

## **Leitliniengerechter, medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet**

Studienprotokoll der gesundheitsökonomischen Evaluation und Vergütungsmodellierung im MeKidS.best-Projekt

Version 1.0

Dr. Nikola Blase  
Felix Plescher  
Lara Kleinschmidt  
Sandra Diekmann  
Sarah Schlierenkamp  
Berit Schoppen  
Prof. Dr. Thomas Ostermann  
Dr. Katharina Fetz  
Prof. Dr. Michael Paulussen  
Frauke Schwier  
Dr. Antje Hammer  
Dr. Monica Naujoks  
Berit Brose  
Philip Höhne  
Beate Behm  
Magnus Welz  
Dr. Silke Neusser

# IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 237

August 2023

## **Leitliniengerechter, medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet**

Studienprotokoll der gesundheitsökonomischen Evaluation und Vergütungsmodellierung im MeKidS.best-Projekt

Version 1.0

Dr. Nikola Blase (nikola.blase@medman.uni-due.de)  
Felix Plescher (felix.plescher@medman.uni-due.de)  
Lara Kleinschmidt (lara.kleinschmidt@medman.uni-due.de)  
Sandra Diekmann (sandra.diekmann@esfomed.de)  
Sarah Schlierenkamp (sarah.schlierenkamp@esfomed.de)  
Berit Schoppen (schoppen@medecon.ruhr)  
Prof. Dr. Thomas Ostermann (thomas.ostermann@uni-wh.de)  
Dr. Katharina Fetz (katharina.fetz@uni-wh.de)  
Prof. Dr. Michael Paulussen (m.paulussen@kinderklinik-datteln.de)  
Frauke Schwier (schwier@dgkim.de)  
Dr. Antje Hammer (antje.hammer@bvkj.de)  
Dr. Monica Naujoks (monicanaujoks@t-online.de)  
Berit Brose (berit.brose@tk.de)  
Philip Höhne (philliphendrik.hoehne@rh.aok.de)  
Beate Behm (beate.behm@dak.de)  
Magnus Welz (magnus.welz@datatree.eu)  
Dr. Silke Neusser (silke.neusser@esfomed.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)  
Universität Duisburg-Essen  
Universitätsstraße 12  
45141 Essen  
E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

## Zusammenfassung

In Folge eines steigenden Gefährdungsrisikos stellt der Kinderschutz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Der Kooperation von medizinischem Kinderschutz und Jugendhilfe kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Im bundesweit größten, sektorenübergreifenden, vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekt „MeKidS.best“ wird diese Kooperation aufgegriffen und erstmalig systematisch untersucht. Neben einer klinischen Evaluation, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt, wird eine gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt, deren Augenmerk auf den Leistungserbringern liegt. Hierzu erfolgt eine anonyme retrospektive Ermittlung der Ressourcenverbräuche als Bottom-up-Ansatz, die im Kontext der Gefährdungseinschätzung bei den Leistungsträgern anfallen. Die Erhebung der Ressourcenverbräuche erfolgt vor sowie nach Einführung von im Projekt entwickelten MeKidS.best-Standards und ermöglicht so einen Prä-/Post-Vergleich der Kosten des medizinischen Kinderschutzes (Kosten-Kosten-Analyse). Die differenzierte Erhebung der Ressourcenverbräuche im Kontext des Abklärungsprozesses findet sowohl in vertragsärztlichen Praxen als auch in Kinderkliniken mit und ohne Sozialpädiatrische Zentren statt und stellt die Grundlage der projektimmanenten, gesundheitspolitisch zielgerichteten Vergütungs- und Finanzierungsmodellierung dar, die eine nachhaltige Etablierung der kooperativen Leistungserbringung über die Projektlaufzeit hinaus sicherstellen soll.

## Summary

As a result of an increasing risk of child endangerment, child protection is a task for society as a whole. The cooperation of medical child protection and youth welfare is of particular importance. In "MeKidS.best", the largest cross-sectoral project in Germany, which is funded by the Innovation Committee of the Federal Joint Committee, this is being taken up and systematically investigated for the first time. In addition to a clinical evaluation, which takes into account structural, process and outcome quality, there is also focus on the health economic evaluation of service provision. For this purpose, a retrospective determination of resource consumption is carried out as a bottom-up approach, which accrues in the context of risk assessment at the service providers. Data collection of resource consumption takes place before and after the introduction of a MeKidS.best standard and results in a cost comparison of services of medical child protection (cost-cost analysis). The differentiated survey of resource consumption in the context of the risk assessment process at the various locations of service provision (in SHI-accredited doctors' practices as well as paediatric clinics with and without social paediatric centres) forms the basis of the project-immanent, health policy-oriented remuneration modelling, which is intended to ensure the sustainable establishment of cooperative service provision beyond the project term.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Methodik.....	3
2.1. Gesundheitsökonomische Evaluation.....	3
2.2. Vergütungs- und Finanzierungsmodellierung.....	7
3. Ergebnisse.....	8
4. Diskussion .....	9
Literatur.....	12

# I. Einleitung

Kinderrechte sollten selbstverständlich, Schutz und Fürsorge die Grundlage einer gesunden Entwicklung und Entfaltung gesellschaftlicher Konsens sein. Die im November 1989 verabschiedete und im April 1992 für Deutschland in Kraft getretene Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen legt die Rechte des Kindes schriftlich nieder. Dabei wurde als eines der vier Grundprinzipien die Einhaltung des Kindeswohles festgeschrieben.

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wird es als natürliches Recht der Eltern aber auch ihre primäre Verpflichtung gesehen, für die Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu sorgen. Die staatliche Gemeinschaft wacht dabei über ihre Betätigung (Grundgesetz Art. 6, Abs. 2). Der Jugendhilfe kommt die Aufgabe zuteil, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (§ 1 Abs. 3 Punkt 4 SGB VIII). Gemäß § 1666 BGB handelt es sich um eine Kindeswohlgefährdung, wenn „[...] das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet [ist] und [...] die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage [sind], die Gefahr abzuwenden [...]“. Die Zuständigkeit, das Gefährdungsrisiko einzuschätzen, liegt bei den Jugendämtern (§ 8a SGB VIII). Seit Beginn der Zählung im Jahr 2012 kam es bis zum Höchststand im Jahr 2020 zu einem stetigen Anstieg - seit 2018 in besonders starker Weise (z.B. 2013: 38.622; 2018: 50.412; 2021: 60.551) [1].

Pädiater:innen<sup>1</sup> sind angehalten, das Risiko einer Gefährdung für das Wohl der Kinder und Jugendlichen einzuschätzen und falls sie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte erkennen, eine Mitteilung an das Jugendamt vorzunehmen (§ 4 KKG). Ihnen wird daher eine wichtige Rolle bei der Detektion von Kinderschutzfällen zuteil. In einer im Jahr 2019 veröffentlichten S3+ Kinderschutzleitlinie ist dabei das standardisierte Vorgehen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen beschrieben [2]. Zentrales Element stellt auch hierbei die gesetzlich verankerte, enge Kooperation unter anderem der Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie der Jugendhilfe dar (§ 3 KKG).

Das in der Leitlinie beschriebene kooperative Prozedere findet jedoch in der Versorgungsrealität häufig (noch) keine Anwendung. Mögliche Ursachen können in der Neuartigkeit der Leitlinie sowie in Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den Akteuren liegen [3]. Ein weiterer

---

<sup>1</sup> Nebst weiteren Geheimnisträgern nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

potentieller Grund ist in der unzureichenden Vergütung der Leistungserbringung in den medizinischen Einrichtungen (Praxen, Krankenhäuser und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)) zu sehen. Die medizinische Leistungserbringung bei Verdachtsfällen auf eine Kindeswohlgefährdung ist durch die aufwändige Gesprächsführung mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Angehörigen sehr zeit- und damit kostenintensiv [4]. Zudem sind zur Gefährdungseinschätzung weitreichende Kooperationen der Akteure notwendig – sowohl sektorenübergreifend innerhalb der medizinischen Leistungserbringung als auch trägerübergreifend mit Verantwortlichen in der Jugendhilfe. Die Etablierung dieser Strukturen findet im Vergütungssystem bis dato keine Berücksichtigung.

Im Rahmen des vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Forschungsprojektes „Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet – Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung von Kindeswohlgefährdungen [MeKidS.best]“ (Förderkennzeichen 01NVF18001) wurde als neue Versorgungsform unter der Konsortialführung der MedEcon Ruhr GmbH seit 2019 ein Kooperationsnetzwerk aus neun am Projekt beteiligten Kinderkliniken, zum Teil mit angeschlossenen SPZ (MeKidS.Units)<sup>2</sup>, aus dem Zuweiserumkreis 15 assoziierten vertragsärztlichen Praxen für Kinder- und Jugendmedizin (MeKidS.Praxen), sowie den jeweilig zuständigen Jugendämtern etabliert. Die medizinischen Zentren des Projektes werden auch als MeKidS.best-Einheiten bezeichnet. In enger Abstimmung zwischen den klinischen Leistungserbringenden sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. erfolgte eine Definition des Versorgungsstandards auf Grundlage der Kinderschutz-Leitlinie (die sogenannten MeKidS.best-Standards) und die entsprechende Schulung der Mitarbeitenden in den MeKidS.best-Einrichtungen. Neben einer klinischen Evaluation<sup>3</sup> der leitliniengerechten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung unter Berücksichtigung der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität, ist eine gesundheitsökonomische Evaluation Teil des Projektes. Auf Grundlage ihrer Ergebnisse werden eine gesundheitspolitisch zielgerichtete Vergütung über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme zur

---

<sup>2</sup> Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, St. Josef-Hospital Bochum; Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln; Klinikum Dortmund – Westfälisches Kinderzentrum; HELIOS St. Johannes Klinik – Kinder- und Jugendklinik; Elisabeth Krankenhaus Essen – Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Klinik für Kinder- u. Jugendliche Gelsenkirchen - Bergmannsheil und Kinderklinik Buer; Ev. Krankenhaus Oberhausen – Klinik für Kinder und Jugendliche; Marien Hospital Witten – Kinder- und Jugendklinik; HELIOS Klinikum Wuppertal – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

<sup>3</sup> Evaluierendes Institut: Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Forschungsmethodik und Statistik in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Pädiatrie

Überführung der Projektergebnisse in die Regelversorgung entwickelt. Ziel ist es, im Folgenden die methodische Vorgehensweise der gesundheitsökonomischen Evaluation sowie der Entwicklung von Vergütungs- und Finanzierungsmodellen zu beschreiben.

## 2. Methodik

### 2.1. Gesundheitsökonomische Evaluation

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation ist es, Ressourcenverbräuche und damit verbundene Kosten im Rahmen der leitliniengerechten Identifikation, Abklärung und Weiterleitung von Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung zu erfassen. Zudem soll ermittelt werden, inwieweit es Unterschiede in den Ressourcenverbräuchen vor und nach Einführung der MeKidS.best-Standards gibt.

Dazu erfolgt als Bottom-up-Ansatz eine retrospektive fallbezogene Ermittlung der Ressourcenverbräuche, die im Kontext der Gefährdungseinschätzung bei den Leistungsträgern in den verschiedenen Sektoren (Kliniken mit und ohne SPZ sowie Praxen) anfallen. Dabei werden Leistungen erfasst, die im direkten Zusammenhang mit dem Abklärungsprozess der Gefährdungseinschätzung stehen (= kinderschutzbezogene Leistungen). Der Begriff des Abklärungsprozesses wird im Projekt MeKidS.best definiert als Abklärung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung, an dessen Ende eine Gefährdungseinschätzung steht.

In die Studie „MeKidS.best“ werden in den MeKids.best-Einrichtungen alle Personen in die fallbezogene Evaluation eingeschlossen, die folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren, die
- gesetzlich krankenversichert sind und bei denen
- Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen und ein
- Abklärungsprozess initiiert wurde.

### *Beobachtungszeitraum und Datenerhebung*

Nach dem Einholen der Ethikvoten erfolgt für die fallbezogene Erhebung bereits sechs Monate vor (Baseline: 01.07.2020 bis 31.12.2020) sowie nach Einführung der MeKidS.best-Standards (Erprobungsphase (EP): 01.01.2021 bis 31.12.2022) die Kennzeichnung der Kinderschutzfälle in den MeKidS.best-Einrichtungen. Die fallbezogene Dokumentation der Ressourcenverbräuche wird retrospektiv nach dem jeweiligen Fallabschluss, auf Basis der in der Patientenakte dokumentierten Informationen durchgeführt. Die Daten werden anonym über einen eigens entwickelten Online-Fragebogen (LimeSurvey) durch die Leistungserbringenden in den Einrichtungen erfasst.

Dazu werden die fallbezogenen Ressourcenverbräuche in den MeKidS.best-Einrichtungen wie folgt ermittelt bzw. berücksichtigt:

1. In den teilnehmenden MeKidS.Units in der Baseline sowie der Erprobungsphase (aufgeteilt in zwei Zeiträume: EPI (2021) und 2 (2022)) also vor und nach der Implementierung der MeKidS.best-Standards.
2. In den teilnehmenden MeKidS.Praxen nach der Implementierung (Erprobungsphase) der MeKidS.best-Standards.

### *Fallbezogene Evaluation in Kinderkliniken mit/ohne SPZ (MeKidS.Units)*

Die Evaluation wird in den MeKidS.Units im Sinne einer Vollerhebung im Prä-Post-Vergleich durchgeführt. Die Phase vor der Implementierung der MeKidS.best-Standards dient dabei als Kontrollzeitraum.

In allen Beobachtungszeiträumen erfolgt eine fallbezogene Erfassung je Patient:in aller durchgeführten Maßnahmen in der Versorgung von Verdachtsfällen über den gesamten Fall, die im Zusammenhang mit dem Abklärungsprozess stehen. Die Datenerhebung erfolgt, sobald ein Fall als abgeschlossen definiert ist, d.h. es wird nicht erwartet, dass zukünftig weitere kinderschutzbezogenen Leistungen zur Einschätzung der Gefährdungssituation erbracht werden. Für die Fälle in der Erprobungsphase werden zusätzlich zur Dokumentation der Leistungen die Zeitverbräuche der einzelnen Maßnahmen erhoben.

Das standardisierte Erhebungsinstrument wurde auf Grundlage etablierter Kriterien zur fallbezogenen Erfassung der Ressourcenverbräuche (durchgeführte Maßnahmen und Zeitverbräuche der beteiligten Professionen) entwickelt. Es orientiert sich an den Verfahrensabläufen in den in der S3+ Kinderschutzleitlinie beschriebenen Behandlungspfaden (s. Tabelle 1). Für die Entwicklung des Erhebungsinstruments erfolgten semistrukturierte Leitfadeninterviews mit Ärzt:innen, Psycholog:innen und Sozialarbeiter:innen zu Zeitverbräuchen im Kontext eines Abklärungsprozesses. Für die Baselinephase wurde zudem eine schriftliche Befragung aller beteiligten MeKidS.Units zu den Zeitverbräuchen der beteiligten Professionen für die einzelnen Maßnahmen vorgenommen. In der Erprobungsphase werden Zeitverbräuche auf dieser Basis kategorisiert erhoben.

<b>Dimension</b>	<b>Maßnahme</b>
<b>Anamnese</b>	Anamnese [symptomorientierte Anamnese; Eigenanamnese; Familienanamnese; Gerinnungsanamnese; Sozialanamnese; Anamnese zu Vorsorge und Impfungen; Ganzkörperuntersuchung; Fotodokumentation]
	Erweiterte Anamnese
<b>Gespräche</b>	Aufnahme-/Eröffnungsgespräch
	Weitere Gespräche mit Personensorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen / Gespräche mit Kind bzw. Jugendlichen
<b>Diagnostik</b>	Bildgebung [MRT, CT, XT, US]
	Spurensicherung
	Laboruntersuchung
	Weitere Untersuchungen [z.B. Gynäkologie, psychologische Diagnostik]
	Koordination / Organisationsaufwand diagnostische Verfahren
<b>Interne/externe Kommunikation</b>	Interner fachlicher Austausch zum Zeitpunkt der Prozessinitiierung
	Fallbesprechung
	Anonymisierte Fallberatung
	Fallspezifischer Austausch Jugendamt
	Fallaustausch externe Einrichtungen (außer Jugendamt)

Dimension	Maßnahme
<b>Dokumentation / Entlassung</b>	Arztbriefe
	Zusätzliche Dokumentation
	Koordination / Organisation
	Zusätzliche interne Abklärung
	Entlassmanagement

CT: Computertomographie; MRT: Magnetresonanztomographie; US: Ultraschall; XT: Röntgen.

**Tabelle 1:** Maßnahmen entlang der Behandlungspfade entsprechend der S3+ Kinderschutzleitlinie (vereinfachte Darstellung)

### *Fallbezogene Evaluation in den Praxen*

Im Gegensatz zu den MeKidS.Units wird in den teilnehmenden Praxen eine retrospektive Erhebung der Ressourcenverbräuche lediglich nach Einführung der MeKidS.best-Standards (d.h. während der Erprobungsphase) durchgeführt. Dafür wurde das standardisierte Erhebungsinstrument der MeKidS.Units unter Einbezug von Experten an das ambulante Versorgungssetting der Praxen angepasst. Es besteht aus den Kategorien Anamnese/primäre Befunderhebung, Diagnostik und Dokumentation, Fallbesprechungen innerhalb des Praxisteam, pseudonymisierte/anonymisierte Fallberatung, Überweisung und Weiterleitung an medizinische Strukturen, Einbindung Jugendamt, Fallverantwortung, Hilfe- und Schutzkonzept. Durchgeführte Maßnahmen in der Versorgung von Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung sowie die Dauer bestimmter Maßnahmen bzw. beteiligte Professionen werden abgefragt.

### *Bewertung der Ressourcenverbräuche*

Die Bewertung der Ressourcenverbräuche erfolgt nach den etablierten Empfehlungen für standardisierte Bewertungssätze [5, 6, 7]. Es erfolgt eine strukturierte Recherche der Preise sowie der Verdienststruktur der beteiligten Akteure und eine Bewertung der Ressourcenverbräuche anhand des Arbeitskostenindex [8] und der Verdienststrukturerhebung [9]. Basisjahr für die Ermittlung der Verdienste ist 2020.

## *Kosten-Kostenanalyse*

Bezogen auf die Ressourcenverbräuche der MeKidS.Units, die in der Baseline- und Erprobungsphase erfasst werden, ist ein Kostenvergleich des medizinischen Kinderschutzes unter Verwendung der MeKidS.best-Standards im Vergleich zu der Phase vor der Implementierung dieser Standards möglich (Kosten-Kosten-Analyse). Dabei erfolgt die konservative Annahme, dass nach der Implementierung der MeKidS.best-Standards mindestens vergleichbar viele Kinderschutzfälle identifiziert, abgeklärt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden, wie vor der Implementierung der Standards.

Methodisch orientiert sich der Kostenvergleich an den Empfehlungen des 3. Hannoveraner Konsens und der AG Reha Ökonomie [10, 11]. Im Ergebnis werden durchschnittliche Kosten je Fall ermittelt, denen unterschiedliche Formen von Kindeswohlgefährdungen zugrunde liegen können. Die Kosten werden innerhalb der einzelnen Komponenten (bspw. Kosten für Gesprächsleistungen oder interne/externe Kommunikation) sowie als Gesamtkosten im Prä-Post-Vergleich gegenübergestellt [12].

## 2.2. Vergütungs- und Finanzierungsmodellierung

Mit dem Ziel, die gegenwärtige Vergütungssituation und daraus abgeleitet die Vergütungslücke im Kontext kinderschutzbezogener Leistungen abbilden zu können, erfolgt ein Abgleich der ermittelten Kosten der Leistungserbringung mit bestehenden Vergütungsregelungen - sowohl im stationären als auch in den ambulanten Behandlungssettings.

Im Online-Fragebogen der fallbezogenen Evaluation der Behandlungsfälle in den Kliniken werden die jeweiligen Abrechnungsdaten erfasst, was eine Darstellung der Vergütungssituation der unterschiedlichen Versorgungssettings in den MeKidS.Units ermöglicht. Als mögliche Settings der Leistungserbringung kommen neben der stationären Behandlung beispielsweise die Notfall- oder Ermächtigungsambulanzen, die Pädiatrischen Spezial- oder Hochschulambulanzen als auch die an den MeKids.Units angesiedelten SPZ in Betracht.

Mittels einer strukturierten Literaturrecherche werden zusätzlich Vergütungs- und Finanzierungskonzepte vergleichbarer Leistungsbereiche sowohl im Bereich ambulanter ärztlicher Leistungserbringung als auch spezialisierter Ambulanzen untersucht. Die Recherche wird um

Interviews mit Expert:innen aus den möglicherweise betroffenen Vergütungs- und Finanzierungssystemen ergänzt.

Mit dem Ziel, eine nachhaltige Etablierung einer sektoren- und trägerübergreifenden, leitliniengerechten Kinderschutzversorgung über die Projektdauer hinweg sicher zu stellen, werden Modelle für eine mögliche Vergütungs- und Finanzierungsstruktur entwickelt. Für die Identifizierung von Modellelementen eines reformierten Vergütungssystems wird, ebenso wie für die Kriteriologie zur Bewertung von Finanzierungs- und Vergütungssystemen, nach einer strukturierten Literaturrecherche auf einschlägige Literatur zurückgegriffen (z.B. [13, 14, 15, 16]).

Ein weiteres methodisches Element stellt ein Workshop mit Interessensvertretenden und Akteuren aus ambulanter und stationärer Versorgung, Jugendhilfe und freier Wohlfahrtspflege sowie Krankenversicherungsträgern dar. Ziel des Workshops ist, die entwickelten Modelle auf ihre Konsistenz zu überprüfen und ihre Bewertung mittels des Kriterienkatalogs zur Diskussion zu stellen.

### 3. Ergebnisse

Ziel des Projektes ist es, medizinischen Kinderschutz erstmalig als eine standardisierte, sektorenübergreifende und in lokalen sowie regionalen Netzwerken flächendeckend realisierbare Versorgungsform zu konzipieren, erproben und zu evaluieren. Vor diesem Hintergrund werden Ergebnisse zu Ressourcenverbräuchen sowie tatsächlich entstandenen Kosten im Kontext des medizinischen Kinderschutzes für die Abklärungs- und Weiterleitungsprozesse generiert. Hierzu erfolgt ein Vergleich der Ressourcenverbräuche vor und nach Einführung der MeKidS.best-Standards für die MeKidS.Units. Im Setting der vertragsärztlichen Versorgung in den kinder- und jugendmedizinischen Praxen werden die Kosten für die Leistungserbringung nach der Einführung der Standards erfasst.

Auf Grundlage der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation werden gesundheitspolitisch zielgerichtete Modellierungen zu Vergütungs- und Finanzierungskonzepten vorgenommen, um eine nachhaltige Abbildung von Kinderschutzleistungen zu entwickeln und somit eine Überführung der neuen Versorgungsform in der medizinischen Regelversorgung vorzubereiten.

## 4. Diskussion

Medizinische Leistungserbringende können im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Verhaltensauffälligkeiten oder verdächtige Verletzungen wahrnehmen, die auf eine Verletzung der psychischen oder körperlichen Integrität von Kindern und Jugendlichen durch Übergriffe oder Vernachlässigung hindeuten. Besonders herausfordernd ist, dass die Täter:innen häufig im familiären Umfeld zu suchen sind. Neben einer besonnenen Gesprächsführung ist insofern ein strukturiertes diagnostisches Vorgehen sowie eine adäquate Dokumentation zielführend, um eine valide Einschätzung und Übermittlung des Gefährdungsrisikos an die Jugendhilfe sicher zu stellen. Grundlage hierfür sollte die S3+ Kinderschutzleitlinie darstellen. Ein Ziel des Projektes ist es, die Erkennung von Kindeswohlgefährdung, die Diagnostik und rechtsverwertbare Dokumentation durch Schulungen der Mitarbeitenden in den medizinischen Einrichtungen und Definition von Standards zu verbessern.

Die Ermittlung der Ressourcenverbräuche in der Versorgung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung bietet die Möglichkeit im Rahmen einer Multicenterstudie, die Kosten für leitliniengerechten medizinischen Kinderschutz aus der Perspektive der Leistungserbringenden zu erheben. Hierbei werden die am medizinischen Kinderschutz beteiligten Einheiten beider Sektoren (in vertragsärztlichen Praxen sowie Kliniken sowie in den SPZs) mitberücksichtigt. Zudem ist die Abbildung möglich, wo der zeitliche und personelle Aufwand besonders hoch ist, um dieses bei einer möglichen Vergütungsgestaltung inkludieren zu können. Aufgrund zeitlicher, projektspezifischer Restriktionen können in der Baseline keine fallbezogenen Daten zu Zeitverbräuchen einzelner Maßnahmen erhoben werden. Die Ermittlung der Baseline-Kosten ist daher lediglich in Kombination mit Daten aus Interviews und Befragung der teilnehmenden Kinderkliniken möglich.

Die medizinische Leistungserbringung kann dabei sektorenübergreifend erfolgen. Dem Vorteil des besonderen und zum Teil langjährigen Vertrauensverhältnisses in den Praxen stehen die strukturellen Rahmenbedingungen mit zum Teil begrenzten diagnostischen Möglichkeiten oder fehlender interdisziplinärer Expertise gegenüber, so dass ein Verweis an Kliniken, Ambulanzen oder SPZs im Einzelfall erwogen werden muss. Die Vergütung der Leistungserbringung in den verschiedenen ambulanten sowie dem stationären Behandlungssetting ist dabei unterschiedlich

ausgestaltet und hinsichtlich ihrer Anreizwirkungen differenziert zu betrachten. Insgesamt kann die Finanzierung des medizinischen Kinderschutzes jedoch als unzureichend gesichert angesehen werden.

Die Mitarbeitenden der Jugendhilfe besitzen wiederum die Möglichkeit, den Familien Hilfe anzubieten oder gar die Kinder vor ihren eigenen Familien zu schützen. Weitreichende Entscheidungen, deren Fundament ein konstruktiver Austausch zwischen den Akteuren darstellen sollte. Die Wichtigkeit des Dialogs wird durch die gesetzliche Aufforderung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zum Kinder- und Jugendschutz auf Landesebene zwischen den vertragsärztlichen Leistungserbringenden und den Jugendämtern im Juni 2021 deutlich (§ 73c SGB V). Die Etablierung gelebter Kooperation zwischen den medizinischen Versorgungsbereichen sowie denen der Jugendhilfe in MeKidS.best zielt auf eine verbesserte Überleitung zu den Jugendämtern sowie eine optimierte Inanspruchnahme medizinischer Expertise durch die Jugendhilfe ab.

Auf Grund der Sensibilität des Themas ist es nicht möglich bei den versorgten Kindern und Jugendlichen bzw. stellvertretend bei den Sorgeberechtigten eine datenschutzrechtliche Einwilligung für die Teilnahme an der Evaluation einzuholen. Insofern kann in der Evaluation nur mit anonymen Daten gearbeitet werden, was in MeKidS.best durch ein zweistufiges Verfahren sichergestellt wird. In der ersten Stufe erheben die Klinikmitarbeitenden retrospektiv die relevanten Daten aus den Patientenakten und erfassen diese anonym in einem Onlinebogen. Dieser Datensatz enthält einige potenziell personenidentifizierende Attribute (wie bspw. Altersgruppe, Geschlecht und Kategorien für die Art der Kindeswohlgefährdung). Im nächsten Schritt werden die erfassten Daten immer erst dann für die evaluierenden Stellen freigegeben und übermittelt, wenn mehr als acht Datensätze zu einer Kombination der o.g. personenidentifizierenden Attribute vorhanden sind (k-Anonymität).

All diese Aspekte werden im bundesweit größten, sektorenübergreifenden MeKidS.best-Projekt aufgegriffen und erstmalig systematisch untersucht. Neben einer klinischen Evaluation, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt, liegt das Augenmerk auf der gesundheitsökonomischen Evaluation der Leistungserbringung. Die differenzierte Erhebung der Ressourcenverbräuche im Kontext des Abklärungsprozesses an den verschiedenen Orten der

Leistungserbringung stellt die Grundlage der projektimmanenten, gesundheitspolitisch zielgerichteten Vergütungsmodellierung dar, die eine nachhaltige Etablierung der kooperativen Leistungserbringung über die Projektlaufzeit hinaus sicherstellen soll.

## Literatur

[1] Kinderschutz: Kindeswohlgefährdungen bleiben auch 2021 auf hohem Niveau. Statistisches Bundesamt Destatis. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22\\_340\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22_340_225.html). Zugegriffen: 27. Juni 2023

[2]AWMF Leitlinienregister. S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>. Zugegriffen: 27. Juni 2023

[3]Bühning, P (2017) Kooperation ist unabdingbar. <https://cfdn.aerzteblatt.de/pdf/114/41/a1860.pdf>. Zugegriffen: 27. Juni 2023

[4]Winter, S M (2020) Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Medizinischer Kinderschutz: Abklärung unter einem Dach. Deutsches Ärzteblatt 2020. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=214305>. Zugegriffen: 27. Juni 2023

[5]Krauth C, Hessel F, Hansmeier T, Wasem J, Seitz R, Schweikert B. Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation - ein Vorschlag der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG). Gesundheitswesen. Oktober 2005;67(10):736–46.

[6]Bock JO, Brettschneider C, Seidl H, Bowles D, Holle R, Greiner W, u. a. Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation. Gesundheitswesen. 2015; 77(1):53-61. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2731190>. Zugegriffen: 27. Juni 2023

[7] Scholz S, Biermann-Stallwitz J, Brettschneider C, Damm O, Freytag A, Greiner W, u. a. Standardisierte Kostenberechnungen im deutschen Gesundheitswesen: Bericht der Arbeitsgruppe „Standardkosten“ des Ausschusses „ökonomische Evaluation“ der dggö. Gesundheitsökonomie Qual. Februar 2020;25(1):52–9.

[8] Statistisches Bundesamt Deutschland (Destatis) - GENESIS-Online. (2023). <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=62421->

0001&bypass=true&levelindex=1&levelid=1612858584642#abreadcrumb. Zugriff: 27. Juni 2023

- [9] Statistisches Bundesamt Deutschland (Destatis). Verdienststrukturerhebung. Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse - Ergebnisse für Deutschland - 2018. Fachserie 16 Heft 1. Erschienen am 14. September 2020, aktualisiert am 6. Oktober 2020. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/Publicationen/Downloads/verdienststrukturerhebung-heft-1-2162001189004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/Publicationen/Downloads/verdienststrukturerhebung-heft-1-2162001189004.pdf?__blob=publicationFile). Zugriff 27. Juni 2023
- [10] Graf von der Schulenburg JM, Greiner W, Jost F, Klusen N, Kubin M, Leidl R, u. a. Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. Gesundheitsökonomie Qual. 1. Oktober 2007;12.
- [11] Fydrich T, Geyer M, Hessel A, Sommer G, Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. Diagnostica. Oktober 1999;45(4):212–6.
- [12] Schöffski, O, Graf von der Schulenburg, J-M (2012). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer 4:1-601. DOI 10.1007/978-3-642-21700-5.
- [13] Perić N, Hofmarcher-Holzhacker M, Simon J (2017) Health system performance assessment landscape at the EU level: a structured synthesis of actors and actions. DOI 10.1186/s13690-016-0173-5.
- [14] Perić N, Hofmarcher M, Simon J (2018) Headline indicators for monitoring the performance of health systems: findings from the european Health Systems\_Indicator (euHS\_I) survey. DOI 10.1186/s13690-018-0278-0
- [15] Ahluwalia S, Damberg C, Silverman M, Shekelle P (2017) What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. DOI 10.1016/j.jcq.2017.03.010.
- [16] Walendzik A, Wasem J (2019) Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen - Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/aerztliche-verguetung-ambulanter-und-ambulant-erbringbarer-leistungen>. Zugriff 31.08.2023

# IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)  
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

