

Gewalterfahrungen während stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung – explorative Studie und Implikationen für den Kinderschutz

Ines Posch, Marcel Romanos, Andreas Warnke und Thomas Jans

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Zentrum für Psychische Gesundheit, Universitätsklinikum Würzburg, Deutschland

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Pädagogische und medizinische Institutionen betreuen Kinder und Jugendliche, um Aufsicht, Beschulung, Erziehung, Therapie und Schutz sicherzustellen. Gleichwohl sind Kinder in institutioneller Betreuung potenziellen Gefährdungsmomenten bezüglich Misshandlung und Missbrauch ausgesetzt. *Methodik:* Im Rahmen der Etablierung des Schutzkonzeptes der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Würzburg wurde eine retrospektive Patientenbefragung durchgeführt. Das Untersuchungskollektiv bildeten alle ehemaligen stationären Patientinnen und Patienten der Jahre 2006 und 2007, die zum Katamnesezeitpunkt volljährig waren. Die Befragung erfolgte postalisch. Der Fragebogen umfasste neben Items zum Kontext von Gewalterfahrungen etablierte Skalen zur Erfassung von Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität (FBB-K, WHO-BREF). *Ergebnisse:* Von 568 ehemaligen Patientinnen und Patienten gaben 87 (15.3 %) eine gültige Rückantwort (59 weiblich, durchschnittliches Alter zum Befragungszeitpunkt: 24.5 Jahre). 35 ehemalige Patientinnen und Patienten (40.2 % der Teilnehmenden) gaben an, Gewalt während der stationären Behandlung erlebt ($n = 26$) oder erlebt und ausgeübt ($n = 7$) oder ausschließlich ausgeübt ($n = 2$) zu haben. Gewalterfahrungen beinhalteten in den meisten Fällen emotionale Gewalt (34.5 %), aber auch körperliche (5.7 %) und sexuelle Gewalt (10.3 %). *Schlussfolgerung:* Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen einerseits sowie retrospektiver Behandlungszufriedenheit und aktueller Lebensqualität andererseits. Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen die Bedeutung der Etablierung von Schutzkonzepten in Kliniken und anderen Institutionen.

Schlüsselwörter: Kind, Jugend, Gewalt, Missbrauch, stationäre psychiatrische Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderschutz, Prävention

Experiences of Violence During Inpatient Child and Adolescent Psychiatric Treatment: An Explorative Study with Implications for Child Protection

Abstract: *Objective:* Educational and medical institutions care for children and adolescents by providing supervision, schooling, education, therapy, and protection. Nevertheless, children in institutional care are exposed to potential danger through maltreatment and abuse. *Method:* As part of the establishment of the protection concept at the University Hospital for Child and Adolescent Psychiatry in Würzburg, a retrospective patient survey was conducted. The study population consisted of former inpatient clients from 2006 and 2007, who at the time of the catamnesis were of legal age. The survey was conducted by mail. In addition to items on their experiences of violence, the questionnaire included established scales to assess treatment satisfaction and quality of life (FBB-K, WHO-BREF). *Results:* Of 568 former patients, 87 (15.3 %) provided valid responses (59 female, mean age at the time of the survey: 24.5 years); 35 former patients (40.2 % of the participants) reported experiences of violence during their inpatient treatment (26 victims only, 7 experiences as victims and perpetrators, and 2 perpetrators only). Experiences as victims mainly included emotional violence (34.5 %), but also physical (5.7 %) and sexual violence (10.3 %). *Conclusion:* We found a significant correlation between experiences of violence, on the one hand, and retrospective treatment satisfaction and current quality of life, on the other hand. The results of the survey underline the importance of establishing protection concepts in clinics and other institutions.

Keywords: child, youth, violence, abuse, inpatient mental healthcare, child and adolescent psychiatry, child protection, prevention

Einleitung

In der UN-Kinderrechtskonvention legten die Vertragsstaaten 1989 fest, dass bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, das Wohl des Kindes der vorrangige Gesichtspunkt zu sein hat (Artikel 3) und Kinder vor jeder Form von Gewalt zu schützen sind (Artikel 19; UNICEF, 1989). Dennoch geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) davon aus, dass in Europa 18 Millionen Kinder und Jugendliche Opfer von sexuellem Missbrauch, 44 Millionen von körperlicher Gewalt und 55 Millionen von psychischer Gewalt sind (World Health Organization, 2013). Obgleich die Mehrzahl der Missbrauchsfälle im familiären und privaten Rahmen auftreten, sind auch institutionelle Settings mit einem bedeutsamen Risiko für Missbrauch behaftet (Fegert et al., 2018).

Die Prävalenzschätzungen zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche unterliegen großen Schwankungen, die auf unterschiedliche zugrunde gelegte Definitionen, Erhebungszeiträume und -orte sowie Untersuchungsmethodik zurückzuführen sind (Jud, Rassenhofer, Witt, Münzer & Fegert, 2016; UNICEF, 2017). Befragungen von Kindern und Jugendlichen verweisen dabei auf deutlich häufigere Gewalterfahrungen als das Hellfeld von Kriminalstatistiken (Allroggen et al., 2016). Eine Metaanalyse aus 2015 zu weltweiten Prävalenzen ergab: emotionale Vernachlässigung 18.4 %, körperliche Vernachlässigung 16.3 %, emotionale Misshandlung 36.3 %, körperliche Misshandlung 22.6 %, sexueller Missbrauch 12.7 % (7.6 % der Jungen, 18.0 % der Mädchen). Die Daten beziehen sich dabei auf Selbstberichte zu vorwiegend jemals in der Kindheit erlebten Ereignissen (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink & IJzendoorn, 2015).

Gewalt in Institutionen gelangte in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit. Beispielhaft zu nennen sind hier der Missbrauchsskandal in der katholischen Kirche, in der Odenwaldschule sowie der Fall eines Chefarztes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Holzminden (Bohm, Zollner, Fegert & Liebhardt, 2014; Hoffmann, Fegert, König, Maier & Herberhold, 2021; Willems, 2014). Die Tatsache, dass Missbrauch von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen vorkommt, verpflichtet dazu, verbindliche Präventionskonzepte sowie Konzepte zur Erkennung, Behandlung und Verfolgung bereitzustellen sowie eine regelmäßige Evaluation sicherzustellen (Pooch & Kappler, 2017). So werden von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) einrichtungsindividuelle Schutzkonzepte auch für Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (KJPPP) gefordert (DGKJP-Vorstand, 2019).

Kinder und Jugendliche, die in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken aufgenommen werden,

sind komplex belastet, zudem besteht bei erlebtem Missbrauch in der Vorgeschichte ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen (Chandan et al., 2019). Umso dringlicher gilt es, diese Kinder und Jugendlichen vor potenziellen weiteren Gefahren oder Retraumatisierung zu schützen, die sich für sie aus dem institutionellen Setting heraus ergeben können (Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2011; Tordon et al., 2019). Zur Stärkung des Kinderschutzes verpflichtete sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in einer Vereinbarung mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung (UBSKM) bis Ende 2018 zur flächendeckenden Implementierung von Kinderschutzkonzepten. Im anschließenden Monitoring wurden 165 Kliniken befragt, die nach eigenen Angaben zu 20 % über ein umfassendes Präventionskonzept verfügten und zu etwa 50 % über ein Leitbild mit Aspekten eines Schutzkonzeptes (Kappler, Hornfeck, Pooch, Kindler & Tremel, 2019). Eine Leitlinie der deutschen medizinischen Fachgesellschaften zum Kinderschutz wurde erstmals 2019 veröffentlicht (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg (KJPPP Würzburg) wurde ein entsprechendes Konzept im Rahmen interdisziplinär besetzter Arbeitsgruppen erarbeitet. Darin sind Implikationen der UN-Kinderrechtskonvention und der UN-Behindertenrechtskonvention für die Behandlung sowie ein umfangreiches Präventionskonzept zu sexuellem Missbrauch und Misshandlung formuliert (Universitätsklinikum Würzburg, 2018). Die Implementierung dieses Kinderschutzkonzeptes wurde durch die vorliegende Studie begleitet.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Häufigkeit und Umstände von erlebter Gewalt gegen Patientinnen und Patienten („Gewalterfahrung“) sowie selbst ausgeübter Gewalt („Gewaltausübung“) gegen Mitpatientinnen und Mitpatienten während einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung retrospektiv zu erfassen. Die Befragung zu Gewalterfahrungen knüpft an zentrale Erhebungen zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche an, wie den Bericht des Deutschen Jugendinstituts von 2011 (Helming et al., 2011), die Repräsentativbefragung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (Bieneck, Stadler & Pfeiffer, 2011) sowie die Arbeiten aus der Gruppe um Jörg M. Fegert am Universitätsklinikum Ulm (Fegert et al., 2018). Zudem wurden Zusammenhänge zwischen den berichteten Gewalterfahrungen einerseits und der rückblickenden Behandlungszufriedenheit sowie der aktuellen Lebensqualität andererseits untersucht, die als relevante subjektive Evaluationskriterien von Interventionen dienen (Cropp et al., 2008; McNicholas, Reulbach, Hanrahan & Sakar, 2016; Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007).

Methodik

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg mit Votum vom 24.11.2017 (Zeichen 177/17) geprüft und als ethisch unbedenklich eingestuft. Folgende Forschungsfragen wurden bearbeitet:

1. Wie häufig berichten ehemalige Patientinnen und Patienten über Gewalterfahrungen und eigene Gewalttaten im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes? Gab es aus Patientensicht Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe vonseiten der Klinik?
2. Unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich personen- oder behandlungsbezogener Merkmale?
3. Unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Behandlung im Kindes- und Jugendalter?
4. Unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich der Lebensqualität im Erwachsenenalter?

Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen in Form einer postalischen Nachbefragung aller ehemaligen Patientinnen und Patienten, die vor über 10 Jahren stationär behandelt wurden und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung volljährig waren sowie schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme erteilt hatten. Sie umfasste das gesamte Patientenkollektiv vollstationär behandelte Kinder und Jugendlicher aus den Behandlungsjahren 2006 und 2007. Die Studienunterlagen (Anschreiben, Studieninformation, Einverständnis- und Datenschutzerklärung, Fragebogen, frankierter Rückumschlag) wurden an die letzte uns bekannte Adresse verschickt. Die Versendung der Studienunterlagen erfolgte in drei Wellen mit einem ersten Anschreiben, Erinnerungsschreiben sowie bei inzwischen verzogenen ehemaligen Patientinnen und Patienten einem Anschreiben an die neue Adresse, soweit diese zu eruieren war. Der „Fragebogen zur Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg“ ist in der Onlineversion des Artikels einsehbar (siehe elektronisches Supplement [ESM 1], einzelne Passagen gemäß Copyright geschwärzt) und auch im Anhang der diesem Artikel zugrundeliegenden Dissertationsschrift veröffentlicht (Posch, 2020). Der Erhebungszeitraum war Januar (erster Versand) bis Juni 2018 (letzte einbezogene Rücksendung).

Über das Patienteninformationssystem der Klinik wurden im definierten Zeitraum 568 ehemalige Patientinnen und Patienten identifiziert, die die Einschlusskriterien er-

füllten und angeschrieben wurden. Unter diesen kontaktierten Patientinnen und Patienten lag die gültige Beteiligung an der freiwilligen Nachbefragung letztlich bei 87 Teilnehmenden (15.3%). Die grundlegenden Daten zur Soziodemografie und zur Behandlung in unserer Klinik im Kindes- und Jugendalter wurden dem Patienteninformationssystem der Klinik entnommen (Geburtsdatum, Geschlecht, Behandlungsbeginn und Behandlungsende, Diagnose, Setting [geschützt mit Unterbringung oder nicht], Anzahl der stationären Behandlungsepisoden 2006 und 2007).

Die schriftliche Befragung beinhaltete die Beantwortung von insgesamt 61 Items, die etablierten psychometrischen Instrumenten zuzuordnen waren oder in Anlehnung an andere Befragungen für diese Erhebung formuliert wurden. Initial wurden sieben „Warm-up“ Items vorgegeben, in denen anhand einer fünfstufigen Likert-Skala die Zufriedenheit mit der Behandlung bezogen auf allgemeine Aspekte beurteilt werden sollte. Derartige allgemeine Behandlungsaspekte haben einen relevanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung (Biering, 2010; Spießl, Schmid, Cording, Klein & Adler, 2006).

Zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Behandlung wurde die Kurzversion des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung FBB-K (Mattejat & Remschmidt, 1999) eingesetzt. Dieser enthält Unterskalen zum Erfolg der Behandlung (Ergebnisqualität, 4 Items) und der Beziehung zur Therapeutin oder zum Therapeuten (Prozessqualität, 3 Items) sowie eine Gesamtskala Zufriedenheit mit der Behandlung.

Gewalterfahrungen während der stationären Behandlung wurden anhand von 11 Items erfasst (die konkreten Formulierungen sind im Onlinesupplement einsehbar). Abgefragt wurde die Art von Gewalt (emotional, körperlich, sexuell ohne Körperkontakt, sexuell mit Körperkontakt, sexuell mit Geschlechtsverkehr) und die jeweilige Häufigkeit (nie, einmal, mehrfach). Im Falle einer Gewalterfahrung konnten Angaben zur gewaltausübenden Person gemacht werden (Therapeut_innen, Ärzt_innen, Psycholog_innen und Fachtherapeut_innen, Mitarbeiter_innen des Pflegeteams, Mitpatient_innen, Besucher_innen oder andere mit Freitextfeld) sowie in zwei weiteren Items Angaben zu Beschwerdemöglichkeiten und erhaltener Hilfe in der Klinik. Außerdem wurde analog zur erlebten Gewalt eigene Gewaltausübung erfragt. Neben einem abschließenden Freitextfeld für zusätzliche Mitteilungen bestand ein Gesprächsangebot, leitende Mitarbeitende der Klinik direkt zu kontaktieren.

Zur Messung der aktuellen Lebensqualität (26 Items) wurde der WHOQOL-BREF eingesetzt (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000). Diese deutschsprachige Kurzversion der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität beinhaltet Skalen zu den Bereichen: (1) Physisches Wohlbefinden (Schmerzen, Energie, Schlaf, Fortbewe-

gung, Alltagsfähigkeiten, Angewiesenheit auf medizinische Behandlung, Arbeitsfähigkeit), (2) Psychisches Wohlbefinden (Genuss des eigenen Lebens, Konzentration, Selbstzufriedenheit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, negative Gefühle, Lebenssinn), (3) Soziale Beziehungen (persönliche Beziehungen, Unterstützung, Sexualleben) und (4) Umwelt (Sicherheit, Wohnbedingungen, Geld, Gesundheitsdienste, Zugang zu Information, Freizeitaktivitäten, Umweltbedingungen, Beförderungsmittel) sowie in einer zusätzlichen Skala (5) einen Globalwert (Beurteilung Lebensqualität, Zufriedenheit mit eigener Gesundheit).

Deskriptive und Inferenzstatistik

Deskriptive Statistiken umfassten neben absoluten und relativen Häufigkeiten die dem jeweiligen Datenniveau angemessenen Maße der zentralen Tendenz und Dispersionsmaße. Die Fragestellungen nach Unterschieden zwischen den Probandengruppen mit und ohne Gewalterfahrung wurden entsprechend der jeweiligen Datenniveaus im Mann-Whitney-U-Test bzw. Chi-Quadrat-Test überprüft. Wegen nichtnormalverteilter Variablen wurden nonparametrische Tests durchgeführt (Fragestellung 2 zweiseitig, Fragestellungen 3 und 4 einseitig mit Irrtumswahrscheinlichkeit 0.05).

Ergebnisse

Die Basisdaten der Studienstichprobe ($N = 87$) und der Nichtteilnehmenden ($N = 481$) sind Tabelle 1 zu entnehmen. Bei Mehrfachaufenthalten ging der längste Aufenthalt der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten in die Berechnung ein. In diesem Zeitraum wurden 16.1% ($n = 14$) der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten ein weiteres Mal stationär aufgenommen, 8.0% ($n = 7$) noch häufiger. 78.2% ($n = 68$) wurden ausschließlich auf einer offen geführten Station behandelt. Bei 12 ehemaligen Patientinnen und Patienten (13.8%) kam es zu einer einmaligen, bei sieben (8.0%) zu mehrfachen Aufnahmen auf die geschützt geführte Intensivereinheit der Klinik. Teilnehmende waren eher weiblich und hatten eine etwas längere Behandlungsdauer im Kindes- und Jugendalter als Nichtteilnehmende.

Zum Zeitpunkt der Befragung, gut 10 Jahre nach der stationären Behandlung, waren die ehemaligen Patientinnen und Patienten zwischen 19 und 29 Jahre alt ($M = 24.53$, $SD = 2.53$). 26.4% ($n = 23$) gaben an, nach ihrem Aufenthalt in der KJPPP Würzburg nochmals stationär psychiatrisch behandelt worden zu sein. Zum Befragungszeitpunkt wurden 29.9% ($n = 26$) der Probandinnen und

Probanden ambulant psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt.

Gewalterfahrungen und Gewalttaten im Rahmen des stationären Aufenthaltes

59.7% ($n = 52$) der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten gaben an, während ihres stationären Aufenthaltes in der KJPPP Würzburg keinerlei Kontakt zu Gewalt gehabt zu haben. Die übrigen berichteten, entweder ausschließlich Gewalterfahrungen durch andere gegen sich selbst erlebt zu haben (29.9%, $n = 26$), ausschließlich selbst Gewalt gegen Mitpatientinnen oder Mitpatienten angewendet zu haben (2.3%, $n = 2$) oder beide Arten von Gewalt erlebt zu haben (8.0%, $n = 7$). Das im Fragebogen formulierte Gesprächsangebot, leitende Mitarbeitende der Klinik direkt zu kontaktieren, wurde nur in wenigen Einzelfällen in Anspruch genommen.

Art der Gewalt, Häufigkeit und Tätergruppen

Ehemalige Patientinnen und Patienten, die von Gewalterfahrungen berichteten, gaben am häufigsten an, emotional unter Druck gesetzt worden zu sein. Eine Übersicht der Arten von Gewalt bietet Tabelle 2, die sowohl die Angaben der Probandinnen und Probanden zu Gewalterfahrungen als auch zu eigener Gewaltausübung während des stationären Aufenthaltes enthält. In zwei Fällen (2.3% aller Probandinnen und Probanden) gaben Probandinnen Gewalt in Form von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt an, und in einem Fall (1.1%) zusätzlich Zwang zu Geschlechtsverkehr.

Als Verursacher emotionaler Gewalt wurden am häufigsten Mitarbeitende des Pflorgeteams ($n = 21$) sowie Mitpatient_innen ($n = 12$) genannt, seltener Therapeut_innen ($n = 4$) und in einem Fall Besucher_innen. Zu körperlicher Gewalt wurden dreimal Mitpatient_innen angegeben und einmal Mitarbeitende des Pflorgeteams. Sexuelle Gewalt ohne Körperkontakt ging dreimal von Mitpatient_innen aus und jeweils in einem Fall von Therapeut_innen und Mitarbeitenden des Pflorgeteams. Als Tätergruppe sexueller Gewalt mit Körperkontakt wurden einmal Mitpatient_innen genannt. Zusätzlich wurden von einer Probandin alle erfragten Arten von Gewalt durch „andere“ berichtet, diese jedoch nicht im zugehörigen Freitextfeld spezifiziert.

Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe vonseiten der Klinik

Fragen zu Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe durch die Klinik wurden im Fragebogen an die Probandengruppe ge-

Tabelle 1. Basischarakteristika der Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden

		Teilnehmende (N = 87)		Nichtteilnehmende (N = 481)	
Alter bei Aufnahme (Jahre)	M	14.00		13.83	
	SD	2.44		2.69	
Geschlecht	weiblich	67.8 %	(n = 59)	49.7 %	(n = 239)
Behandlungsdauer (Tage)	M	48.06		33.63	
	SD	32.80		26.90	
Diagnosen (nach ICD-10)	F1	0 %	(n = 0)	1.0 %	(n = 5)
	F2	4.6 %	(n = 4)	2.1 %	(n = 10)
	F3	10.3 %	(n = 9)	12.5 %	(n = 60)
	F4	31.0 %	(n = 27)	21.0 %	(n = 101)
	F5	20.7 %	(n = 18)	10.2 %	(n = 49)
	F6	0 %	(n = 0)	1.9 %	(n = 9)
	F7	0 %	(n = 0)	1.2 %	(n = 6)
	F8	1.1 %	(n = 1)	2.3 %	(n = 11)
	F9	29.9 %	(n = 26)	38.9 %	(n = 187)

Anmerkungen: N = Anzahl, M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung; F1 = organische Störungen; F2 = Störungen durch psychotrope Substanzen; F3 = schizophrene, schizotype, wahnhaftige Störungen; F3 = affektive Störungen; F4 = neurotische, belastungsreaktive, somatoforme Störungen; F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7 = Intelligenzminderung; F8 = Entwicklungsstörungen; F9 = Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.

Tabelle 2. Gewalterfahrungen und Gewaltausübung der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten (N = 87)

	Gewalterfahrung	Gewaltausübung
Irgendeine	33 (37.9%)	9 (10.3%)
emotional	30 (34.5%)	6 (6.9%)
körperlich	5 (5.7%)	4 (4.6%)
sexuell	9 (10.3%)	2 (2.3%)

Anmerkungen: Angegeben ist die Häufigkeit der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten, die irgendeine Gewalterfahrung bzw. eigene Gewaltausübung berichteten. Für die drei Gewaltkategorien waren jeweils Mehrfachnennungen möglich.

richtet, die angab, Gewalt in der KJPPP Würzburg erlebt zu haben (gültige Antworten $n = 27$, d. h. 81.8% derjenigen mit Gewalterfahrung gegen sich). Eine Minderheit dieser ehemaligen Patientinnen und Patienten sah Beschwerdemöglichkeiten (44.4%, $n = 12$) und etwa ein Viertel gab an, Hilfe vonseiten der Klinik erhalten zu haben (25.9%, $n = 7$).

Gewalterfahrung und personen- oder behandlungsbezogene Merkmale

Bezüglich personen- oder behandlungsbezogener Merkmale (Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Dauer des Aufenthaltes, Art der Station, Anzahl der Aufnahmen) bestand bei keinem Merkmal ein signifikanter Unterschied zwischen den Probandengruppen mit und ohne Gewalter-

fahrung während der stationären Behandlung. Die Daten der jeweiligen Probandengruppen sowie die zugehörigen Teststatistiken sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Gewalterfahrung und Behandlungszufriedenheit

Zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit diente die Gesamtskala des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung FBB-K mit einem Wertebereich von 0 bis 4 (je höher, desto zufriedener). Im einseitigen Mann-Whitney-U-Test ließ sich eine signifikant schlechtere Behandlungsbeurteilung der Probandengruppe mit Gewalterfahrung ($Mdn = 2.29$) als ohne Gewalterfahrung ($Mdn = 3.00$) zeigen ($z(54,33) = 2.890$, $p = .002$). Auch die beiden Unterskalen „Beziehung zum Therapeuten“ und „Erfolg der Behandlung“ wiesen signifikante Unterschiede zwischen den Probandengruppen mit und ohne Gewalterfahrungen auf. Eine grafische Darstellung ist in Abbildung 1 zu finden.

Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität

Zur Erhebung der Lebensqualität wurde der WHOQOL-BREF verwendet, der die folgenden Skalen beinhaltet: physische sowie psychische Lebensqualität, soziale Beziehungen, Umweltfaktoren und globale Lebensqualität. Auf der Skala globale Lebensqualität war im einseitigen Mann-

Tabelle 3. Personen- und behandlungsbezogene Merkmale der Probandengruppen mit und ohne Gewalterfahrung

		Mit (n = 33) Gewalterfahrung	Ohne (n = 54) Gewalterfahrung	Mann-Whitney-U-Test bzw. Chi-Quadrat-Test
Alter bei Aufnahme	in Jahren	Mdn = 15.00	Mdn = 14.00	$z(54,33) = -0.88$ $p = .381$
Geschlecht	weiblich	42.4% (n = 25)	57.6% (n = 34)	$\chi^2(1, N = 87) = 1.54$ $p = .245$
	männlich	28.6% (n = 8)	71.4% (n = 20)	
Dauer Klinikaufenthalt	in Tagen	Mdn = 49.00	Mdn = 42.50	$z(54,33) = -0.03$ $p = .981$
Art der Station	offen geführt	36.8% (n = 25)	63.2% (n = 43)	$\chi^2(1, N = 87) = 0.18$ $p = .790$
	Intensiveinheit	42.1% (n = 8)	57.9% (n = 11)	
Anzahl der Aufnahmen		Mdn = 1.00	Mdn = 1.00	$z(54,33) = -0.30$ $p = .764$

Anmerkungen: n = Anzahl, Mdn = Median.

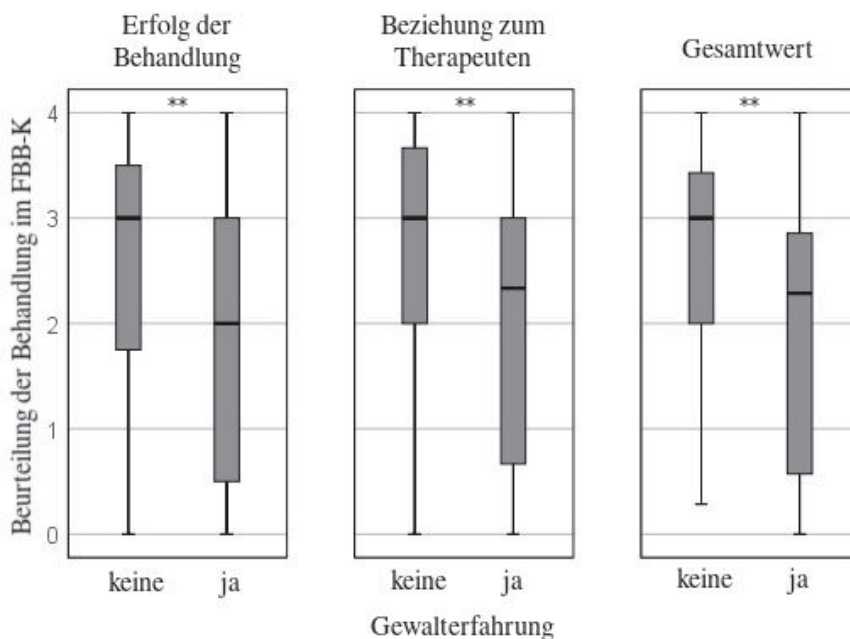


Abbildung 1: Gewalterfahrung und retrospektive Beurteilung der Behandlung im Kindes- und Jugendalter (FBB-K).
Anmerkung: Gruppenvergleich mit Mann-Whitney-U-Test; ** $p < .01$. Erfolg der Behandlung: Probandengruppen ohne (Mdn = 3.00) und mit (Mdn = 2.00) Gewalterfahrung ($z(54,33) = 2.828$, $p = .002$); Beziehung zum Therapeuten: Probandengruppen ohne (Mdn = 3.00) und mit (Mdn = 2.33) Gewalterfahrung ($z(54,33) = 2.581$, $p = .005$); Gesamtwert: Probandengruppen ohne (Mdn = 3.00) und mit (Mdn = 2.29) Gewalterfahrung ($z(54,33) = 2.890$, $p = .002$).

Whitney-U-Test eine signifikant geringere Lebensqualität der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrung (Mdn = 62.50) im Vergleich zu denjenigen ohne Gewalterfahrung (Mdn = 75.00) nachweisbar ($z(54,32) = 2.11$, $p = .017$). Ebenfalls signifikant war der Unterschied in den Bereichen psychische Lebensqualität und soziale Beziehungen. In den Bereichen der physischen Lebensqualität und Umweltfaktoren waren die Unterschiede der Probandengruppen mit und ohne Gewalterfahrungen nicht signifikant (siehe Tabelle 4).

Diskussion

Retrospektive Befragungen bergen grundsätzlich methodische Probleme, insbesondere die Verzerrung von Erinnerungen über die Zeit (*recall bias*) sowie die Selektionseffekte (*selection bias*) der Teilnehmenden, wie beispielsweise eine Positivselektion bei Befragungen zu Gewalterfahrungen. Andererseits kann der zeitliche Abstand zu potenziellen Gewalterfahrungen die Bereitschaft erhöhen, diese anzugeben. Dieser Punkt ist insbesondere bedeutsam vor dem Hintergrund, dass die Dunkelziffer ausgesprochen hoch ist und offensichtlich hohe Hürden für Kinder und Jugendliche bestehen, Hilfe

Tabelle 4. Aktuelle Lebensqualität (Mediane der Skalen im WHOQOL-BREF) der ehemaligen Patientinnen und Patienten mit und ohne Gewalterfahrungen

	Physisch	Psychisch	Soziale Beziehungen	Umwelt	Global
Ohne Gewalterfahrung; <i>n</i> = 54	82.14	70.00	75.00	78.13	75.00
Mit Gewalterfahrung; <i>n</i> = 32	71.43	52.08	62.50	75.00	62.50
<i>z</i>	-1.46	-1.67*	-2.75*	-0.86	-2.11*
<i>p</i> (einseitig)	.073	.048	.003	.195	.017

Anmerkungen: Gruppenvergleich mit Mann-Whitney-U-Test; * $p < .05$, ** $p < .01$.

in Anspruch zu nehmen und sich anderen Menschen zu offenbaren. Insbesondere bei sensiblen Themen können Verdrängung, Scham und soziale Erwünschtheit Antworttendenzen prägen. Vor diesem Hintergrund entschieden wir uns, eine retrospektive Befragung ehemaliger Patientinnen und Patienten durchzuführen, die mittlerweile die Volljährigkeit erlangt haben.

In der postalischen Nachbefragung ehemaliger Patientinnen und Patienten der KJPPP Würzburg nahmen mehr als 10 Jahre nach der Behandlung etwa 15% der Angesprochenen an der Befragung teil ($N = 87$). Von diesen berichtete mehr als ein Drittel Gewalterfahrungen während des stationären Aufenthaltes durch andere gegen sich selbst ($n = 33$, Teilnehmende mit Gewalterfahrung). Etwa 10% der Teilnehmenden gaben an, selbst gegen Mitpatientinnen und Mitpatienten Gewalt angewendet zu haben ($n = 9$). Von den allermeisten der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrung wurde emotionale Gewalt berichtet ($n = 30$), zumeist durch Mitarbeitende des Pflegeteams oder Mitpatientinnen und Mitpatienten. Seltener waren Angaben zu körperlicher Gewalt ($n = 5$) und sexueller Gewalt mit oder ohne Körperkontakt. Weniger als die Hälfte der teilnehmenden ehemaligen Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrung sah die Möglichkeit, sich zu beschweren, nur etwa ein Viertel nahm nach eigener Aussage Hilfsangebote durch die Klinik wahr.

Vor dem Hintergrund der oben berichteten Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung (Stoltenborgh et al., 2015) erscheinen die Angaben der ehemaligen Patientinnen und Patienten zu allen Arten von Gewalt vergleichsweise hoch, da der Behandlungszeitraum im Mittel nur 50 Tage umfasste und die Prävalenzschätzungen sich demgegenüber auf die gesamte Kindheit und Jugend beziehen. In der Allgemeinbevölkerung sind dies gegenüber den Teilnehmenden unserer Studie für emotionale Gewalt 36.3% vs. 34.5%, für körperliche Gewalt 22.6% vs. 5.7% und für sexuelle Gewalt 12.7% vs. 10.3%. Allerdings ist der Vergleich eingeschränkt aussagekräftig. Unsere retrospektiv erhobenen Daten stellen schon aufgrund der

geringen Rücklaufquote von 15% keine repräsentativen und generalisierbaren Ergebnisse dar. Zudem ist Vergleichbarkeit von Daten zur Gewalt gegen Kinder und Jugendliche generell durch unterschiedliche methodische Zugänge erschwert (Jud, Fegert & Finkelhor, 2016).

Ogleich eine Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse nicht gegeben ist, machen sie doch sehr deutlich, dass auch in einem Setting, das für Kinder und Jugendliche einen Schutzraum darstellen soll, Gewalterfahrungen existieren. Damit unterstreichen sie die Annahme, dass institutionelle Settings auch im klinisch-stationären Behandlungsrahmen per se ein Gefährdungspotenzial für Kinder und Jugendliche besitzen. Ein zentraler Schritt in der Auseinandersetzung mit der Problematik von Gewalt in institutionellen Settings besteht darin, Transparenz zu schaffen, Schutzkonzepte zu etablieren und deren Wirksamkeit zu evaluieren.

In bisherigen Studien wurden Risikomerkmale identifiziert, wie beispielsweise weibliches Geschlecht als Risikofaktor für sexuelle Gewalt (Stadler, Bieneck & Pfeiffer, 2012; Witt, Brown, Plener, Brähler & Fegert, 2017) oder das Vorliegen hoher psychischer Belastung (Fegert et al., 2018). Aus unseren erhobenen Daten konnten statistisch keine allgemeinen Risikokonstellationen in Bezug auf personen- oder behandlungsbezogene Merkmale abgeleitet werden (Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Dauer des Aufenthaltes, Art der Station [offen geführt vs. Intensiveinheit], Anzahl der Aufnahmen). Handlungsleitend in der Erarbeitung von Schutzmaßnahmen sind weniger statistisch abgesicherte Bezüge, sondern vielmehr die Identifikation von konkreten Gefährdungsmomenten in der jeweiligen Institution und ihren spezifischen baulichen, organisatorischen oder personellen Besonderheiten (Witt et al., 2018). Auch bezüglich möglicher Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrung und einzelnen Diagnosen zeigt sich im klinischen Alltag, dass externale Verhaltensprobleme oder auch ein fehlendes therapeutisches Arbeitsbündnis bei dringlicher Behandlungsnotwendigkeit alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen stellen. Notwendige und angemessene

einschränkende Maßnahmen können von Patientinnen und Patienten als zurücksetzend und gewaltsam erlebt werden. Andererseits besteht auch das Risiko, dass Behandelnde in Überforderungssituationen die Patientinnen und Patienten unangemessen begrenzen. Zentral sind hier Transparenz im Vorgehen, Herstellung eines Commitments hinsichtlich Behandlungszielen und Interventionen sowie regelmäßige Super- und Intervention.

Der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und Behandlungszufriedenheit wurde bislang nur vereinzelt beschrieben (Kaplan, Busner, Chibnall & Kang, 2001). Die retrospektive Zufriedenheit mit der Behandlung unserer ehemaligen Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrung während des stationären Aufenthaltes war erwartungsgemäß signifikant geringer als die derer ohne Gewalterfahrung. Im Fragebogen FBB-K ergab sich im Schnitt eine mäßige Zufriedenheit der teilnehmenden Patientinnen und Patienten, die Gewalterfahrungen angaben, und eine gute Zufriedenheit derer ohne Gewalterfahrung. Obwohl die Kausalität unklar bleibt, so verweist das Ergebnis doch darauf, dass erinnertes Gewalterleben und das heutige Bild der Patientinnen und Patienten von ihrer damaligen Behandlung in Beziehung stehen.

Auch die Lebensqualität der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrung während des stationären Aufenthaltes war etwa 10 Jahre nach der Behandlung signifikant geringer als die derer ohne Gewalterfahrung. Dies steht in Einklang mit bisherigen Studienergebnissen (Weber, Jud & Landolt, 2016) und könnte auf eine langfristige Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Gewalterfahrungen hinweisen. Die Kausalitätsfrage bleibt auch hier im retrospektiven Design offen.

Das Kinderschutzkonzept der KJPPP Würzburg zur Gewaltprävention wurde multiprofessionell auf der Grundlage von Kinderrechts- und Behindertenrechtskonvention erarbeitet und durch externe Expertinnen und Experten zusätzlich fachlich unterstützt. Eckpunkte bilden neben Aufklärung, Information und Ermuntern zur Thematisierung die Verankerung im Personalmanagement (Auswahlverfahren, polizeiliches Führungszeugnis, Selbstverpflichtung, Einarbeitung, Mitarbeitergespräche, Fortbildungen zum Thema Kinderrechte und Supervision), das Antizipieren von Gefährdungsmomenten, das Erkennen und Mitteilen von Verdachtsfällen, ein transparentes Beschwerdemanagement sowie der Interventionsstandard, der auch einen Leitfaden zum Umgang mit den möglichen Opfern und einen Leitfaden zum Umgang mit den möglichen Täterinnen und Tätern von Gewalt beinhaltet (Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum für Psychische Gesundheit, 2018). Darüber hinaus werden aktuell auf allen Stationen 2-wöchentliche Gesprächstermine zwischen den Patientinnen und Patienten und externen, nicht in dem Bereich arbeitenden Vertrauenspersonen eingeführt, um Hürden

in der Formulierung von Beschwerden und Belastungen auf der Station zu reduzieren.

Die Sensibilisierung für Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist das zentrale Anliegen der vorliegenden Nachbefragung. Zusätzlich zum Risiko innerhalb von Institutionen ist stets auch die extramurale Gefährdung von Kindern und Jugendlichen zu beachten. Diese im Rahmen der stationären Behandlung zu erkennen und ihr effektiv zu begegnen, muss ebenso Teil jedes umfassenden Kinderschutzkonzeptes sein (Dudas et al., 2019). Zusätzlich ist die Notwendigkeit der Evaluation herauszustellen. Es gilt, regelmäßig kritisch zu prüfen, ob das Kinderschutzkonzept erfolgreich im klinischen Alltag etabliert ist und dessen Ziele erreicht werden.

So besteht neben unserer retrospektiven Erhebung Bedarf im Hinblick auf die Erfassung der aktuellen Situation. Ein Vergleich zwischen aktuellen Daten und denjenigen der retrospektiven Befragung könnte zudem eine orientierende Evaluation des etablierten Schutzkonzeptes ermöglichen. Dabei wäre neben Angaben zu Gewalterfahrungen auch wichtig, zu erfahren, ob sich die geringe Wahrnehmung von Beschwerde- und Hilfsmöglichkeiten zum Positiven verändert hat. Im Sinne einer Gefährdungsanalyse kann eine Befragung von Patientinnen und Patienten zudem einen wichtigen Baustein liefern, um die Sicherheitsarchitektur kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern.

Die schwache empirische Datenlage zu Gewalterleben in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch die vorliegende Studie nicht nachhaltig erweitert. Die Relevanz unserer Befragung ist vorwiegend darin zu sehen, die Bedeutung des Themas Kinderschutz während der stationären Behandlung sichtbar zu machen. Die kritische Rückmeldung der jungen Patientinnen und Patienten ist ausdrücklich erwünscht und für die Qualitätssicherung unverzichtbar. Ziel einer jeden Einrichtung für Kinder und Jugendliche muss sein, eine „Kultur des Hinschauens“ zu etablieren.

Elektronisches Supplement

Das elektronische Supplement (ESM) ist mit der Onlineversion dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000905>.

ESM 1. Fragebogen zur Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg, Protokollversion 2.0, 2017.

Literatur

- Allroggen, M., Rassenhofer, M., Witt, A., Plener, P.L., Brähler, E. & Fegert, J.M. (2016). The prevalence of sexual violence: Results from a population-based sample. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(7), 107–113. doi:10.3238/arztebl.2016.0107
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Bieneck, S., Stadler, L. & Pfeiffer, C. (2011). *Erster Forschungsbericht zur Repräsentativerhebung Sexueller Missbrauch 2011*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN).
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 65–72.
- Bohm, B., Zollner, H., Fegert, J.M. & Liebhardt, H. (2014). Child sexual abuse in the context of the Roman Catholic Church: A review of literature from 1981–2013. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 635–656. doi:10.1080/10538712.2014.929607
- Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Bildung und Forschung. (Hrsg.). (2011). *Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich*. Verfügbar unter https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Abschlussbericht_RTKM.pdf?__blob=publicationFile
- Chandan, J.S., Thomas, T., Gokhale, K.M., Bandyopadhyay, S., Taylor, J. & Nirantharakumar, K. (2019). The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: A population-based retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6, 926–934. doi:10.1016/s2215-0366(19)30369-4
- Cropp, C., Streeck-Fischer, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schröder, A. & Leichsenring, F. (2008). Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 205–213. doi:10.1024/1422-4917.36.3.205
- DGKJP-Vorstand. (2019). *Stellungnahme zur aktuellen Pressedebatte über Grenzverletzungen in kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Einrichtungen*. Verfügbar unter <https://www.dgkjp.de/grenzverletzungen/>
- Dudas, L., Petrohoy, G., Esernio-Jenssen, D., Lansenderfer, C., Stirparo, J., Dunstan, M. et al. (2019). Every child, every time: Hospital-wide child abuse screening increases awareness and state reporting. *Pediatric Surgery International*, 35, 773–778. doi:10.1007/s00383-019-04485-2
- Fegert, J., Kölch, M., König, E., Harsch, D., Witte, S. & Hoffmann, U. (Hrsg.). (2018). *Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen: Für die Leitungspraxis in Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule*. Heidelberg: Springer.
- Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Entleitner, C., Mosser, P. et al. (2011). *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. Rohdatenbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Hoffmann, U., Fegert, J.M., König, E., Maier, A. & Herberhold, M. (2021). Entwicklung von Schutzkonzepten gegen (sexuelle) Gewalt im medizinisch-therapeutischen Bereich. *Kindheit und Entwicklung*, 30, 227–235. doi:10.1026/0942-5403/a000356
- Jud, A., Fegert, J.M. & Finkelhor, D. (2016). On the incidence and prevalence of child maltreatment: A research agenda. *Child and Adolescent Psychiatry and Ment Health*, 10, 17. doi:10.1186/s13034-016-0105-8
- Jud, A., Rassenhofer, M., Witt, A., Münzer, A. & Fegert, J.M. (2016). *Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch – Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs*. Berlin: Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J. & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 52, 202–206. doi:10.1176/appi.ps.52.2.202
- Kappler, S., Hornfeck, F., Pooch, M.-T., Kindler, H. & Tremel, I. (2019). *Kinder und Jugendliche besser schützen – der Anfang ist gemacht. Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt in den Bereichen: Bildung und Erziehung, Gesundheit, Freizeit*. Berlin: Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Kinderschutzleitlinienbüro. (Hrsg.). (2019). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)*, Langfassung 1.0. AWMF-Registernummer: 027-069. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069L_S3_Kindemisshandlung-Missbrauch-Vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2022-01.pdf
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- McNicholas, F., Reulbach, U., Hanrahan, S.o. & Sakar, M. (2016). Are parents and children satisfied with CAMHS? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33, 143–149.
- Pooch, M. & Kappler, S. (2017). *Datenreport des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015–2018) zu den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen, Heime, Kliniken und Einrichtungen des ambulanten Gesundheitsbereichs*. Berlin: Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Posch, I. (2020). *Die retrospektive Beurteilung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung nach 10 Jahren – Eine Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät, Julius-Maximilians-Universität, Würzburg.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 810–818. doi:10.1007/s00103-007-0244-4
- Spießl, H., Schmid, R., Cording, C., Klein, H. & Adler, L. (2006). Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für psychiatrische Kliniken. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 2–8. doi:10.1055/s-2005-919076
- Stadler, L., Bieneck, S. & Pfeiffer, C. (2012). *Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. (Forschungsbericht Nr. 118)*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A. & IJzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37–50. doi:10.1002/car.2353
- Tordon, R., Svedin, C.G., Fredlund, C., Jonsson, L., Priebe, G. & Syd-sjo, G. (2019). Background, experience of abuse, and mental health among adolescents in out-of-home care: A cross-sectional study of a Swedish high school national sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73, 16–23. doi:10.1080/08039488.2018.1527397
- UNICEF. (1989). *Konvention über die Rechte des Kindes*. Verfügbar unter https://www.unicef.de/_cae/resource/blob/194402/3828b8c72fa8129171290d21f3de9c37/d0006-kinderkonvention-neu-data.pdf

- UNICEF. (2017). *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*. New York: United Nations Children's Fund.
- Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum für Psychische Gesundheit. (2018). *Das Kinderschutzkonzept der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) Würzburg*. Verfügbar unter https://www.ukw.de/fileadmin/uk/kinder_jugendpsychiatrie/Kinderschutzkonzept_18e.pdf
- Weber, S., Jud, A. & Landolt, M. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. *Quality of Life Research*, 25, 237–255.
- Willems, H. (2014). *Macht und Missbrauch in Institutionen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Witt, A., Brown, R.C., Plener, P.L., Brähler, E. & Fegert, J.M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry in Mental Health*, 11, 47. doi:10.1186/s13034-017-0185-0
- Witt, A., Rassenhofer, M., Allroggen, M., Brähler, E., Plener, P.L. & Fegert, J.M. (2018). The prevalence of sexual abuse in institutions: Results from a representative population-based sample in Germany. *Sex Abuse*, 31, 643–661. doi:10.1177/1079063218759323
- World Health Organization. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>

Historie

Manuskript eingereicht: 24.05.2022
Nach Revision angenommen: 03.09.2022
Onlineveröffentlichung: 04.11.2022

Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

Priv.-Doz. Dr. Thomas Jans

Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum für Psychische Gesundheit
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg
Deutschland

jans_t@ukw.de