methode im Rahmen dieses Projekts stieß in den angefragten Institutionen auf ein unterschiedliches Echo. Teilweise wurden Widerstände gegen die Methode geäußert, die vor allem von der Amtsleitungsebene mit einem befürchteten Mehraufwand für die Mitarbeiter begründet wurden. Einige Institutionen sagten zunächst ihre Beteiligung an dem Projekt zu, meldeten dann jedoch im Erhebungsraum keine Fälle. Andere Institutionen – vor allem freie Träger und Praxen - waren ohne Einschränkungen zur Mitwirkung am Projekt bereit und meldeten eine größere Anzahl von Fällen. Widerstände gegen die Randomisierung mit der Aussicht auf eine 50%- Chance für eine Zuweisung zur HPK-Methode wurden nur vereinzelt geäußert. Die eher schleppende Rekrutierung von Fällen im Erhebungszeitraum des Projekts muss insgesamt mit den genannten Widerständen in Zusammenhang gebracht werden, die es bei der Einführung einer neuen Methode wie HPK zu überwinden gilt. Ein möglicher – wenn auch von den Vertretern der Institutionen nicht direkt artikulierter - Hintergrund für diese Widerstände könnte auch die befürchtete Kontrolle der Kinderschutzarbeit in der eigenen Institution durch die externen Hilfeprozess-Koordinatoren sein. Die Motivation der Probanden in der HPK-Gruppe zur aktiven Mitarbeit war nach Einschätzung der Hilfeprozesskoordinatoren fast ausnahmslos positiv.

Die Analyse der Meldebögen hinsichtlich der Fallmerkmale in unserer Stichprobe zeigte das für die Kinderschutzpraxis typische heterogene Bild hinsichtlich Art und Schwere der Misshandlungs- und Vernachlässigungsprobleme. Außerdem bildet sich in den oft fehlenden Angaben zu Einzelheiten der Misshandlungen die Unsicherheit in der Beurteilung der Kinderschutzproblematik des jeweiligen Einzelfalls ab. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle ist dem Bereich intrafamiliärer Gewalt, intrafamiliärer Vernachlässigung und intrafamiliären sexuellen

Missbrauchs zuzuordnen. Häufig sind unterschiedliche Misshandlungs- und Vernachlässigungsformen miteinander verbunden.

Die beschriebenen Folgen für die Opfer reichen von körperlichen Schäden über psychische Störungen und Entwicklungsstörungen. Kinderschutzfälle aus allen Altersgruppen zwischen 0 und 18 Jahren und beide Geschlechter sind in unserer Stichprobe ausgewogen vertreten.

Die Evaluation bezieht sich auf den Zeitraum der ersten sechs Monate der Fallarbeit. Wie sich an den Rückmeldungen der Fallverantwortlichen gezeigt hat, waren zu diesem Zeitpunkt 40 % der Fälle abgeschlossen.

Gesicherte Aussagen zu Effekten der HPK-Methode können im Vergleich mit der konventionellen Kinderschutzarbeit in der Kontrollgruppe erfolgen.

Betrachtet man die Beschreibungen der Misshandlungs- und Vernachlässigungsformen zu T2, so fällt im Gruppenvergleich eine allerdings nicht signifikante Tendenz zur stärkeren Wahrnehmung von mangelnder Zuwendung und mangelnder medizinischer Versorgung durch die Probanden der HPK-Gruppe auf. Möglicherweise ist dies ein Hinweis für eine Sensibilisierung der HPK-Teilnehmer für die ansonsten eher übersehenen Vernachlässigungsprobleme.

In der Beurteilung der Misshandlungsfolgen zu T2 zeigten sich kaum Gruppenunterschiede, bis auf eine signifikant seltenere Diagnose von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) durch die Probanden der HPK-Gruppe. Hier könnte sich ein Beratungs- bzw. Supervisionseffekt in der Weise andeuten, dass die fachliche Überprüfung von diagnostischen Kriterien durch die Hilfeprozesskoordinatoren falsch positive PTBS-Diagnosen reduziert.

Bei der Gesamtbeurteilung zum Grad des nach sechs Monaten erreichten Kinderschutzes zeigte sich ein statistischer Trend zugunsten der HPK-Gruppe. Die Probanden der HPK-Gruppe waren zu zwei Dritteln der Meinung, dass zu diesem Zeitpunkt ausreichende Schutzmaßnahmen ergriffen waren, während in der Kontrollgruppe nur die Hälfte der Probanden diese Auffassung vertraten. In beiden Gruppen wurde allerdings nur in der Minderzahl der Fälle eine weitere Gefährdung des Kindes/Jugendlichen ausgeschlossen. Hierbei dürfte es sich vor allem um leichte Misshandlungsformen oder um nicht begründete Verdachtsfälle handeln.

Etwas mehr als die Hälfte der Fälle wurde in beiden Gruppen als latent weiterhin gefährdet eingeschätzt.

Hinsichtlich des Spektrums der berichteten Kinderschutzmaßnahmen zeigt sich erwartungsgemäß in beiden Gruppen als häufigste Maßnahme eine Beteiligung des zuständigen Jugendamts in etwa 70 % aller Fälle. Auf das Opfer und die Sorgeberechtigten direkt bezogene Maßnahmen wurden ebenfalls in den meisten Fällen durchgeführt. Medizinische Maßnahmen wurden in beiden Gruppen in etwas mehr als der Hälfte der Fälle berichtet, in etwa einem Viertel der Fälle waren Beratungsstellen beteiligt. Ein signifikanter Effekt der HPK-Methode zeigt sich in der selteneren Veranlassung von Strafanzeigen. Möglicherweise ist dies damit zu erklären, dass von den Teilnehmern der HPK den Kinderschutzmaßnahmen im Rahmen der Medizin, der Jugendhilfe und des Zivilrechts nach dem Prinzip „Hilfe vor Strafe“ Vorrang eingeräumt wird. Außerdem könnte in der HPK-Gruppe eine größere Zurückhaltung gegenüber Strafanzeigen bestehen, weil Belastungen der kindlichen Opferzeugen durch die Ermittlungsmaßnahmen befürchtet werden, oder weil aufgrund der Sachlage keine hinreichende Grundlage für eine Anklageerhebung gegen den Täter bzw. Verdächtigen gesehen wird. In dem aufgrund der geringen Häufigkeitszahlen allerdings mit Vorsicht zu interpretierenden Befund unserer Evaluation könnte sich somit ein Effekt der Beratung der Fallführenden im Rahmen der HPK zugunsten einer Zurückstellung von Strafanzeigen abbilden.

Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wurde in beiden Gruppen rückblickend als überwiegend konstruktiv bezeichnet. Allerdings gibt es in beiden Gruppen einen Anteil von ca. 10 % Problemfällen auf der Kooperationsebene. Ein Effekt der HPK zeigt sich darin, dass die Teilnehmer sich in der Kooperation mit anderen Institutionen klarere Absprachen über die Kinderschutzmaßnahmen wünschen.

Eine wesentliche durch die HPK-Methode adressierte Zielvariable ist die Stärkung der Kompetenz der fallführenden Mitarbeiter in der jeweiligen Institution. Mit diesem Ansatz soll dem in der Praxis zu beobachtenden Delegationskarussell entgegengewirkt werden, und es soll die Fähigkeit zum verantwortlichen Handeln im Rahmen der Aufgaben der jeweiligen Institution unterstützt werden.

In der Evaluation wurde die von den fallführenden Mitarbeitern selbst eingeschätzte Sicherheit in vier Bereichen zu Beginn der Fallarbeit und nach sechs Monaten erfasst. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass selbsteingeschätzte Sicherheit nicht zwingend die angemessene Einschätzung des jeweiligen Falls widerspiegelt. Aufsehenerregende Prozesse haben in Deutschland wie z.B. der Wormser Fall haben in Deutschland immer wieder zu Kritik an einer offenbar gelegentlich nicht fachlich begründeten Scheinsicherheit bei Anschuldigungen gegen Verdächtige geführt. Die mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung erfolgten Analysen in unserer Stichprobe weisen einen allgemeinen Trend in der HPK-Gruppe zugunsten einer größeren Zunahme der Planungssicherheit von Interventionen aus.

Wie eine Subgruppenanalyse zeigt, ergeben sich jedoch unterschiedliche Effekte auf die Sicherheit der Kinderschützer je nach Schweregrad der Misshandlungsfälle. Bezieht man nur die mittelschweren und schweren Fälle ein, so zeigt sich eine Abnahme der Sicherheit in der Verdachtseinschätzung und in der Folgenabschätzung bei den HPK-Teilnehmern, während die Kinderschützer ohne HPK ihre ohnehin schon recht hohe selbsteingeschätzte Sicherheit noch erhöhten. Der Effekt der HPK-Methode auf die Verbesserung der Interventionssicherheit bleibt bestehen, verliert jedoch statistische Signifikanz aufgrund der geringeren Fallzahlen.

Die differenzierten Ergebnisse zur Selbstsicherheit der Kinderschützer können dahingehend zusammengefasst werden, dass die HPK-Methode offenbar bei als gravierend eingeschätzten Misshandlungen einer vorschnellen (Schein-)Sicherheit in der Verdachtsbewertung und in der Abschätzung von zugeschriebenen Misshandlungsfolgen durch eine nochmalige Reflexion der Fälle mit einem externen Kinderschutzexperten entgegenwirkt, während die Interventionssicherheit unabhängig vom Schweregrad der Fälle durch die HPK gestärkt zu werden scheint.

Die Analyse des Ressourcenverbrauchs bei der Bearbeitung von Kinderschutzfällen zeigt Durchschnittswerte um 20 Stunden Arbeitsaufwand pro Kinderschutzfall, bei einer allerdings sehr großen Varianz zwischen 0,5 und mehr als 100 Stunden. Zwischen beiden Gruppen ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede im Ressourcenverbrauch. Damit kann der Einwand, HPK verbräuche innerhalb der

fallführenden Institutionen mehr Ressourcen als die herkömmliche Kinderschutzarbeit, entkräftet werden.

Verbesserungsbedürftig erscheint die Partizipation der Betroffenen Kinder, Jugendlichen und Sorgeberechtigten im Hilfeprozess. Hier zeigt sich noch eine Schwäche der HPK-Methode, denn die HPK-Teilnehmer berichteten signifikant seltener davon, die Kinder über ihre Rechte und über die Folgen der geplanten Massnahmen aufgeklärt zu haben als die Probanden der Kontrollgruppe. HPK ist eine indirekte Interventionsform und läuft möglicherweise Gefahr, die Beteiligung der Betroffenen zu reduzieren. Bei den HPK-Konferenzen sind die Betroffenen nicht anwesend, um einen unabhängigen Reflexionsprozess im Sinne von Fachberatung und Supervision zu ermöglichen. Es wäre zu überlegen, ob in einer Weiterentwicklung der HPK-Methode im Sinne einer Zweitsicht nicht auch gemeinsame Sitzungen mit den Betroffenen erfolgen sollten.

8. Schlussfolgerungen

Die HPK-Methode setzt bei den Hilfeprozess-Koordinatoren ein umfassendes Expertenwissen im Kinderschutz und ein Training in der HPK-Methode voraus, um die Intervention auf hohem fachlichen Standard durchführen zu können. Bei der Implementierung der Methode in der Praxis müssen in vielen Institutionen Widerstände überwunden werden. Der gegenwärtig in Deutschland dominierende Einsparungsdruck und die Tendenz zur Ökonomisierung von Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung wirft die Frage von Kosten-Nutzen-Abwägungen auf. In diesem Zusammenhang könnte der Nachweis, dass keine zusätzlichen zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter verbraucht werden, die Akzeptanz der HPK-Methode fördern. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die institutionsexterne Hilfeprozesskoordination mit Kosten verbunden ist, die in diesem Projekt mit einer Fallpauschale von 400,-- € intern verrechnet wurde. Diese Honorierung erscheint dem durchschnittlichen Aufwand der Hilfeprozesskoordinatoren und ihrer Qualifikation angemessen. Der Zugewinn an Qualität in der Kinderschutzarbeit muss in Relation zu diesem Kostenaufwand gesetzt werden, der ohne

Sponsorenförderung künftig durch die Institutionen selbst getragen werden müsste. Alternativ wäre die Ausbildung von spezialisierten Hilfeprozesskoordinatoren innerhalb der Institutionen und die Freistellung dieser Mitarbeiter für die HPK durch Umschichtung von Ressourcen zu diskutieren.

Kinderschutzarbeit benötigt auch in Zukunft angemessene professionelle Standards. Sie gehört zu den schwierigsten und anspruchvollsten Bereichen der psychosozialen und medizinischen Praxis. HPK ist keine Gewähr für stets richtige Entscheidungen bei den schwierigen diagnostischen Aufgaben und den komplexen Abwägungsprozessen hinsichtlich der Notwendigkeit von Interventionen und ihrer Wirksamkeitsüberprüfung. Gleichwohl weisen die Ergebnisse dieses Projekts darauf hin, dass HPK einen signifikanten Beitrag zur Qualitätssicherung im Kinderschutz liefern kann.

Dringend zu fordern sind weitere Interventionsstudien sowie systematische Maßnahmen der Qualitätssicherung im Kinderschutzbereich. In Anbetracht der Häufigkeit von Kindeswohlgefährdungen ist der Mangel an evidenzbasierten Interventionen eklatant. Die vorliegende Studie mit ihren vergleichsweise hohen methodischen Standards einer wissenschaftlichen Evaluation verweist auch auf die Notwendigkeit standardisierter Instrumente zur Erfassung und Beschreibung von Kindeswohlgefährdungen sowie zur Einschätzung der Prognose und der Wirksamkeit von Maßnahmen. Vergleichende Studien unterschiedlicher Praxismodelle mit einheitlichen Methoden könnten in Zukunft zur Verbesserung des professionellen Kinderschutzes beitragen.

9. Abschließende Bemerkungen und Ausblick

Das vorliegende Projekt hat in Zeiten verschärfter ökonomischer Rahmenbedingungen die Machbarkeit von randomisierten, kontrollierten Studien zu Hilfeprozessen in der Jugendhilfe unter Beweis gestellt. Dies ist national wie international von Bedeutung, weil z. B. die deutsche Jugendberichtskommission im 11. Jugendbericht eindeutig den Mangel von kontrollierten Effektivitätsstudien in diesem Bereich kritisiert hat. Deutlich wurde aber auch gleichzeitig, welche Hindernisse solcher Art von Forschung entgegenstehen. Während in der Jugendhilfe

und im Kinderschutz eine große Offenheit für neue Modelle, die möglicher Weise effektivere Hilfen für Kinder und Jugendliche mit sich bringen könnten besteht, ist das Engagement für Wirkungsforschung eher gering. Dies lässt sich einerseits aus Ängsten herleiten, dass das eigene Handeln eventuell auch kritisch bewertet werden könnte, wird aber hauptsächlich durch die zusätzliche Belastung durch Erhebungen für die Forschung begründet, welche sich nicht direkt zugunsten der Klienten auswirken. Übersehen wird dabei häufig, dass nicht die intendierten Wirkungen von Modellen real wirken, sondern dass jede gut gemeinte Intervention auch ihre angestrebten Effekte verfehlen kann, oder zum Teil unerwünschte Nebenwirkungen – wie der Mediziner sagen würde – auftreten können.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die freien Träger sind in den letzten Jahren einem verstärkten Kostendruck ausgesetzt worden. Dieser Kostendruck wurde auch bei Entscheidungen zur Nichtteilnahme an dem generell begrüßten Forschungsprojekt angeführt. Dies mag zu einem Verzerrungseffekt geführt haben, weil die Institutionen die schließlich teilgenommen haben, vielleicht einen besonders hohen Qualitäts- und Ausbildungsstand haben und deshalb auch der Erforschung dieser Thematik eine besondere Priorität beimessen. Insofern wird es statistisch dann schwerer, Qualitätsunterschiede zwischen den Fällen die durch HPK unterstützt wurden und dem üblichen, ohnehin schon sehr routinierten Vorgehen der Institutionen zu unterscheiden. Deutlich zeigt sich aber auch, dass bei der Teilnahmebereitschaft die freien Träger, denen teilweise von den Kostenträgern immer wieder kritische Fragen zur Verwendung ihrer Mittel gestellt werden, sich durch eine hohe Bereitschaft zum zusätzlichen Engagement zu einer solchen Untersuchung, im Sinne der Effizienz der Hilfe für die von Ihnen versorgte Klientel engagierten.

Im Vergleich zu unserer vorausgegangenen Untersuchung (Fegert et al. a.a.o.), welche die Unkoordiniertheit und die häufigen Delegationsketten im Kinderschutz in Deutschland zum Thema gemacht hat, konnten wir eine stärkere Professionalisierung feststellen. Dennoch bleibt der Zeitraum, der in vielen Fällen für eine Abklärung notwendig ist, lang, so dass ein halbes Jahr, welches hier aus Praktikabilitätsgründen für die Studie als Messzeitraum angesetzt wurde, sich in vielen Fällen als zu kurz erwies. Dies unterstreicht, dass die Grunddilemmata des Kinderschutzes, die schon von Anna Freud angesprochen wurden (vgl. Goldstein et

al. 1973), in jedem einzelnen Fall immer wieder neu bestehen: die Gefahr, zu früh zu viel zu tun, genauso wie die Gefahr, zu spät zu wenig gemacht zu haben. Hier ist es eines der erfreulichsten Ergebnisse dieser Untersuchung, welche sich vor allem durch die differenzierten multivariaten Analysen herausarbeiten lässt, dass HPK auf der einen Seite die Sicherheit im Umgang mit den häufig übersehenen Vernachlässigungsfällen steigert, während gleichzeitig vermutliche Pseudosicherheiten, welche zu Fehlreaktionen führen konnten, bei scheinbar eindeutigen Beweis- und Problemlagen kritisch relativiert werden. Wenn Kinderschutzmaßnahmen in den letzten Jahren massiv kritisch im Licht der Öffentlichkeit standen, war dies jede mal geschehen, weil scheinbar klare Hinweise überinterpretiert wurden und alternative Erklärungshypothesen nicht hinreichend geprüft worden waren. Solche Fälle sind für die betroffenen Kinder und die unter falschen Verdacht geratenen Eltern eine Katastrophe und stellen das Vertrauen in die Akteure der Hilfeprozesse insgesamt in Frage. Insofern ist die Vermeidung solcher vorschneller Reaktionen ebenso wesentlich wie die verbesserte Erkennung früher Vernachlässigungsformen. Diese Studie hat aufgezeigt, dass Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch nicht einzeln zu betrachtende Phänomene sind, sondern häufig kombiniert auftreten und dass es deshalb einer koordinierten, interdisziplinären Zusammenarbeit vor dem Hintergrund eines gemeinsamen fachlichen Verständnisses bedarf. Vor allem die Interventionsplanung scheint durch die HPK günstig beeinflusst zu werden.

Eines der überraschenden Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung betrifft eine „unerwünschte Nebenwirkung“. Offenbar scheint die Tatsache, dass die Helfer durch die Koordination des Hilfeprozesses stärker in den Blick genommen werden dazu zu führen, dass die Adressaten der Hilfe in ihrem Recht auf Partizipation weniger berücksichtigt werden. Hier ergibt sich ein Anpassungsbedarf der bestehenden Konzepte und zeigt sich, dass empirische Forschung tatsächlich den Klienten zugute kommt, zwar nämlich immer dann, wenn man einerseits uneffektive Vorgehensweisen aufdecken und damit vermeiden kann, aber auch andererseits, wenn „Nebenwirkungen“ festgestellt werden können, die nicht im Sinne der effektiven Hilfestellung sein können. Solche Fehler können dann abgestellt werden, indem die Verfahren verbessert werden und den Aspekten hier z.

B. der besseren Partizipation der Betroffenen stärker Rechnung getragen werden kann.

Abschließend geht deshalb an die World Childhood Foundation ein besonderer Dank, weil sie durch ihre Unterstützung diese empirische Erforschung einer viel versprechenden Weiterentwicklung im Kinderschutz überhaupt erst ermöglicht hat. Ohne das Engagement der teilnehmenden Institutionen, der einzelnen Personen, die sich im Hilfeprozessmanagement engagiert haben, wäre die Studie nicht durchzuführen gewesen, deshalb gilt ihnen auch der ganz besondere Dank. Auch den Betroffenen, die hier als „Fälle“ in die Studie eingeflossen sind, sind wir zu besonderem Dank verpflichtet. Die Kosten für das Hilfeprozessmanagement, welche ebenfalls durch die World Childhood Foundation getragen wurden, betragen pro Fall 400 Euro. Dieser Aufwand erscheint angesichts der teilweise langen Beratungszeiten relativ gering, wenn sich tatsächlich Verbesserungen erzielen lassen.

Schließlich sei deshalb die hoffnungsvolle Bemerkung erlaubt, dass nicht nur die beteiligten Praktiker, sondern auch überregional Verantwortliche diese Forschungsergebnisse bei der Umsetzung ähnlicher Maßnahmen rezipieren und berücksichtigen werden. Ein ganz wichtiges Argument für die Praxis ist, dass die Einschaltung eines externen Koordinators die Verfahren nicht verzögert und wahrscheinlich auch nicht wesentlich verteuert.

Literatur:

Fegert JM, Berger C, Klopfer U, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G: Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle Reaktionen. Forschungsbericht. Votum, Münster 2001.

Goldstein J, Freud A, Solnit AJ: Jenseits des Kindeswohls: Weitere Bemerkungen zur Anwendung des Standards der am wenigsten schädlichen Alternative. Frankfurt am Main, Suhrkamp 1973 / 2. Aufl. 1991

10. Verwendung der Fördermittel

Einnahme/Ausgabe	Posten	Betrag
Einnahme	Überweisung WCF 20.12.2003	+ 34.000,-- €
Einnahme	Überweisung WCF 22.12.2003	+ 34.000,-- €
	Zwischensumme	+ 68.000,-- €
Ausgabe	Werkvertrag Frau Dipl.-Päd. Laib-Koenemund (Projektkoordination)	- 34.000,-- €
Ausgabe	Honorare für Hilfeprozess-Koordination 43 x 400,-- € ¹	- 17.200,-- €
Ausgabe	Reisekosten	- 1.800,-- €
Ausgabe	Sachmittel (Büromaterial, Schreibhonorare, Druckkosten, Bewirtungskosten HPK-Treffen, ISPCAN-Mitgliedschaft, Literaturrecherche)	- 4.800,-- €
Ausgabe	Statistische Auswertung und Projektleitung	- 4.500,-- €
	Zwischensumme (Restmittel)	+ 5.700,-- €
Verplant	Publikation der Projektergebnisse (Fachzeitschriften, Fachkongresse) zur Verbreitung der HPK-Methode	- 5.700,--
	Summe	0,--

¹ Durch Doppelmeldung bedingt wurde ein HPK-Fall zusätzlich veranlasst

ANHANG I: Meldebogen

Fallführende Person:	HPK: Ja / Nein Name:
----------------------	-------------------------

Fallcode:

I F F G A A

I = Institution ; F= laufende Fallnummer der Institution; Kind / Jugendl.: G = Geschlecht (m/w);
A= Alter in

Jahren
Meldende Stelle /Absender:

E = Einzelfall
 GK= Geschwisterkind(er) mitbetroffen

Verdacht Kindeswohlgefährdung

Welche Art des Kinderschutzproblems liegt vor?
(einschließlich Verdacht)?

(Mehrfachnennungen sind möglich, Zutreffendes mit x markieren)

<u>Vernachlässigung</u>	Mangel an Nahrung	Mangel an Kontakt/ Zuwendung	Mangel an Schutz/ Aufsicht	Mangel Medizin. Versorgung
Häufigkeit unklar				
Klar def. Zeitraum				
Andauernde VN durch				
Kein Hinweis auf VN				

<u>Misshandlung</u>	Seelisch	Körperlich	Sexuell
Beispiele:	Demütigungen, lächerlich machen, Schuldzuweisung, Terrorisierung, Isolierung, Zurückweisung von Zuwendungsbedürfnissen, Einbeziehen in altersunangemessene Inhalte	Schlagen, treten, beißen, schütteln, verbrennen, verbrühen vergiften bzw. zuführen von Drogen	zu sexuellen Handlungen anleiten bzw. beteiligen ohne Körperkontakt mit Körperkontakt mit Eindringen in Körperöffnungen
Häufigkeit unklar			
Klar def. Zeitraum			

Andauernde MH			
Kein Hinweis auf MH			

Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsfolgen (im Sinne der Schädigung):

- ja
- nein
- unbekannt

wenn ja, welche

	Ja	Nein	Unbekannt
körperliche Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verdächtige/r bzw. Misshandler/in:

- bekannt
- unbekannt

wenn bekannt, kommt / kommen der oder die Verdächtige(n)

- aus der Kernfamilie (leibl. Eltern bzw. leibl. Elternteil evtl. mit Partner in einem gemeinsamen Haushalt lebend)
- aus der erweiterten Familie (Onkel, Tanten, Großeltern usw.)
- nicht aus der Familie bzw. Fremdtäter/in

der/ die Verdächtige(n) ist (sind)

- ein Jugendlicher
- ein Erwachsener
- mehrere Jugendliche
- mehrere Erwachsene

Aktuelle Einschätzung des Gefährdungsrisikos des Kindes / Jugendlichen:

- akute Gefährdung** (z.B. drohende Schäden für das körperliche, seelische und geistige Wohl des Kindes / Jugendlichen)
- latente Gefährdung** (z.B. aufgrund bekannter Risikofaktoren wie schwerer psychische Erkrankung der Eltern, Suchterkrankung eines oder beider Elternteile, Erziehungsuntüchtigkeit eines Sorgeberechtigten, geringe Ressourcen der Familie, geringe Motivation des /der Sorgeberechtigten für Inanspruchnahme von Hilfen)
- keine Hinweise** für weitere Gefährdung

Interventionen zur Sicherung des Schutzes des Kindes / Jugendlichen bis jetzt:

- Hausärztliche Diagnostik / Therapie
 - fachärztliche Diagnostik / Therapie (Kinderarzt, Kinderpsychiater usw.)
 - Gespräch mit dem betroffenen Kind / Jgdl. bzw. Verhaltensbeobachtung
 - Gespräch mit den Sorgeverantwortlichen
 - Fremdunterbringung des Kindes bzw. Jugendlichen
 - Einschaltung weiterer Institutionen
- wenn ja, welche:

- Jugendamt
- Familiengericht
- Polizei / Staatsanwaltschaft
- Opferanwalt
- Beratungsstelle
- andere Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

Halten Sie die bisherigen Maßnahmen zum Schutz des Kindes / Jugendlichen für ausreichend?

- ja
- nein

Wenn nein, welche Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht noch erfolgen?

- Weitere Diagnostik bzw. Verlaufsbeobachtung
- Psychotherapie / Traumatherapie
- Ergotherapie / Logopädie
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Erziehungsbeistandschaft
- Bewegungstherapie/ Krankengymnastik
- Heilpädagogische Maßnahmen / Frühförderung
-
-

Sicherheit der fallführenden Person

Sicherheit der Einschätzung und Bewertung im vorliegenden Fall:

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in der Einschätzung des **Verdacht**es der **Misshandlung / Vernachlässigung**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in Bezug auf die **durch Misshandlung bzw. Vernachlässigung entstandene Schädigung**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in Bezug auf die **künftige Gefährdung** des K.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in der **Planung von weiteren Interventionen**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Überprüfung von Hypothesen

Könnte es sein, dass die bekannt gewordenen Symptome bzw. Umstände auch **nicht** misshandlungsbedingt entstanden sind (z.B. Unfall, Krankheit bzw. primäre Entwicklungsstörung des Kindes) oder dass eine Fehlinterpretation vorliegt?

ja
 nein

wenn ja, wurden die Argumente für nicht misshandlungsbedingte Symptome überprüft?

ja
 nein

Einschätzung Ihres bisherigen Zeitaufwandes für die Fallarbeit:

Eigener Gesamtaufwand für die **direkte Fallarbeit** (face to face) mit dem Kind / dem Jugendlichen bzw. seiner Familie:

Stunden Minuten

Eigener Gesamtaufwand für die **indirekte Fallarbeit** wie Dokumentation, Protokolle bzw. Berichte schreiben, Visiten oder Teambesprechungen, HPK, Helferkonferenzen, Telefonieren usw.:

Stunden Minuten

Sind **weitere Mitarbeiter ihrer Institution** an der Fallarbeit beteiligt?

- ja
 nein

wenn ja,

wie viele (bitte Anzahl nennen)

wie hoch war der **Zeitaufwand für die anderen Mitarbeiter** an diesem Fall insgesamt?

Stunden Minuten

Qualität der Zusammenarbeit (retrospektiv für die gesamte Fallarbeit bis zum jetzigen Zeitpunkt)

Zuständigkeit und Aufgabenverteilung:
Stehen die beteiligten Institutionen miteinander in Verbindung?

- ja
 nein
 entfällt, da bisher sonst niemand beteiligt

wenn ja, empfinden Sie die **Kommunikation** als

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gut	gut	ausreichend	schlecht	sehr schlecht

wie empfinden Sie die **Klarheit der Aufgabenverteilung**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr klar	klar	problemlos	unklar	völlig unklar

müssen aus Ihrer Sicht **weitere Beteiligte** hinzugezogen werden?

- ja
 nein
wenn ja, welche

Wie bewerten Sie die Effektivität der Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	sehr schlecht

Wenn ausreichend, mangelhaft oder sehr schlecht, **was hätte anders sein müssen?**

- genauere Arbeitsabsprachen
 Einhaltung der Arbeitsabsprachen
 mehr Wissen über die Abläufe in den anderen Institutionen
 mehr Wissen über die Dynamik von Gewalt im Helfersystem

Wie bewerten Sie den jetzigen Stand des Falles?

- der Fall ist abgeschlossen
 der Fall ist nicht abgeschlossen

wenn **nicht** abgeschlossen, **warum?**

- der Hilfeprozess geht weiter
 es gibt noch anhängige Verfahren
 die Verdachtssituation der Kindeswohlgefährdung ist nach wie vor unklar
 der Kontakt zum Kind / Jugendlichen ist abgebrochen
 der Kontakt zur Familie des Kindes / Jugendlichen ist abgebrochen
 der / die Sorgeverantwortlichen sind zur Zusammenarbeit nicht bereit
 die bis jetzt getroffenen Entscheidungen und Hilfemaßnahmen greifen nicht

Zufriedenheit mit dem Schutzaspekt:

Wie zufrieden sind Sie mit den bis jetzt vorliegenden Ergebnissen des Hilfeprozesses hinsichtlich des Schutzes des Kindes / Jugendlichen?

- sehr zufrieden, weil Schutz sichergestellt
- zufrieden, weil Schutz weitgehend gewährleistet
- teilweise zufrieden, weil externe Kontrollsysteme eingerichtet wurden
- unzufrieden, weil Schutz weiter in Frage steht
- sehr unzufrieden, weil es keinen Schutz gibt

wenn teilweise zufrieden, unzufrieden bzw. sehr unzufrieden, wie schätzen Sie aus heutiger Sicht die Gefährdungslage des Kindes / Jugendlichen für die Zukunft ein?

Das Risiko erneuter bzw. fortgesetzter Vernachlässigung / Misshandlung ist:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gering	gering	wahrscheinlich	hoch	sehr hoch

Beteiligung des Kindes / des Jugendlichen an den Maßnahmen:

Eine Information und Beteiligung des Kindes / des Jugendlichen in alters- und entwicklungsangemessener Art

Hat stattgefunden in Form von	Ja	nein	Ist nicht möglich
Gespräch mit Gelegenheit sich zu äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung über seine Rechte, z.B. Recht auf gewaltfreie Erziehung, Recht auf Opferanwalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die geplanten Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die Konsequenzen der Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erklärung der Rolle der fallführenden Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beteiligung der sorgeverantwortlichen Bezugspersonen des Kindes / Jugendlichen:

Eine Einbeziehung der sorgeverantwortlichen bzw. schützenden Bezugspersonen

- ist noch nicht erfolgt (z. B. aus Gründen des Schutzes des Kindes / Jugendlichen)
- ist Teil des weiterhin zu planenden Hilfeprozesses
- ist bereits erfolgt

Die Verdachtsituation der VN / MH wurde den sorgeverantwortlichen Personen gegenüber offen angesprochen

- ja
- nein

Wenn ja, haben Sie die Fragebogen an das Kind / den Jugendlichen bzw. dessen Eltern ausgegeben?

- ja
 nein

Evaluationsbogen verschickt am *Datum:*

Unterschrift:

ANHANG II: Evaluationsbogen

Fallführende Person:	HPK: Ja / Nein Name:
----------------------	-------------------------

Fallcode:
I F F

G A A

I = Institution ; F= laufende Fallnummer der Institution; Kind / Jugendl.: G = Geschlecht (m/w);

A= Alter in

Jahren

Meldende Stelle /Absender:

E = Einzelfall
 GK= Geschwisterkind(er) mitbetroffen

Verdacht Kindeswohlgefährdung

Welche Art des Kinderschutzproblems liegt vor?

(einschließlich Verdacht)?

(Mehrfachnennungen sind möglich, Zutreffendes mit x markieren)

Vernachlässigung	Mangel an Nahrung	Mangel an Kontakt/ Zuwendung	Mangel an Schutz/ Aufsicht	Mangel Medizin. Versorgung
Häufigkeit unklar				
Klar def. Zeitraum				
Andauernde VN durch				
Kein Hinweis auf VN				

Misshandlung	Seelisch	Körperlich	Sexuell
Beispiele:	Demütigungen, lächerlich machen, Schuldzuweisung, Terrorisierung, Isolierung, Zurückweisung von Zuwendungsbedürfnissen, Einbeziehen in altersunangemessene Inhalte	Schlagen, treten, beißen, schütteln, verbrennen, verbrühen vergiften bzw. zuführen von Drogen	zu sexuellen Handlungen anleiten bzw. beteiligen ohne Körperkontakt mit Körperkontakt mit Eindringen in Körperöffnungen
Häufigkeit unklar			

Klar def. Zeitraum			
Andauernde MH			
Kein Hinweis auf MH			

Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsfolgen (im Sinne der Schädigung):

- ja
 nein
 unbekannt

wenn ja, welche

	Ja	Nein	Unbekannt
körperliche Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verdächtige/r bzw. Misshandler/in:

- bekannt
 unbekannt

wenn bekannt, kommt / kommen der oder die Verdächtige(n)

- aus der Kernfamilie (leibl. Eltern bzw. leibl. Elternteil evtl. mit Partner in einem gemeinsamen Haushalt lebend)
 aus der erweiterten Familie (Onkel, Tanten, Großeltern usw.)
 nicht aus der Familie bzw. Fremdtäter/in

der/ die Verdächtige(n) ist (sind)

- ein Jugendlicher
 ein Erwachsener
 mehrere Jugendliche
 mehrere Erwachsene

Aktuelle Einschätzung des Gefährdungsrisikos des Kindes / Jugendlichen:

- akute Gefährdung** (z.B. drohende Schäden für das körperliche, seelische und geistige Wohl des Kindes / Jugendlichen)
 latente Gefährdung (z.B. aufgrund bekannter Risikofaktoren wie schwerer psychische Erkrankung der Eltern, Suchterkrankung eines oder beider Elternteile, Erziehungsuntüchtigkeit eines Sorgeberechtigten, geringe Ressourcen der Familie, geringe Motivation des /der Sorgeberechtigten für Inanspruchnahme von Hilfen)
 keine Hinweise für weitere Gefährdung

Interventionen zur Sicherung des Schutzes des Kindes / Jugendlichen bis jetzt:

- Hausärztliche Diagnostik / Therapie
 - fachärztliche Diagnostik / Therapie (Kinderarzt, Kinderpsychiater usw.)
 - Gespräch mit dem betroffenen Kind / Jgdl. bzw. Verhaltensbeobachtung
 - Gespräch mit den Sorgeverantwortlichen
 - Fremdunterbringung des Kindes bzw. Jugendlichen
 - Einschaltung weiterer Institutionen
- wenn ja, welche:

- Jugendamt
- Familiengericht
- Polizei / Staatsanwaltschaft
- Opferanwalt
- Beratungsstelle
- andere Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

Halten Sie die bisherigen Maßnahmen zum Schutz des Kindes / Jugendlichen für ausreichend?

- ja
- nein

Wenn nein, welche Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht noch erfolgen?

- Weitere Diagnostik bzw. Verlaufsbeobachtung
- Psychotherapie / Traumatherapie
- Ergotherapie / Logopädie
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Erziehungsbeistandschaft
- Bewegungstherapie/ Krankengymnastik
- Heilpädagogische Maßnahmen / Frühförderung
-
-

Sicherheit der fallführenden Person

Sicherheit der Einschätzung und Bewertung im vorliegenden Fall:

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in der Einschätzung des **Verdachtes der Misshandlung / Vernachlässigung**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in Bezug auf die **durch Misshandlung bzw. Vernachlässigung entstandene Schädigung**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in Bezug auf die **künftige Gefährdung** des K.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Wie beurteilen Sie selbst ihre Sicherheit in der **Planung von weiteren Interventionen**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr sicher	sicher	eher unsicher	unsicher	sehr unsicher

Überprüfung von Hypothesen

Könnte es sein, dass die bekannt gewordenen Symptome bzw. Umstände auch **nicht** misshandlungsbedingt entstanden sind (z.B. Unfall, Krankheit bzw. primäre Entwicklungsstörung des Kindes) oder dass eine Fehlinterpretation vorliegt?

ja
 nein

wenn ja, wurden die Argumente für nicht misshandlungsbedingte Symptome überprüft?

ja
 nein

Einschätzung Ihres bisherigen Zeitaufwandes für die Fallarbeit:

Eigener Gesamtaufwand für die **direkte Fallarbeit** (face to face) mit dem Kind / dem Jugendlichen bzw. seiner Familie:

Stunden Minuten

Eigener Gesamtaufwand für die **indirekte Fallarbeit** wie Dokumentation, Protokolle bzw. Berichte schreiben, Visiten oder Teambesprechungen, HPK, Helferkonferenzen, Telefonieren usw.:

Stunden Minuten

Sind **weitere Mitarbeiter ihrer Institution** an der Fallarbeit beteiligt?

- ja
 nein

wenn ja,

wie viele (bitte Anzahl nennen)

wie hoch war der **Zeitaufwand für die anderen Mitarbeiter** an diesem Fall insgesamt?

Stunden Minuten

Qualität der Zusammenarbeit (retrospektiv für die gesamte Fallarbeit bis zum jetzigen Zeitpunkt)

Zuständigkeit und Aufgabenverteilung:
Stehen die beteiligten Institutionen miteinander in Verbindung?

- ja
 nein
 entfällt, da bisher sonst niemand beteiligt

wenn ja, empfinden Sie die **Kommunikation** als

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gut	gut	ausreichend	schlecht	sehr schlecht

wie empfinden Sie die **Klarheit der Aufgabenverteilung**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr klar	klar	problemlos	unklar	völlig unklar

müssen aus Ihrer Sicht **weitere Beteiligte** hinzugezogen werden?

- ja
 nein
wenn ja, welche

Wie bewerten Sie die Effektivität der Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	sehr schlecht

Wenn ausreichend, mangelhaft oder sehr schlecht, **was hätte anders sein müssen?**

- genauere Arbeitsabsprachen
 Einhaltung der Arbeitsabsprachen
 mehr Wissen über die Abläufe in den anderen Institutionen
 mehr Wissen über die Dynamik von Gewalt im Helfersystem

Wie bewerten Sie den jetzigen Stand des Falles?

- der Fall ist abgeschlossen
 der Fall ist nicht abgeschlossen

wenn **nicht** abgeschlossen, **warum?**

- der Hilfeprozess geht weiter
 es gibt noch anhängige Verfahren
 die Verdachtssituation der Kindeswohlgefährdung ist nach wie vor unklar
 der Kontakt zum Kind / Jugendlichen ist abgebrochen
 der Kontakt zur Familie des Kindes / Jugendlichen ist abgebrochen
 der / die Sorgeverantwortlichen sind zur Zusammenarbeit nicht bereit
 die bis jetzt getroffenen Entscheidungen und Hilfemaßnahmen greifen nicht

Zufriedenheit mit dem Schutzaspekt:

Wie zufrieden sind Sie mit den bis jetzt vorliegenden Ergebnissen des Hilfeprozesses hinsichtlich des Schutzes des Kindes / Jugendlichen?

- sehr zufrieden, weil Schutz sichergestellt
- zufrieden, weil Schutz weitgehend gewährleistet
- teilweise zufrieden, weil externe Kontrollsysteme eingerichtet wurden
- unzufrieden, weil Schutz weiter in Frage steht
- sehr unzufrieden, weil es keinen Schutz gibt

wenn teilweise zufrieden, unzufrieden bzw. sehr unzufrieden, wie schätzen Sie aus heutiger Sicht die Gefährdungslage des Kindes / Jugendlichen für die Zukunft ein?

Das Risiko erneuter bzw. fortgesetzter Vernachlässigung / Misshandlung ist:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr gering	gering	wahrscheinlich	hoch	sehr hoch

Beteiligung des Kindes / des Jugendlichen an den Maßnahmen:

Eine Information und Beteiligung des Kindes / des Jugendlichen in alters- und entwicklungsangemessener Art

Hat stattgefunden in Form von	Ja	nein	Ist nicht möglich
Gespräch mit Gelegenheit sich zu äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung über seine Rechte, z.B. Recht auf gewaltfreie Erziehung, Recht auf Opferanwalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die geplanten Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über die Konsequenzen der Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erklärung der Rolle der fallführenden Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beteiligung der sorgeverantwortlichen Bezugspersonen des Kindes / Jugendlichen:

Eine Einbeziehung der sorgeverantwortlichen bzw. schützenden Bezugspersonen

- ist noch nicht erfolgt (z. B. aus Gründen des Schutzes des Kindes / Jugendlichen)
- ist Teil des weiterhin zu planenden Hilfeprozesses
- ist bereits erfolgt

Die Verdachtsituation der VN / MH wurde den sorgeverantwortlichen Personen gegenüber offen angesprochen

- ja
- nein

Wenn ja, haben Sie die Fragebogen an das Kind / den Jugendlichen bzw. dessen Eltern ausgegeben?

- ja
 nein

Evaluationsbogen verschickt am *Datum:*

Unterschrift:

ANHANG III: HPK-Protokoll

Fallführende Person:	HPK:	
(Vertretung)	Datum:	Sitzung Nr.

Fallcode:

I F F

I = Institution; F = laufende Fallnummer der Institution

G A A

Kind / Jugendl.: G = Geschlecht (m/w)

A = Alter in Jahren

Einzelfall

Geschwisterkind(er) mit betroffen

Meldende Stelle:

Beteiligte Personen und Institutionen:

Hypothesen:

1.

2.

3.

Ziele:

1.

2.

3.

4.

Die amvereinbarten Handlungsschritte wurden umgesetzt:

- ja
- nein
- teilweise

Wenn nein, warum nicht:

Wenn teilweise, welche nicht:

Sie werden weiter verfolgt und umgesetzt bis:

Wer macht was: bis zumvereinbarte Maßnahmen und Handlungsschritte:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Die vereinbarten Handlungsschritte werden folgendermaßen verändert:

Datum:

Unterschriften der Beteiligten:

