

## Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline

Miehlbradt, Laura Sophia; Kindler, Heinz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Miehlbradt, L. S., & Kindler, H. (2020). *Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-90411-8>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



Deutsches  
Jugendinstitut

## Abschlussbericht

Laura Sophia Miehlsbradt, Heinz Kindler

# Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline

# Impressum

© 2020 Deutsches Jugendinstitut  
Nockherstraße 2  
81541 München

Telefon +49 89 62306-0  
Fax +49 89 62306-162  
E-Mail [info@dji.de](mailto:info@dji.de)  
[www.dji.de](http://www.dji.de)

**ISBN 978-3-86379-329-6**

## **Forschung zu Kindern, Jugendlichen und Familien an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Fachpraxis**

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit über 50 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Träger des 1963 gegründeten Instituts ist ein gemeinnütziger Verein mit Mitgliedern aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Aktuell arbeiten und forschen 390 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (davon 252 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler) an den beiden Standorten München und Halle (Saale).

# Inhalt

1	<b>Ziele und Konzeption der externen Evaluation</b>	4
	Rahmung und Hintergrund	4
	Design und Verlauf der Evaluation	6
2	<b>Bedarf und eingeschätzte Nützlichkeit einer Hotline in einer Zufallsstichprobe ärztlicher Praxen</b>	8
3	<b>Analyse der Nutzungsdaten</b>	11
	Nutzung der Hotline	11
	Gefährdungsformen und Anrufzeiten	15
	Nutzerinnen und Nutzer	19
	Verdachtsgründe und Stand der Fallbearbeitung	20
	Eingangsfragen und Beratungsthemen	23
	Rückmeldung nach der Beratung	26
4	<b>Online-Befragung</b>	29
5	<b>Gruppendiskussion</b>	33
	Methodischer Ansatz	33
	Auswertung	34
6	<b>Gesamtfazit</b>	43
7	Angegebene Literatur	47

# Ziele und Konzeption der externen Evaluation

## Rahmung und Hintergrund

Besteht der Verdacht, dass Kinder und Jugendliche misshandelt, missbraucht und vernachlässigt werden oder in der konkreten Gefahr stehen, derartiges zu erleben, so müssen Fachkräfte verschiedener Berufsgruppen adäquat und schnell handeln (Gilbert u.a. 2009). Die Entscheidung über eine Mitteilung an staatliche Kinderschutzbehörden, in Deutschland das Jugendamt, erweist sich dabei als komplexer Entscheidungsprozess (Benbenishty u.a. 2014; Flaherty u.a. 2008), der mit vielfältigen Unsicherheiten bezüglich geeigneter Vorgehensweisen im Hinblick auf Diagnostik, Kommunikation mit Kindern und Eltern, Inhalte von Mitteilungen und empfohlene Maßnahmen verbunden sein kann. Obwohl im Gesundheitssystem in Deutschland mittlerweile eine intensive Auseinandersetzung mit Kinderschutzthemen erfolgt, deren Ergebnis unter anderem die 2019 gültig gewordene S3-Leitlinie "Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)" darstellt, haben verschiedene Autoren (z.B. Biesel und Kindler, im Druck) darauf hingewiesen, dass in Deutschland im Vergleich zur Situation im angloamerikanischen Raum (Fry und Casey, 2017, S. 32) nach wie vor relativ wenige Gefährdungsmitteilungen aus dem Gesundheitssystem eingehen. Im Hintergrund wird vermutet, von der Jugendhilfe bereitgehaltene Unterstützungsangebote, etwa basierend auf dem Beratungsanspruch nach § 4 KKG gegenüber dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe, seien nicht spezifisch genug, um auf Fragen und Anliegen von Angehörigen der Gesundheitsberufe gut eingehen zu können und auf diese Weise eine gute Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe fördern zu können.

An dieser Stelle will die 2017 in Form eines Modellprojekts ins Feld gestartete Medizinische Kinderschutz-Hotline der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm in Kooperation mit den DRK Kliniken Berlin Westend eine Lücke schließen. Die Medizinische Kinderschutz-Hotline ist an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe verortet und bietet bei Verdachtsfällen von Kindesvernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch Beratung rund um die Uhr an. Das Team der Beraterinnen und Berater setzt sich zusammen aus Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, für Kinder- und Jugendmedizin und für

Rechtsmedizin. Das Team aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen hat zudem eine Schulung zur „insoweit erfahrenen Fachkraft“ nach § 8a Abs. 4 SGB VIII durchlaufen, die spezielle Qualifizierungen zu Fragen des Kinderschutzes und der Kommunikation über Professionsgrenzen hinweg beinhaltet. Die Medizinische Kinderschutz-Hotline wird als ergänzende Ausgestaltung des im Bundeskinderschutzgesetz verankerten Rechtsanspruchs auf Beratung von Berufsheimnisträgern (§4 BKiSchG) in Fällen einer möglichen Kindeswohlgefährdung erprobt.

## **Design und Verlauf der Evaluation**

Die externe Evaluation der Medizinischen Kinderschutz-Hotline durch das Deutsche Jugendinstitut dient dazu, eine Datengrundlage für die Bewertung des Erfolgs oder Misserfolgs des Angebots zu schaffen. Dazu wurden insbesondere Befunde zur tatsächlichen Nutzung durch entsprechende Berufsgruppen, den jeweiligen Anliegen und Beratungsstrategien sowie der Bewertung der erbrachten Beratungsleistungen durch Nutzerinnen und Nutzer gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisevaluation der Medizinischen Kinderschutz-Hotline konzentriert sich auf drei Leitfragen:

- Wie lässt sich das Potential bzw. der Bedarf an den Leistungen der Hotline beschreiben?
- Wie lässt sich die Nutzung der Hotline während der Modellphase beschreiben?
- Wie lassen sich Qualität und Nutzen der Beratung beschreiben?

Zur Beantwortung der Frage nach Bedarf und Potential einer Hotline an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe wurde im Rahmen des beim DJI durchgeführten „Monitorings zum Stand der Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ in der Teilstudie zu Schutzkonzepten in Einrichtungen des ambulanten Gesundheitswesens (Pooch & Kappler 2017) eine Zufallsauswahl von niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinern befragt.

Einen weiteren Anhaltspunkt für den Bedarf geben Daten zur Nutzung des Angebots, die während der ersten Modellphase der Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal fortlaufend erhoben wurden. Die vom Projekt selbst entwickelte Basisdokumentation wurde, nach Erteilung des Evaluationsauftrags, mit Hilfe des DJI noch einmal überarbeitet und ab April 2018 zur Dokumentation der Anrufe eingesetzt. Die Zählung der eingehenden Anrufe wurde allerdings seit Aufnahme des Regelbetriebs der Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal im Juni 2017 ununterbrochen und unverändert fortgesetzt. Die Anrufdokumentation gibt Aufschluss über Häufigkeit der Nutzung der Hotline, ausgewählte Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer sowie Anliegen und Beratungsschwerpunkte.

Um Informationen zur Qualität der telefonischen Beratungen von den Anruferinnen und Anrufern selbst zu erhalten, wurden vom Personal der Hotline am Ende von Telefonaten Fragen zur Zufriedenheit und eingeschätzten Nützlichkeit der Beratung gestellt. Zusätzlich wurde beim DJI eine Online-Befragung mit vier Fragen programmiert. Am Ende der Beratungen wurden die Anruferinnen und Anrufer gebeten, den kurzen Fragebogen, der über einen Link auf der Internetseite der Kinderschutz-Hotline erreichbar war, zu beantworten. Auf die Unabhängigkeit der Evaluation wurde hingewiesen. Mit diesem Vorgehen sollte die Möglichkeit geboten werden, mit Abstand und ohne den möglichen Situationseffekt einer Hemmung von Kritik im Kontakt mit der Beratungsperson, die unmittelbar zuvor kostenlos beraten hatte, Rückmeldung zu geben.

In einem qualitativen Analyseschritt wurden schließlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hotline in einer Gruppendiskussion um ihre Einschätzung der Beratungstätigkeit gebeten. Hier wurden insbesondere bislang gut bzw. schwer zu beantwortende Fragen aus den Anrufen gesammelt und diskutiert, um Hinweise für die Weiterentwicklung des Angebots an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe herauszuarbeiten.

Zu den Rahmendaten der externen Evaluation ist festzuhalten, dass die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots hierfür am 15.05.2017 beim DJI einging. Am 01.06.2017 wurde ein entsprechendes Angebot abgegeben. Der Zuschlag wurde am 23.08.2017 erteilt. Von 11.01.2019 bis 31.07.2019 war eine wiss. Mitarbeiterin, Frau Miehlsbradt, im DJI mit der externen Evaluation betraut.



## Bedarf und eingeschätzte Nützlichkeit einer Hotline in einer Zufallsstichprobe ärztlicher Praxen

Im Rahmen des vom Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) beim DJI in Auftrag gegebenen „Monitoring zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ wurde in den Jahren 2015-2018 auch der Stand der Umsetzung von Schutzkonzepten in Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens untersucht.

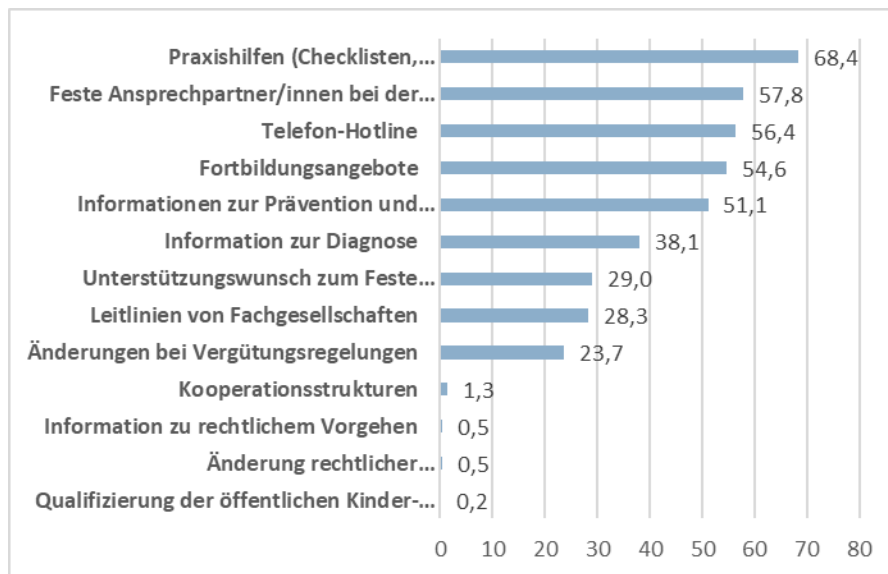
Im diesem Handlungsfeld wurde in den Jahren 2015/16 aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine quotierte Zufallsstichprobe mehrerer medizinischer Fachrichtungen gezogen und mit einem Fragebogen angeschrieben. Als Zielgröße wurden 900 teilnehmende Praxen festgelegt. Diese Zielgröße wurde deutlich überschritten. Beteiligt haben sich 1.157 Medizinerinnen und Mediziner aus dem ambulanten Gesundheitswesen. Aufgeschlüsselt nach Fachrichtung befanden sich darunter viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (n=559) sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (n=325). Weiter konnten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater (n=149), Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner (n=97) sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen (n=104) für die Befragung gewonnen werden.

In Abstimmung mit dem USBKM als Auftraggeber des Monitorings wurde im Kontext mehrerer möglicher Unterstützungsformen nach dem eingeschätzten Bedarf an einem Hotline-Angebot gefragt. Zudem wurde auch gesondert um eine Einschätzung des Nutzens einer Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal durch die Befragten gebeten. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt mit Zustimmung des USBKM.

Im Themenblock zu möglichen Formen einer weitergehenden Unterstützung in Fragen des Kinderschutzes im Handlungsfeld des ambulanten Gesundheitswesens gab beinahe die Hälfte der Befragten einen Bedarf an zusätzlicher Unterstützung an. Aus einer Liste möglicher Unterstützungsformen wurde mit 68,4% am häufigsten mehr Unterstützung am Arbeitsplatz, etwa durch Checklisten oder Dokumentationsvorlagen, gewünscht. Auch die Schaffung fester Ansprechpersonen auf Seiten der Jugendhilfe wurde häufig als mögliche Erleichterung der Arbeit im Kinderschutz genannt (57,8%). Bereits auf Platz drei der häufigsten Nennungen findet sich die (damals noch nicht existierende) Telefon-Hotline zur Rückversicherung und Beantwortung fachlicher Fragen (56,8%). Daneben wurden verbesserte Fortbildungsangebote (54,6%) sowie mehr Informationen

zur Prävention und Intervention (51,1%) von den Befragten im ambulanten Gesundheitswesen gewünscht.

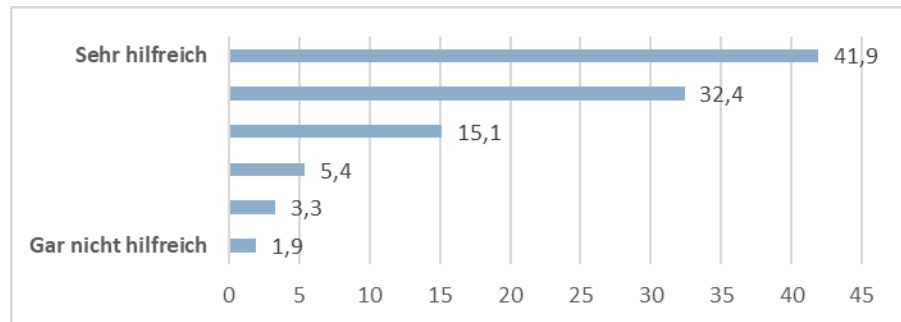
**Abbildung 1: Unterstützungswünsche hinsichtlich eines verbesserten Kinderschutzes in einer Zufallsstichprobe mehrerer ärztlicher Fachrichtungen aus dem Ärztereister**



Quelle: Pooch & Kappler, 2017, n= 1.157, alle Angaben %, Mehrfachnennung möglich

In einem zweiten Schritt wurden die Befragten gebeten einzuschätzen, wie sie die Nützlichkeit eines Hilfef Telefons für die Gesundheitsberufe in Fällen eines im Raum stehenden sexuellen Missbrauchs beurteilen. 74,3% aller Befragten gaben an, sie würden eine Telefonhotline für sehr hilfreich ode hilfreich halten.

**Abbildung 2: Eingeschätzte Nützlichkeit eines Hilfef Telefons für ärztliches und heilberufliches Personal in einer Zufallsstichprobe mehrerer ärztlicher Fachrichtungen aus dem Ärztere gister**



Quelle: Pooch & Kappler, 2017, n=1.157, alle Angaben %

### **Fazit: Bedarf und eingeschätzte Nützlichkeit einer Hotline**

Das Angebot einer Kinderschutzhotline für Gesundheitsberufe wurde von einer Zufallsstichprobe mehrerer ärztlicher Fachrichtungen aus dem bundesweiten Ärztere gister sehr positiv beurteilt. Dies gilt für die explizite Bitte, die Nützlichkeit eines solchen Angebots zu beurteilen. Nahezu vier Fünftel der Befragten schätzten das Angebot als sehr hilfreich bis hilfreich ein. Es gilt aber auch relativ zu anderen Möglichkeiten, den Kinderschutz in der Medizin zu stärken. Hier stellte die Hotline die am dritthäufigsten gewünschte Form einer verbesserten Unterstützung für den Kinderschutz in der Medizin dar.

## Analyse der Nutzungsdaten

Grundlage der Analyse der Nutzungsdaten bildet die Basisdokumentation der Anrufe durch die Beraterinnen und Berater der Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal. Die erste Version der Basisdokumentation wurde vor Beginn der Projektphase im Juni 2017 erstellt. Zum April 2018 erfolgte unter Beteiligung des Evaluationsprojektes am DJI eine Überarbeitung des Dokumentationsrasters. Das gesamte Raster wurde erweitert und einzelne Variablen wurden revidiert. Zentrale Variablen wurden aber übernommen und bis zum Ende des Erhebungszeitraums konstant gehalten. Der Schwerpunkt der nachfolgenden Darstellung liegt auf Daten zur Nutzung, zu Merkmalen der Anruferinnen und Anrufer, Beratungsinhalten, Vernetzung und Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer. Grundgesamtheit bilden alle von Juni 2017 bis zum 30. April 2019 erfassten Beratungsgespräche der Kinderschutz-Hotline. Nach jedem Telefonat haben die Beraterinnen und Berater das Dokumentationsraster ausgefüllt, sodass es sich um eine Vollerhebung handelt.

### Nutzung der Hotline

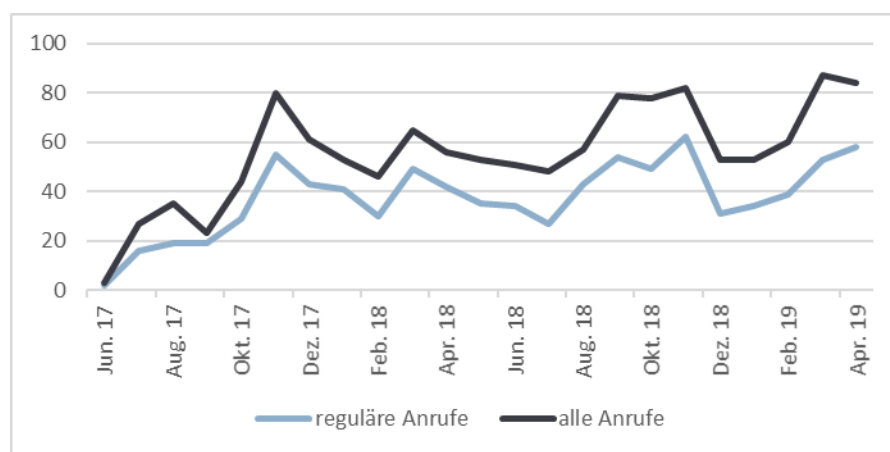
Die Medizinische Kinderschutz-Hotline verzeichnete seit ihrem Start im Juni 2017 bis zum Ende des Erhebungszeitraums am 30. April 2019 insgesamt 1.282 Anrufe. Nach einer ersten starken Steigerung im Zuge der Einführung der Hotline von Juni bis November 2017 pendelte sich die Nutzung über die restliche Laufzeit mit Schwankungen auf einem Niveau von durchschnittlich 55,7 Anrufen pro Monat ein.

Insgesamt entfielen seit der Freischaltung 378 Anrufe auf Angehörige von Berufen, die nicht zur Zielgruppe der ärztlichen und heilberuflichen Berufe zählen. In manchen Fällen wurde die Kinderschutz-Hotline zudem mit einer Hilfe-Hotline für die Allgemeinbevölkerung verwechselt, so dass sich vereinzelt Betroffene selbst, Elternteile, nahe Familienangehörige oder Personen aus dem weiteren Umfeld von Betroffenen meldeten. Diese sogenannten fachfremden Anrufe konnten nicht beraten werden und wurden bei Bedarf an entsprechende Stellen weiterverwiesen. Weiter gab es, wie bei allen Telefonangeboten, auch einige Anrufe, die nicht ernst gemeint waren, Personen, die sich verwählt hatten oder Anrufe, bei denen einfach aufgelegt wurde (n=40).

Durchschnittlich wurden pro Monat 37,6 reguläre Anrufe entsprechend der Ausrichtung der Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal verzeichnet. Als reguläre Anrufe werden die nicht fachfremden Anrufe bezeichnet. Die dokumentierten insgesamt 864 regulären Anrufe zwischen

Juni 2017 und April 2019 bilden die Grundgesamtheit der folgenden Analysen.

**Abbildung 3: Anrufe bei der Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal im monatlichen Verlauf**



Quelle: Eigene Darstellung, n=1.282 (alle Anrufe) / 864 (reguläre Anrufe), absolute Zahlen

Um einen eventuellen Trend in der Anzahl der regulären Anrufe über die Förderphase hinweg erkennen zu können, wurde eine Gerade so berechnet, dass die quadrierten Abweichungen von den tatsächlichen Anruhfrequenzen minimiert wurden. Über die gesamte Laufzeit ergab sich eine ansteigende Gerade mit einem Steigungskoeffizienten von 0,656. Wurden die ersten vier Monate aufgrund ihres besonders deutlichen Anstiegs der Anzahl der Anrufe ausgeschlossen, ergab sich für die restlichen 19 Monate der Laufzeit immer noch eine ansteigende Gerade mit einem Steigungskoeffizienten von 0,363.

Jenseits der einfachen Feststellung, dass die Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal tatsächlich genutzt wird, war es mangels belastbarer externer Kriterien schwer, die Nachfrage gemessen an der Anzahl der Anrufe zu bewerten. Forsdike-Young & Hegarty (2016) haben eine Übersicht der noch spärlichen Literatur über Hilfetelphone veröffentlicht, die sich an Professionelle im Gesundheitswesen wenden und nicht allgemein an Patientinnen und Patienten. Sie hielten fest, dass in der Literatur häufig über eine nur schleppend anlaufende Nutzung berichtet wurde (S. 597). Bezüglich der Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal galt dies nicht, da die Nutzungszahlen bereits in den ersten Monaten des Betriebs stark angestiegen waren und nach fünf Monaten eine erste Spitze in der Anzahl der Anrufe erreicht wurde. Dies deutet darauf hin, dass die Hotline erfolgreich bekannt gemacht wurde und auf einen vorhandenen Bedarf getroffen ist. Aus der amtlichen Statistik zu Gefährdungsmeldungen nach § 8a SGB VIII im Jahr 2017 ergab sich, dass bei den Jugendämtern bundesweit pro Monat etwa

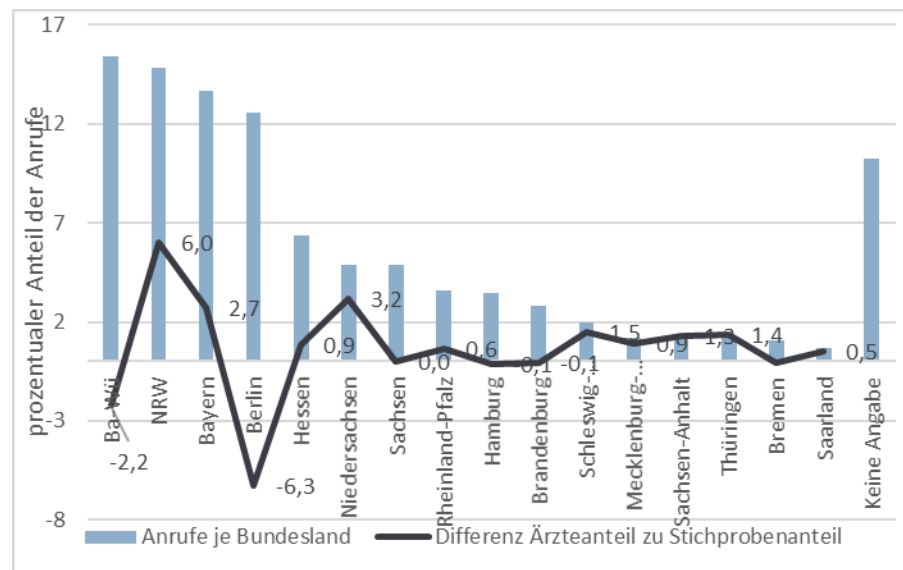
284 begründet erscheinende Mitteilungen aus dem Gesundheitswesen eingingen. Wird anhand der Befragungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (z.B. Frank & Kopecky-Wenzel, 2002; Heintze u.a., 2006) grob geschätzt, dass hinter einem gesichert erscheinenden Fall etwa zwei zweifelhafte Fälle stehen, ergibt sich, sofern die Zahlen relativ unverändert bleiben, ein Reservoir an monatlich mindestens 850 potenziellen oder tatsächlichen Gefährdungsfällen, mit denen sich ärztliches bzw. heilberufliches Personal pro Monat in Deutschland auseinandersetzen muss. In wie vielen Fällen ein Beratungsbedarf besteht, ist allerdings nicht bekannt. Ebenso wenig kann derzeit abgeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein solcher Beratungsbedarf vollständig und leicht zugänglich an anderer Stelle (z.B. Kinderschutzgruppe einer Klinik, Beratung nach § 8b SGB VIII beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe) abgedeckt werden kann. Bei durchschnittlich 38 regulären Anrufen durch ärztliches bzw. heilberufliches Personal pro Monat im Erhebungszeitraum erscheint es aber wahrscheinlich, dass die Kinderschutz-Hotline ihr Potenzial noch nicht ausschöpft.

Soweit dies aus dem Telefonat hervorging, wurden Anrufe bei der Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal danach kategorisiert, ob das erste Mal Kontakt zur Hotline aufgenommen wurde, es sich um einen wiederholten Anruf zu einem bestimmten Fall oder um einen wiederholten Anruf, aber zu einem neuen Fall handelte. Einen Erstkontakt stellten 79,3% der regulären Anrufe bei der Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal dar. Bei weiteren 6,2% der Anrufe hatten die Anruferinnen bzw. Anrufer im Rahmen eines anderen Falls bereits Erfahrung mit der Hotline gesammelt und nutzten diese mindestens zum zweiten Mal. 5,7% der Anrufe erfolgten im Rahmen einer besonders intensiven, wiederholten Beratung eines einzelnen Falls. Da die Anrufenden bei der medizinischen Kinderschutzhotline anonym blieben, wurde ein wiederholter Anruf als solcher allerdings nur registriert, wenn dies im Telefonat deutlich wurde. Die Anzahl der Anrufe in der Teilgruppe der erkennbar wiederholten Nutzungen ist nach der Anfangsphase der Hotline weitgehend konstant geblieben.

Die Verteilung der Anruferinnen und Anrufer über die Bundesländer zeigte Schwerpunkte. 56,6% der Anrufe stammten aus den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Berlin. Auffällig erschien hier insbesondere der Anteil der Anrufe aus Berlin, das als Stadtstaat deutlich kleiner ist als die anderen drei stark vertretenen Bundesländer. Da ärztliches und heilberufliches Personal die Zielgruppe der Kinderschutz-Hotline darstellt, wurde die Ärztestatistik 2018 als Referenzgröße herangezogen, um die Anteile der Anrufe pro Bundesland mit den Anteilen des Bundeslandes an der Anzahl aller Ärzte abzugleichen. Konkret wurde vom Anteil des Bundeslandes an allen Ärzten in der Ärztestatistik der Anteil des Bundeslandes an allen Anrufen bei Hotline, die einem Bundesland zugeordnet werden konnten, abgezogen. Ein positiver Wert zeigt daher eine

Unterrepräsentation des Bundeslandes bei den Anrufen an, während ein negativer Wert auf eine Überrepräsentation des Bundeslandes bei den Anrufen schließen lässt. Dabei wurde angenommen, dass sich die Anrufe, die keinem Bundesland zuzuordnen waren, gleichmäßig auf die Bundesländer verteilen. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse.

**Abbildung 4: Anrufe bei der Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal nach Bundesland**



Quelle: Eigene Darstellung (n=864, reguläre Anrufe, alle Angaben %); Abgleich mit Ärztestatistik (31.12.2018): Ärztinnen/Ärzte nach Landesärztekammer

Nach dem Abgleich des Anteils eines jeden Bundeslandes an allen in der Statistik gelisteten Ärztinnen und Ärzten in Deutschland mit dem Anteil eines jeden Bundeslandes an allen Anrufen bei der Hotline für ärztliches und heilberufliches Personal war Nordrhein-Westfalen mit 6,0 Prozentpunkten Differenz deutlich unterrepräsentiert. Auch aus Niedersachsen riefen mit 3,2 Prozentpunkten Differenz deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte an als im Verhältnis zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu erwarten gewesen wäre. Auf der anderen Seite wurde die Kinderschutz-Hotline im Bundesland Berlin mit -6,3 Prozentpunkten Differenz vergleichsweise häufig genutzt. Knapp überrepräsentiert bei den Anrufen war Baden-Württemberg mit -2,2 Prozentpunkten Differenz. Diese überproportionale Nutzung könnte durch die Standorte der Kinderschutz-Hotline in Berlin und Ulm und eine erhöhte regionale Präsenz und Bekanntheit der Hotline zu erklären sein. Zu überlegen wäre vor diesem Hintergrund eine zeitweise Intensivierung von Information und Werbung bezüglich des Hilfetelons in den unterrepräsentierten Bundesländern, eventuell verknüpft mit einer vergleichenden Erprobung verschiedener Strategien in verschiedenen Bundesländern.

## **Fazit: Entwicklung und Verteilung der Anrufe**

Nach der Einrichtung der Medizinischen Kinderschutz-Hotline im Juni 2017 hat sich rasch eine relativ stabile, wenn auch im Verlauf noch leicht zunehmende Nachfrage etabliert: Durchschnittlich wurde die Hotline seitdem 38-mal im Monat von Fachpersonal angerufen. Im Vergleich zu anderen Hotlines für medizinisches Personal ist dies ein Erfolg, der die positive Beurteilung der Nützlichkeit des Angebots in einer Zufallsstichprobe aus dem bundesweiten Ärzteregeister (Punkt 2) bestätigt. Anrufe bei der Medizinischen Kinderschutz-Hotline stammten aus ganz Deutschland. Jedoch gab es Bundesländer, die bei den Anrufen, gemessen an der Ärztedichte im Bundesland, unterdurchschnittlich abschnitten. Hier wäre eine Intensivierung von Information und Werbung zu überlegen.

## **Gefährdungsformen und Anrufzeiten**

92,3% der Nutzerinnen und Nutzer aus der Zielgruppe ärztlichen und heilberuflichen Personals riefen mit einer fallbezogenen Anfrage bei der Hotline an. Sie wendeten sich im Rahmen von Diagnostik, Behandlung oder Pflege konkreter Patientinnen und Patienten an die Hotline, da sie sich Sorgen um die mögliche Gefährdung eines Kindes machten. Lediglich bei 6,6% der Anrufe standen allgemeine Fragen zum Kinderschutzsystem im Mittelpunkt. Bei weiteren 1,1% der Anrufe wendeten sich Nutzerinnen und Nutzer mit sonstigen Belangen an die Hotline. Hierunter fielen beispielsweise Vortragsanfragen oder Bitten um Kitteltaschenkarten (Informationsmaterialien der Hotline im Kitteltaschenformat, etwa zum Schütteltrauma). Bei 70,3% der Anrufe konnte das Anliegen zu Beginn des Gesprächs konkret formuliert werden, was eine Beratung erleichterte. Bei weiteren 27,8% der Anrufe wurde das Anliegen von den Beratungspersonen anfänglich als diffus eingeschätzt. Jedoch konnten im Verlauf des Gesprächs konkrete Fragen herausgearbeitet werden. Lediglich bei 1,8% der Telefonate gelang, nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater, die Klärung des Anliegens nicht.

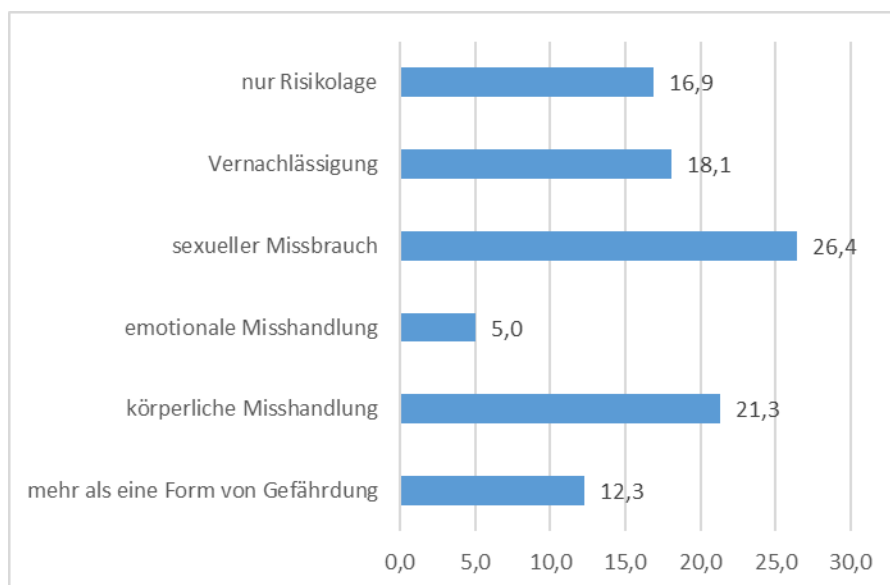
Die Medizinische Kinderschutz-Hotline war im Erhebungszeitraum 24 Stunden am Tag sieben Tage die Woche erreichbar. Die regulären Anrufe verteilten sich zu 77,4% über die Werktage Montag bis Freitag. Die restlichen 22,6% der Anrufe erfolgten entsprechend Samstag oder Sonntag. Über den Tag verteilt gingen 72,7% der Anrufe zwischen 9 und 17 Uhr ein. Außerhalb dieser Kernzeit nahm die durchschnittliche Anzahl der Anrufe deutlich ab. Immerhin noch 21,9 % der Anrufe erfolgten aber zwischen 17:00 und 24:00 Uhr und weitere 5,4% der Anrufe erreichten die Hotline zwischen 0:00 Uhr



und 9:00 Uhr morgens. Trotz dieser Verteilung ist es nicht einfach zu sagen, ob die kostenintensive durchgängige Erreichbarkeit aufrechterhalten werden sollte. Jenseits der Anzahl der Anrufe kann es in einem eventuellen Entscheidungsprozess hierzu sinnvoll sein, Merkmale der Anrufe, die an Wochenenden bzw. abends oder nachts eingingen, zu berücksichtigen. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass besonders komplizierte Fälle gehäuft in diesen Randzeiten besprochen wurden. Dies zeigt sich zunächst an der von den Beraterinnen und Beratern nach dem Telefonat notierten Dauer des Gesprächs. So dauerten nachts 87% der Telefonate länger als zehn Minuten, während dies tagsüber auf 62% der Telefonate zutraf. Weiter war der Anteil der Wiederholungsanrufe abends und an den Wochenenden etwas erhöht (8 bzw. 7% vs. 5%) und auch die häufig besonders schwierigen Fälle eines im Raum stehenden sexuellen Missbrauchs wurden an Wochenenden im Verhältnis zu den Werktagen (33% vs. 26%) und nachts im Verhältnis zu tagsüber (34 vs. 25%) häufiger beraten. Schließlich ist zu bedenken, dass insgesamt 43 Anrufe mit zugespitzter Risikolage, also der Beratungsperson ziemlich sicher vorhersehbar erscheinenden Schädigung des Kindes, in den Abend- oder Nachtstunden eingingen. Neun solche Fälle wurden am Wochenende beraten.

Von den anrufenden, ärztlichen bzw. heilberuflichen Fachpersonen wurden in der Darstellung konkreter Fälle die verschiedenen Gefährdungsformen in deutlich unterschiedlicher Häufigkeit vermutet. Mit 26,4% stellte sexueller Missbrauch (ohne vermutete andere Gefährdungsformen) die am häufigsten im Raum stehende Gefährdungsform dar, gefolgt vom Verdacht auf körperliche Misshandlung (21,3%) bzw. Vernachlässigung (18,1%). Emotionale Misshandlung wurde mit 5,0% verhältnismäßig selten als alleinige Gefährdungsform vermutet. Mit 12,3% gab es einen Anteil an Fällen mit Verdacht auf mehr als eine Gefährdungsform. Fälle, in denen die Anrufenden nicht davon ausgingen, dass es bereits zu Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch gekommen war, aber eine Gefahr solcher Ereignisse gesehen wurde, machten 16,9% der vorgestellten Fälle aus.

**Abbildung 5: Reguläre Anrufe bei der Kinderschutzhotline nach vermuteter Gefährdungsform durch anrufende Person**



Quelle: Eigene Darstellung (n=863, reguläre Anrufe, alle Angaben %)

Die Verteilung der von den Anruferinnen und Anrufern vermuteten Gefährdungsformen wies im Verhältnis zu amtlichen Kinderschutzstatistiken (z.B. Statistisches Bundesamt, 2018) und vertiefenden Hellfeldstudien deutliche Abweichungen auf. So dominierte in der amtlichen Statistik, d.h. unter den bei den Jugendämtern bekannt gewordenen Fällen, die Gefährdungsform „Vernachlässigung“ deutlich (2017: 61% der Fälle von akuter oder latenter Gefährdung), während nur in 4% der Gefährdungsmitteilungen Hinweise auf sexuelle Gewalt registriert wurden. Auch die aus dem Gesundheitswesen an die Jugendämter übermittelten Gefährdungsfälle zeigten diese Rangreihung der Gefährdungsformen. Vertiefende Studien im Hellfeld, der bei Jugendämtern bekanntwerdenden Gefährdungsfälle, deuteten zudem darauf hin, dass das Vorliegen mehrerer Gefährdungsformen eher die Regel denn die Ausnahme ist (z.B. Teupe, 2012). Die Unterschiede verdeutlichen, dass es sich bei den Fällen, die bei der Kinderschutzhotline vorgestellt wurden, um ausgewählte und mit Blick auf die telefonische Beratung "präsentierte" Fälle handelte und nicht um einen repräsentativen Querschnitt von Kinderschutzfällen.

Zu den Hintergründen lassen sich verschiedene Spekulationen anstellen. Ein im Raum stehender sexueller Missbrauch könnte deshalb einen im Vergleich zu amtlichen Daten deutlich überproportionalen Anteil der vorgestellten Fälle ausmachen, weil hier häufig besondere Unsicherheiten im Hinblick auf den Einbezug von Kindern und Sorgeberechtigten bestehen. Zudem handelt es sich um diejenige Gefährdungsform, bei der am häufigsten auch die Strafverfolgungsbehörden involviert werden, eine Falschbeschuldigung also

auf mehreren Ebenen erhebliche Konsequenzen haben könnte. Auch der hohe Anteil an Fallschilderungen mit nur einer im Vordergrund der Darstellung stehenden Gefährdungsform lässt sich vermutlich vor dem Hintergrund einer auf unklare Punkte und offene Fragen fokussierten Kommunikation und Fallpräsentation verstehen. Wichtig erscheint der Befund eines substantiellen Anteils an Fällen, in denen es nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater noch nicht zu Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch gekommen war, aber entsprechende Gefahren wahrgenommen wurden. Dies entspricht der zukunftsgerichteten Definition des Rechtsbegriffs der Kindeswohlgefährdung, die dann vorliegt, „wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“ (BGH Entscheidung vom 23.11.2016, XII ZB 149/16). Eine bereits erfolgte Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder ein bereits erfolgter sexueller Missbrauch ist demnach keine zwingende Voraussetzung für ein Kinderschutzhandeln. Deshalb ist es sehr sinnvoll, wenn durch die Kinderschutzhotline Fälle beraten wurden, in denen es noch nicht zu Gefährdungseignissen gekommen war, aber entschieden werden musste, ob eine Gefährdung im Sinne der Rechtsordnung vorlag und durch welches Handeln sie gegebenenfalls abgewendet werden konnte.

### **Fazit: Zeitliche Verteilung der Anrufe und Gefährdungsformen**

Nahezu durchgängig wurde die Hotline fallbezogen und mit konkretem Anliegen angerufen.

Eine Kontaktaufnahme erfolgte zumeist wochentags zwischen 9 und 17 Uhr. Es gibt Hinweise darauf, dass in den Randzeiten vermehrt besonders komplexe Fallkonstellationen vorgestellt wurden. Die Erreichbarkeit 24/7 könnte zudem wichtig sein um akute Notlagen aufzufangen. Solche zugespitzten Fallsituationen traten wochentags zwischen 9 und 17 Uhr, aber eben auch in den Randzeiten (abends, nachts und an Wochenenden) auf.

Die Hotline wurde bei allen Gefährdungsformen, auch in Fällen einer noch nicht erfolgten, aber als drohend eingeschätzten Misshandlung, sexuellen Gewalt oder Vernachlässigung genutzt. Der hohe Anteil an Anrufen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch lässt sich als Ausdruck der bei dieser Gefährdungsform bestehenden großen fachlichen Anforderungen im Hinblick auf Gefährdungseinschätzung und Hilfehandeln verstehen.

## Nutzerinnen und Nutzer

Die Kinderschutz-Hotline wurde von einem breiten Spektrum ärztlichen und heilberuflichen Personals kontaktiert. Anruferinnen waren mit 80% aller regulären Anrufe deutlich überrepräsentiert.

Unter den Gesundheitsberufen nutzten mit 48,8% Ärztinnen und Ärzte die Hotline am häufigsten. Mit 19,8% meldeten sich aber auch häufig Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Kinderschutz-Hotline. Der Anteil der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten lag bei 12,8% der Anrufe. Hier ist anzunehmen, dass die Beratung nicht hinsichtlich der in der Regel erwachsenen Patientinnen und Patienten, sondern deren Kinder oder Kinder im Umfeld erfolgte. Die restlichen 18,6% verteilten sich mit Werten kleiner 4% auf andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, etwa pflegende Berufe oder Rettungssanitäter. Dass deren Einbezug überhaupt gelang, ist ein wichtiger Erfolg, der möglicherweise mit auf die aktive Publikationsstrategie des Projekts auch in Fachzeitschriften für Pflege bzw. das Rettungswesen zurückzuführen war (z.B. Berthold u.a., 2017; Hoffmann, Bethold & Fegert, 2018). Werden die drei am stärksten vertretenen Berufsgruppen im Hinblick darauf verglichen, mit Anliegen zu welchen Gefährdungsformen sie sich an die Kinderschutz-Hotline wendeten, so zeigen sich kaum Unterschiede. Allein Hinweise auf körperliche Kindesmisshandlungen wurden von Ärztinnen und Ärzten häufiger zum Thema gemacht (29,2%) als von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (6,5%) und Fachkräften aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie (14,6%). Anrufendes ärztliches und heilkundliches Personal wurde nicht nur einer Berufsgruppe zugeordnet, sondern auch einem Fachbereich. Zumindest teilweise erlaubte diese Zuordnung Rückschlüsse darauf, inwieweit im beruflichen Alltag der anrufenden Personen überwiegend Kinder und Jugendliche oder Erwachsene behandelt wurden. Etwa zwei Drittel der Anrufe (64,9%) stammten demnach von Personen, die beruflich überwiegend mit Kindern und Jugendlichen zu tun hatten (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderchirurgie). Immerhin ein Drittel der Anrufe stammte entsprechend aber aus Fachbereichen mit ausschließlich oder überwiegend erwachsenen Patientinnen oder Patienten (z.B. Erwachsenenpsychiatrie, innere Medizin und Allgemeinmedizin, Zahnmedizin).

Die Nutzerinnen und Nutzer der Hotline arbeiteten zu 50% niedergelassen in einer Praxis. 28,1% waren im Setting einer Klinik tätig, 7,6% in Ambulanzen. Die restlichen Anruferinnen und Anrufer liessen sich keinem dieser drei Settings eindeutig zuordnen. Durchschnittlich gaben Nutzerinnen und Nutzer 10,71 Jahre Berufserfahrung an. Damit korrespondiert, dass Fachpersonen aus der Klinik, die die Hotline anriefen, zu einem hohen Anteil von 45,1% angaben, dort mit Entscheidungsbefugnis ausgestattet zu sein (z.B. Oberärztinnen und Oberärzte, Pflegedienstleitungen). Jedoch wurden auch

Anrufe von Personen in Ausbildung registriert und fast ein Viertel (24,1%) der Anruferinnen und Anrufer gab an, über fünf oder weniger Jahre an Berufserfahrung zu verfügen. Werden die drei Settings (Klinik, Ambulanz und niedergelassene Praxis) im Hinblick auf die zum Gegenstand eines Anrufs gemachten Gefährdungsformen miteinander verglichen, so überwiegen erneut Ähnlichkeiten. Hinweise auf körperliche Kindesmisshandlungen wurden allerdings aus Kliniken häufiger an die Kinderschutz-Hotline herangetragen als aus Ambulanzen bzw. Praxen (29,9% vs. 17,5 bzw. 18,9%).

### **Fazit: Nutzerinnen und Nutzer**

Die Kinderschutz-Hotline wurde von einem breiten Spektrum von Gesundheitsberufen genutzt. Der durch Anrufe dokumentierte Bedarf an Beratung durch die Hotline zog sich durch verschiedene Settings und über verschiedene Erfahrungsstufen.

Niedergelassene Nutzerinnen und Nutzer mit eigener Praxis waren stark vertreten. Es kann spekuliert werden, dass im Klinikkontext teilweise Möglichkeiten für Rücksprache und Einbindung spezialisierter Kompetenz bestehen, während für niedergelassene Anruferinnen und Anrufer die Möglichkeit zur raschen und kompetenten Rücksprache besonders attraktiv ist.

Erfreulich war die Nutzung der Kinderschutz-Hotline auch im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie bzw. Erwachsenenmedizin, da in der Fachdiskussion bereits seit langer Zeit betont wird, dass Patientinnen und Patienten häufig Eltern sind oder Kinder betreuen. Daher kann auch ärztliches und heilkundliches Personal in diesen Bereichen des Gesundheitswesens mit gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes konfrontiert werden.

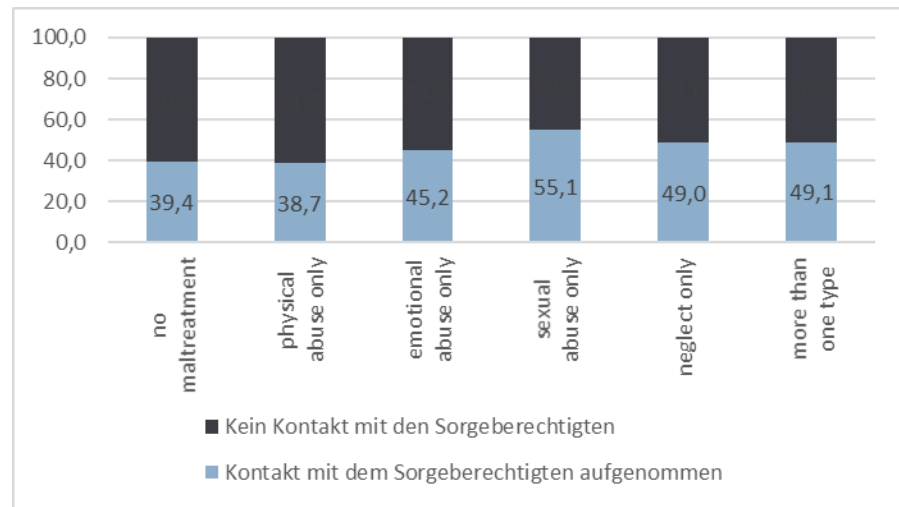
### **Verdachtsgründe und Stand der Fallbearbeitung**

Unabhängig von ihren konkreten Anliegen wurden Anruferinnen und Anrufer gebeten anzugeben, warum sie im vorliegenden Fall eine Misshandlung (oder andere Gefährdungereignisse) vermuteten. Bedingt durch diese Fragestellung wurde in Fällen, die als Risikofälle angesehen wurden, in denen bereits eingetretene Gefährdungereignisse aber nicht vermutet wurden, häufig keine Angaben kodiert (56,2% dieser Fälle). Ansonsten wurden bei diesen reinen Risikofällen überwiegend Auffälligkeiten im Verhalten von Eltern bzw. Kind

(13,7 bzw. 10,3% dieser Fälle) als Anlass genommen, eine mögliche spätere Eskalation zu vermuten. Ansonsten unterschieden sich die angegebenen Hinweise für die verschiedenen Gefährdungsformen deutlich. In der größten Gruppe mit sexueller Gewalt als vermuteter Gefährdungsform waren es überwiegend Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, dessen Äußerungen oder ein von der Begleitperson gegebener Hinweis (22,4%, 32,9% bzw. 17,5% dieser Fälle), die den Verdacht begründeten. In der nächst größeren Fallgruppe der Kinder mit Hinweisen auf eine körperliche Kindesmisshandlung waren häufig Anhaltspunkte wie eine mit dem Verletzungsbild inkongruente Anamnese, altersuntypische Verletzungen oder eine verzögerte ärztliche Vorstellung verdachtsbegründend (zusammen 29% der Fälle). Weiter spielten wieder Angaben des Kindes selbst (35,3%) oder Hinweise einer Begleitperson (13,6%) eine wichtige Rolle. Allein bei Verdachtsfällen für Vernachlässigung spielte eine erkennbar belastende psychosoziale Situation der Familie (26,9%) eine wichtige Rolle, ebenso Auffälligkeiten im Verhalten von Eltern (z.B. eine fehlende Umsetzung ärztlicher Empfehlungen) und Kind (29,5% bzw. 20,5%). Interessant scheint, dass auffällige Muster in der Eltern-Kind-Interaktion nur in 3% der Fälle als wichtiger Umstand genannt wurden, der zu einem Verdacht beigetragen hatte. Selten wurde ein Verdacht auch durch eine vom Jugendamt veranlasste Abklärung initiiert (1,9%).

Zum Stand der Fallbearbeitung zum Zeitpunkt des Anrufs wurde erhoben, inwieweit Anruferinnen und Anrufer zu diesem Zeitpunkt, das betroffene Kind bzw. die betroffenen Kinder bereits gesehen hatten, mit den Sorgeberechtigten die mögliche Gefährdung bereits thematisiert worden war und bereits fallbezogen Kontakt zu anderen Stellen im Kinderschutzsystem (z.B. Jugendamt, Polizei oder Familiengericht) aufgenommen worden war. Es zeigte sich, dass die große Mehrheit 70,7% der Anruferinnen und Anrufer das Kind, bei dem sie eine Gefährdung vermuten, bereits gesehen hatten (70,7%). Der substantielle Anteil an Anrufen ohne direkten Kontakt zu dem gefährdet erscheinenden Kind ist durch Anruferinnen und Anrufer aus dem Bereich der Erwachsenenmedizin erklärbar. Knapp die Hälfte (47,2%) der Anruferinnen und Anrufer hatte zum Zeitpunkt der Beratung durch die Hotline die mögliche Gefährdung auch bereits mit den Sorgeberechtigten thematisiert. Hinsichtlich der unterschiedlichen im Raum stehenden Gefährdungsformen zeigen sich hier leichte Schwankungen. Die höchste Zahl fand sich hier mit 55,1% beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch, wobei zwischen Gesprächen mit vermutlich nicht-missbrauchenden Elternteilen und im Verdacht stehenden Elternteilen nicht unterschieden wurde. Der niedrigste Wert mit 38,7% fand sich in Fällen eines Verdachts auf körperliche Misshandlung.

**Abbildung 6: Kontakt mit Sorgeberechtigten zur möglichen Gefährdung aufgeschlüsselt nach Gefährdungsform**



Quelle: Eigene Darstellung (n=767, reguläre Anrufe, alle Angaben %)

Für den Kontakt mit anderen Akteuren im Kinderschutz zeigte sich ebenfalls ein relativ gleichverteiltes Bild über die verschiedenen Gefährdungsformen. Nur dass hier in der Mehrheit der Fälle ein Kontakt noch ausstand. In insgesamt 79,6% der Fälle, in denen hierzu eine Information vorlag (n=771), wurde noch kein Kontakt zu anderen Kinderschutzakteuren aufgenommen. Am höchsten war dieser Anteil bei Fällen, in denen nicht angenommen wurde, dass es bereits zu Gefährdungsereignissen gekommen war, aber eine Gefahr solcher Vorkommnisse in der Zukunft gesehen wurde (83%). Am niedrigsten war der Anteil in Fällen emotionaler Misshandlung. Aber auch hier bestand in 76,2% der Fälle noch kein Kontakt zu anderen Kinderschutzakteuren. Die angegebenen Gründe hierfür waren mit 46,1% zum Großteil Unklarheiten bezüglich des weiteren Vorgehens. Weitere 29,8% gaben an, verunsichert in Bezug auf die Schweigepflicht zu sein, 20,1% hielten ihre bisherigen Anhaltspunkte für eine Gefährdung für zu vage, um mit anderen Akteuren im Kinderschutz fundiert Kontakt aufnehmen zu können.

### **Fazit: Verdachtsgründe und Stand der Fallbearbeitung**

Die Anrufe fanden teils vor, teils nach dem Gespräch mit Sorgeberechtigten über den im Raum stehenden Verdacht einer Gefährdung, mehrheitlich aber vor einer Kontaktaufnahme zu anderen Kinderschutzakteuren statt. Auslösendes Moment für den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung waren häufig und bei verschiedenen Formen von Gefährdung konkrete Äußerungen betroffener Kinder oder von Begleitpersonen gegebene Hinweise. Darüberhinaus spielten bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Verhaltensauffälligkeiten des betroffenen Kindes und bei möglicher körperlicher Kindesmisshandlung eine verzögerte Vorstellung, Unstimmigkeiten zwischen Befund und Alter oder zwischen Befund und Schilderung des Verletzungshergangs eine wesentliche Rolle. Als Hinweise auf Vernachlässigung wurden vor allem Belastungen der familiären Situation und Besonderheiten im Verhalten von Eltern und Kindern gesehen, wobei in die Kategorie kindlicher Auffälligkeiten auch Entwicklungsrückstände und Pflegemängel bei Kindern eingeordnet wurden.

Aufgrund der Breite der Verdachtsmomente in den bisherigen Anrufen erscheint eine breite inhaltliche Kompetenz bei den Beraterinnen und Beratern im Hinblick auf den Wert verschiedener diagnostischer Anzeichen und Möglichkeiten der weiteren Klärung erforderlich. Das in etwa der Hälfte der Fälle noch ausstehende Gespräch mit den Sorgeberechtigten über die mögliche Gefährdung fügt Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich schwieriger Elterngespräche dem benötigten Kompetenzprofil hinzu. Vor allem aber stand in einer großen Mehrzahl der Fälle die Kontaktaufnahme zu anderen Akteuren im Kinderschutz noch aus. Daher sind auch eine breite Feldkompetenz und ein gutes Verständnis der institutionellen Logiken von Jugendämtern, Polizei und Familiengericht für die Kompetenz sehr wichtig. Vor diesem Hintergrund erweist es sich als sinnvoller Schritt, dass alle Beraterinnen und Berater der Kinderschutz-Hotline eine Ausbildung zur "insoweit erfahrenen Fachkraft" nach § 8a SGB VIII absolviert haben.

## **Eingangsfragen und Beratungsthemen**

Nach der Überarbeitung des Dokumentationsrasters im April 2018 wurden bis zu drei Eingangsfragen der Anruferinnen und Anrufer zu Beginn der telefonischen Beratungen erfasst. Eine Kenntnis dieser Fragen ist zum einen potenziell für die Schulung der Beraterinnen und Berater bedeutsam. Die Fragen geben aber auch Aufschluss über die Probleme und Anliegen, die die Anruferinnen und Anrufer zu Beginn des Telefonats präsentiert haben. Auch wenn sich daraus im Verlauf einer Beratung weitere Themen entwickeln konnten, sind dies doch zunächst einmal die Punkte, auf die die Beraterinnen und Berater eingehen mussten. Für den Abschlussbericht wurden die erfassten Eingangsfragen in fünf Kategorien eingeteilt (vgl. Tabelle 1).



**Tabelle 1: Kategorien für die Eingangsfragen der Anruferinnen und Anrufer**

Kategorie	Beispiel
Diagnose und Dokumentation	Wie kann ich ein Schütteltrauma diagnostizieren?
Eigenes Schutzhandeln	Was soll ich tun, um das Kind zu schützen?
Rechtliche Einordnungen und Fragen	Muss ich hier anzeigen? Ist das eine Kindeswohlgefährdung?
Einbezug von Kooperationspartnern und Information über Hilfen	Kann das Jugendamt hier etwas machen? Gibt es Therapien für das Kind?
Kontaktgestaltung gegenüber Eltern und Kindern	Wie kann ich mit der Mutter reden?

Insgesamt wurden für 560 reguläre Anrufe die Eingangsfragen erfasst. Mehrheitlich eröffneten die Anruferinnen und Anrufer mit einer Handlungsfrage (58%), indem sie, verbunden mit einer Fallschilderung, um eine Einschätzung baten, wie sie weiter vorgehen könnten oder was sie noch tun sollten um das betreffende Kind zu schützen. Im Anschluss an diese sehr offene Eingangsfrage konnten im anschließenden Beratungstelefonat sehr vielfältige Themen angesprochen werden. Häufig wurde zunächst der Befund diskutiert (32,6%), teilweise wurden weitere medizinische Prozeduren erwogen (12,6%) oder rechtliche Fragen geklärt (40,6%). Vor allem aber wurde im Anschluss an diesen Typ von Eingangsfrage die Gesprächsführung mit Beteiligten (36,9%), Einbezug und Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (61,5%) oder Einbezug und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (33,8%) zum Thema. In den 14,7% der Anrufe, in denen zu Beginn eine rechtliche Frage gestellt wurde, wurden natürlich sehr häufig im Anschluss rechtliche Fragen besprochen und dies als Beratungsthema dokumentiert (59,7%). Weiter wurden in so eingeleiteten Telefonaten im Verlauf auch häufig Fragen des Einbezugs und der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (46%) oder mit anderen Akteuren besprochen (17,5%). Die schon selteneren Fälle (10,9%), in

denen bereits eingangs nach Kooperationspartnern und Hilfen gefragt wurde, führten regelmäßig zu einer Erörterung von Kontakt und Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (50,8%) und anderen Akteuren im Kinderschutz (32,8%). Dabei wurde häufig nach zu erwartenden Beurteilungen, Abläufen oder Möglichkeiten der Kooperationspartner gefragt. Am Rande spielten rechtliche Fragen nicht selten eine Rolle (23%). Wurde eingangs nach diagnostischen Vorgehensweisen und der Befunddokumentation gefragt (9,6 %), so standen in der Folge naheliegenderweise die Diskussion des bereits vorliegenden Befundes (53,7%), Fragen weiterer medizinischer Möglichkeiten (35,2%) und der Dokumentation im Mittelpunkt (27,8%). Häufig erweiterte sich das Beratungsthema aber im Hinblick auf Jugendamt (29,6%) und andere Kooperationspartner (25,9%), rechtliche Aspekte (22,3%) oder die Gesprächsführung mit Kindern und Eltern bzw. anderen Bezugspersonen (20,4%). Am seltensten wurden bereits zu Beginn des Beratungstelefonats Fragen zur Kontaktgestaltung mit Eltern und Kindern gestellt (4,1%). Rechtliche Fragen und Fragen von Dokumentation und weiterer Diagnostik spielten nach einer solchen Eingangsfrage eine geringe Rolle. Aber das Gespräch blieb auch selten bei Fragen der Kontaktgestaltung stehen. Mit 43,5% wurde sogar relativ selten dokumentiert, dass länger über die Kontaktgestaltung gesprochen wurde. Einbezug und Zusammenarbeit mit dem Jugendamt sowie mit anderen Akteuren im Kinderschutz waren gleich wichtige Themen (jeweils 43,5%).

Werden die kodierten Beratungsinhalte im Verlauf des Gesprächs unabhängig von den Eingangsfragen betrachtet, so stellte das Thema des Einbezugs und der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt das häufigste Beratungsthema der Kinderschutz-Hotline dar (63,1%). An zweiter Stelle standen rechtliche Themen (47,6%). Häufig wurden auch andere Akteure im Kinderschutz (33,2%) sowie die Gesprächsführung mit Kindern und Eltern (28,6%) zum Beratungsthema. Vorrangig medizinische Fragen wie die Besprechung bereits vorliegender Befunde (24,5%), das weitere medizinische Prozedere (8,0%) oder Fragen der Befunddokumentation (11,2%) wurden verhältnismäßig seltener diskutiert. Aufgrund der Bedeutung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) für die Schnittstelle zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe wurde ab April 2018 gesondert erfasst, welche Aspekte des Gesetzes in der Beratung angesprochen wurden, sofern das Gesetz im Beratungsgespräch überhaupt eine wesentliche Rolle spielte (n=169). Es zeigte sich, dass in diesem Kontext besonders häufig über die Befugnis zur Information des Jugendamts unter bestimmten Bedingungen (81,7%), die als Regelfall vorgesehene Information der Eltern hierüber (58,6%) und das Konzept des "gewichtigen Anhaltspunkts" (53%) informiert wurde. Weitere Themen waren die als Regelfall vorgesehene Erörterung der Situation mit Eltern und Kindern (46,2%), das Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen (39,6%) und der Beratungsanspruch der Anruferinnen und Anrufer gegenüber dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe (30,2%).

Nicht vorhergesehen, anhand der Eingangsfragen aber erkennbar war, dass die Hotline manchmal im Nachhinein zur Reflexion des Vorgehens in einem Fall genutzt wurde.

### **Fazit: Eingangsfragen und Beratungsthemen**

Beratungstelefonate schienen am häufigsten mit der Frage zu beginnen, wie die ratsuchende Person für den Schutz eines Kindes sorgen könne. So eröffnete Beratungen zeichneten sich dadurch aus, dass in der Folge eine Vielzahl an Themen erörtert werden konnten, die nötig sind um ein Handlungskonzept zu entwickeln. Standen rechtliche Fragen am Anfang, waren diese häufig die Grundlage um darauf aufbauend Fragen der Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und anderen Kooperationspartnern zu besprechen. In jeweils zehn Prozent oder weniger der Fälle waren Kooperationsfragen, Fragen rund um Diagnose und Dokumentation sowie Fragen zur Kontaktgestaltung mit Eltern und Kindern das Eingangsthema.

Bei den dokumentierten zentralen Inhalten der Beratungsgespräche lag der Schwerpunkt mit mehr als zwei Dritteln der Fälle beim Vorgehen im Hinblick auf das Jugendamt und andere Akteure im Kinderschutz. Dieses Ergebnis verdeutlicht, wie sehr Kinderschutz ein Kooperationsthema darstellt. Rechtliche Fragen, Fragen der Kontaktgestaltung mit Eltern und Kindern sowie die Besprechung vorliegender Befunde wurden ebenfalls noch häufig, d.h. in mindestens einem Viertel der Fälle, zu einem Beratungsthema.

### **Rückmeldung am Ende der Beratung**

Die am Ende des Telefonats durch die Beraterinnen und Berater erbetene Rückmeldung fiel nahezu durchwegs positiv aus. Bei 696 Telefonaten (80,6% der regulären Telefonate) wurde eine Rückmeldung gegeben. Auf einer Skala mit 4 Punkten (sehr hilfreich, eher hilfreich, eher nicht hilfreich, überhaupt nicht hilfreich) entfielen 74,6% der Bewertungen auf den Skalenpunkt "sehr hilfreich". 24% der Beratungen wurden als "hilfreich" bewertet. Auf die restlichen Skalenpunkte entfielen 1,1% (eher nicht hilfreich) bzw. 0,3% (überhaupt nicht hilfreich).

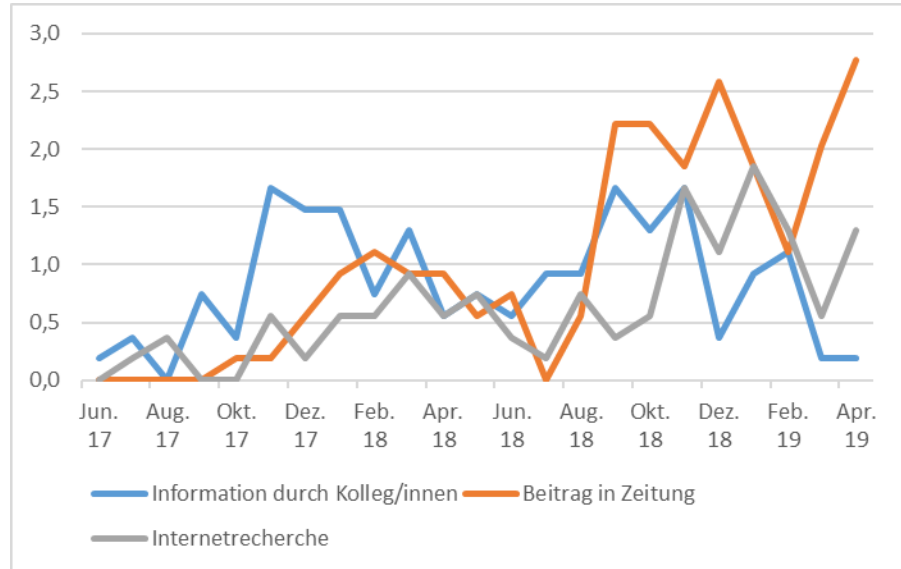
Weder für das berufliche Setting der Anruferinnen und Anrufer (Klinik versus Niedergelassen), das Geschlecht, die Berufserfahrung oder die Eingangsfrage ließen sich statistisch bedeutsame Unterschiede bei der Bewertung am Ende der Beratung erkennen. Für die Gefährdungsform zeigte sich jedoch ein statistischer Effekt. Wurden nach einer Rekodierung (um eine ausreichende Besetzung aller Zellen zu gewährleisten) Bewertungen als "sehr hilfreich" und

"andere Bewertung" miteinander verglichen, zeigte sich ein Verteilungsunterschied: Chi-Quadrat (696, 5) = 21,8;  $p = 0,001$ . Die Inspektion der Kreuztabelle ergab, dass reine "Risikofälle", in denen zwar eine Gefahr von Gefährdungsereignissen in der Zukunft gesehen, aber nicht angenommen wurde, dass sich solche Vorkommnisse bereits ereignet hatten, etwas negativer bewertet wurden, als der Rest der Fälle: Bei den reinen "Risikofällen" wurden 56,8% der Beratungen als "sehr hilfreich" bewertet. In den restlichen Fällen waren es 77,4%.

Auf detailliertere Nachfragen, worin der Nutzen der Beratung vorrangig bestanden habe (keine Mehrfachnennung), wurde in 440 Telefonaten geantwortet (50,9% der regulären Telefonate). Die Nutzerinnen und Nutzer gaben zu 44,3% an, mehr Handlungssicherheit erlangt zu haben. 27,7% sahen einen Wissenszuwachs bei sich selbst und weitere 20,2% gaben an, ihr geplantes Vorgehen im Fall nach dem Gespräch verändert zu haben. Emotionale Entlastung (4,5%) und die Klärung der eigenen Rolle (1,4%) spielten eine geringere Rolle.

Im Rahmen der Bitte um Rückmeldung wurde auch gefragt, wie die Anruferinnen und Anrufer vom Angebot der Kinderschutz-Hotline erfahren hatten. Bei 541 Telefonaten (62,6% der regulären Anrufe) wurden hierzu Angaben gemacht. Gemessen an der Gesamtzahl aller Nennungen spielten Beiträge in Zeitschriften und Zeitungen (21,5%) sowie Empfehlungen von Kolleginnen und Kollegen (17,9%) die größte Rolle. Über die aktive Suche im Internet wurden 13,5% der Anruferinnen und Anrufer auf die Hotline aufmerksam. Bewusste Werbeaktionen wie Anzeigen in Zeitungen (11,9%) oder Infomaterialien (10,7%) griffen vergleichsweise schlechter. Von nachrangiger Bedeutung waren Vorträge sowie Informationen durch Klinikträger und Vorgesetzte. Abgetragen über den zeitlichen Verlauf (Abbildung 7) zeigt sich eine große Variabilität in der Bedeutung der verschiedenen Informationswege zum Angebot der Kinderschutz-Hotline. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, wie wichtig es für das Angebot ist, sich kontinuierlich durch Beiträge in Fachzeitschriften, Printmedien und Online-Medien im Gespräch zu halten.

**Abbildung 7: Kontakt mit Sorgeberechtigten nach Gefährdungsform**



Quelle: Eigene Darstellung, Auswahl dreier wichtiger Informationswege über die Hotline: Kolleginnen und Kollegen (n=105), Fachzeitschriften und Zeitungen (n=126), Internetrecherche (n=79), absolute Zahlen

### Fazit: Rückmeldung am Ende der Beratung

Die Zufriedenheit nach der Beratung war bei den Anruferinnen und Anrufern, die Rückmeldung gegeben haben, überwältigend hoch. Genauer wurde der Nutzen häufig darin gesehen, mehr Handlungssicherheit und Wissen gewonnen zu haben. Auf die Frage, wie sie von der Hotline erfahren hatten, verwiesen die meisten Nutzerinnen und Nutzer auf Veröffentlichungen und Empfehlungen im Kreis der Kolleginnen und Kollegen. Deutliche Schwankungen in der Bedeutung verschiedener Informationskanäle über die Projektlaufzeit deuten darauf hin, dass es sehr wichtig ist, kontinuierlich an der Bekanntheit der Kinderschutz-Hotline zu arbeiten

▪

## Online-Befragung

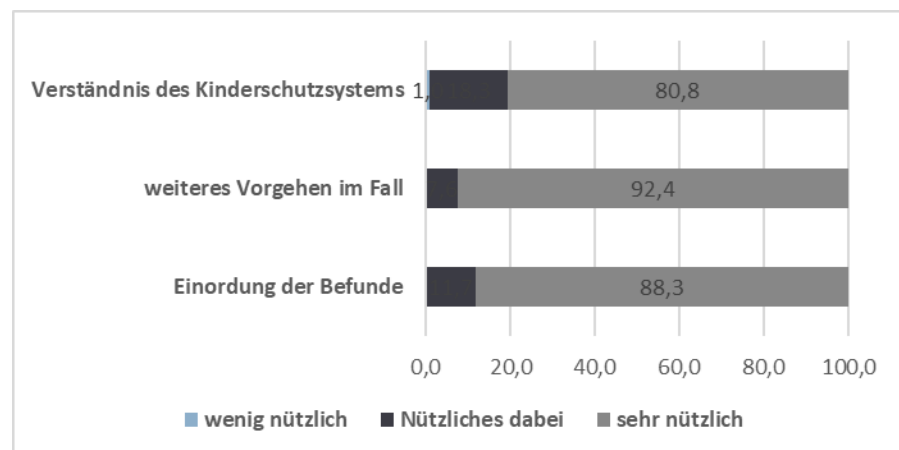
Von Oktober 2018 bis Juni 2019 wurden die Anruferinnen und Anrufer bei der Medizinischen Kinderschutz-Hotline im Anschluss an das Beratungsgespräch gebeten, an einer unabhängigen Online-Befragung zum Nutzen dieses telefonischen Angebots teilzunehmen. Es wurde dazu erklärt, dass die Befragung im Rahmen der externen Evaluation der Hotline stattfindet. Die Befragung war über einen Link auf der Homepage der Hotline ([www.kinderschutzhotline.de](http://www.kinderschutzhotline.de)) erreichbar. Der Link führte zu einer Befragungsseite, die gänzlich unabhängig von der Kinderschutzhotline durch das Team der externen Evaluation eingerichtet worden war. Realisiert wurde der Onlinefragebogen mittels des Programms SoSci Survey und auf [www.soscisurvey.de](http://www.soscisurvey.de) zur Verfügung gestellt. Auf der Befragungsseite wurden dann sechs Fragen zum Zeitpunkt der Beratung, zum eingeschätzten Nutzen der Beratung auf drei Dimensionen, zur Qualifizierung des eigenen Kinderschutzhandelns durch die Beratung und zur Bereitschaft, die Hotline Kolleginnen und Kollegen weiterzuempfehlen, gestellt.

Ziel dieses Teils der Evaluation war es, den Anruferinnen und Anrufern eine Möglichkeit zu bieten, jenseits einer eventuell stark beeinflussenden Situation am Ende des Beratungstelefonats Rückmeldung zu geben. Der Online-Fragebogen war über den Link auf der Homepage der Medizinischen Kinderschutz-Hotline frei zugänglich, da zum einen eine Vergabe von Zugangscodes am Ende des Beratungstelefonats, die dann hätten notiert werden müssen, als zusätzliche Teilnehmerschwelle gesehen wurde. Zum anderen hätten Zugangscodes, zumindest potenziell, eine Möglichkeit der Verknüpfung von Beratungsinhalten, Rückmeldungen und IP-Adressen geschaffen. Aufgrund der strikten Anonymität der Hotline war dies ein weiteres Gegenargument. Mit der freien Zugänglichkeit des Fragebogens entstand aber die Möglichkeit, dass der Fragebogen von Personen ausgefüllt wurde, die das Beratungsangebot der Kinderschutzhotline noch nicht genutzt hatten, aber auf die Hotline aufmerksam geworden waren und ihre Unterstützung bekunden wollten. Tatsächlich gab es zwischen Oktober 2018 und Juni 2019 19 solche Datensätze. Bei 107 ausgefüllten Fragebögen wurde jedoch auf eine Telefonberatung Bezug genommen. Diese 107 Datensätze bilden die Grundlage der folgenden Auswertung.

Mit leichten Schwankungen wurden pro Monat zwischen 10 und 20 Online-Bögen ausgefüllt. Mit 28,49% beantwortete etwa jede vierte Anruferin bzw. jeder vierte Anrufer im Befragungszeitraum den Online-Bogen. Diese Teilnahmebereitschaft (trotz klinischen Alltags) hat uns positiv überrascht. Der angegebene zeitliche Abstand zwischen der Beratung und dem Ausfüllen des Online-Bogens war zumeist gering. Zu 77,6% wurde angegeben, der Eindruck aus dem Gespräch sei zum Zeitpunkt des Feedbacks erst wenige Stunden alt.

Rückblickend schätzten die Anruferinnen und Anrufer, die sich an der Onlinebefragung beteiligten, die Nützlichkeit des Beratungsgesprächs auf allen drei abgefragten Dimensionen als sehr hoch ein. Abgefragt wurden die Dimensionen "Nützlichkeit für das Verständnis des Kinderschutzsystems", "Nützlichkeit für das weitere Vorgehen im Fall" sowie "Nützlichkeit für die Einordnung der Befunde". Es wurden jeweils drei Antwortoptionen angeboten: "wenig nützlich", "Nützliches dabei" und "sehr nützlich". Im direkten Vergleich der drei abgefragten Dimensionen wurde die Kategorie "sehr nützlich" mit 80,8% am seltensten im Hinblick auf das Verständnis des Kinderschutzsystems vergeben. Für das weitere Vorgehen im Fall wurde die Beratung dagegen zu 92,4% von den Befragten als "sehr nützlich" eingeschätzt. Und auch für die Einordnung der Befunde attestierten die Nutzerinnen und Nutzer zu 88,3% eine sehr hohe Nützlichkeit. Für alle drei Dimensionen wurde die Beratung bei maximal 1% als "wenig nützlich" eingestuft.

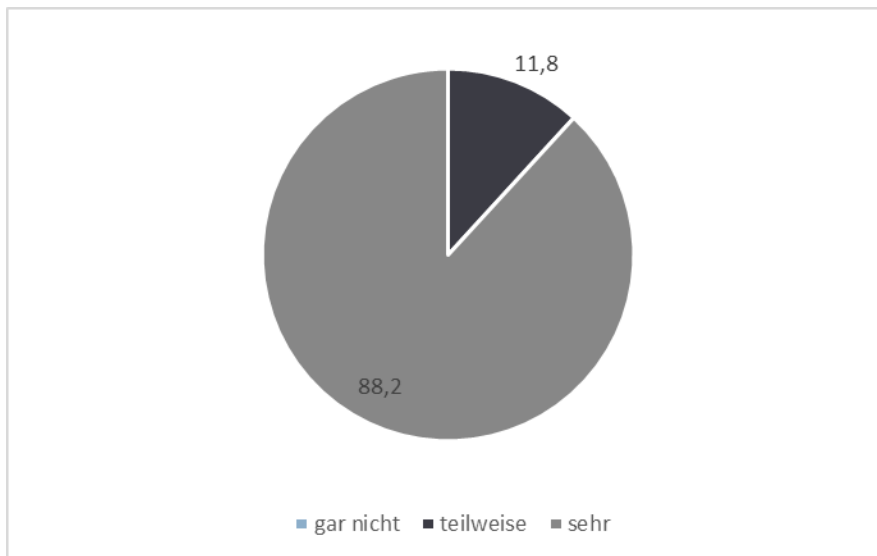
**Abbildung 8: Rückblickende Bewertung der Nützlichkeit der Beratung bei der Kinderschutz-Hotline**



Quelle: Eigene Darstellung, n=107 Datensätze, Angaben in Prozent

Zusammenfassend wurde danach gefragt, inwieweit durch die Beratung das Kinderschutzhandeln der Anruferin bzw. des Anrufers weiterqualifiziert worden sei. Angeboten wurden drei Alternativen: "gar nicht", "teilweise" und "sehr". Die positive Bewertung der Beratungen durch die Kinderschutz-Hotline bestätigte sich. 89,4% der an der Befragung teilnehmenden Personen gaben an, ihr Handeln sei "sehr" qualifiziert worden; auf das Statement, es habe keine Qualifizierung des Kinderschutzhandelns gegeben, entfiel keine einzige Nennung.

### Abbildung 9: Rückblickende Bewertung der Qualifizierung des Kinderschutzhandelns durch die Beratung



Quelle: Eigene Darstellung, n=104, alle Angaben %

Abschließend wurde nach der Absicht gefragt, nach der eigenen Erfahrung mit der Beratung durch die Kinderschutzhotline, dieses Angebot an Kolleginnen und Kollegen weiterzuempfehlen. Alle an der Befragung teilnehmenden Personen bejahten dies.

Sehr hohe Zufriedenheits- und Zustimmungsraten können unter Umständen berechnete Skepsis wecken (z.B. Minton und Lenz, 2019). Tendenziell nehmen besonders zufriedene, potenziell aber auch besonders unzufriedene Nutzerinnen und Nutzer eines Angebots am ehesten die Mühe auf sich, Rückmeldung zu geben. Zu empfehlen ist daher, nicht nur den positiven Inhalt der Rückmeldungen, sondern auch die relativ hohe Anzahl an Personen, die den Evaluationsbogen ausgefüllt haben, zu berücksichtigen. Anruferinnen und Anrufer mussten dafür das Medium wechseln und bewusst noch einmal die Homepage der Hotline aufrufen, um ihr Feedback geben zu können. Neben den Inhalten der Rückmeldung kann daher die hohe Beteiligung als unterstützendes Statement gewertet werden.

### Fazit: Online-Befragung

Angesichts der Hürde, im klinischen Alltag noch einmal an die Bitte, den Evaluationbogen auszufüllen, denken zu müssen, den Link zur Befragung auf der Internetseite der Hotline anklicken zu müssen und den Online-Fragebogen tatsächlich auszufüllen, war die Beteiligung an der Befragung mit etwa 28% der Nutzerinnen und Nutzer der Hotline verhältnismäßig hoch. Dieser Einsatz deutet darauf hin, dass viele Nutzerinnen und Nutzer das Angebot der Hotline unterstützen wollten.



Auch inhaltlich fiel das Feedback ganz überwiegend sehr positiv aus. Von 80-90% der Personen, die den Evaluationsbogen ausgefüllt haben, wurde angegeben, für das Verständnis des Kinderschutzsystems, die Einordnung der Befunde und das weitere Vorgehen im Fall sei die Beratung sehr nützlich gewesen und das Kinderschutzhandeln sei sehr qualifiziert worden. Durchgängig wurde angegeben, das Angebot der Hotline könne weiterempfohlen werden.

## Gruppendiskussion

Da die Beraterinnen und Berater der Kinderschutz-Hotline verteilt auf verschiedene Standorte in Deutschland arbeiten, finden in regelmäßigen Abständen zentrale Besprechungstermine statt. Um den Aufwand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst gering zu halten, fand die Gruppendiskussion an einem solchen Teamtag im Juni 2019 in Berlin statt. Sie dauerte 1:45 Stunden.

Es beteiligten sich 3 Mitarbeiterinnen und 2 Mitarbeiter an der gesamten Diskussion. Eine weitere Teilnehmerin stieß für die letzten 20 Minuten dazu. Die bisherige Dauer der Mitarbeit dieser Personen an der Hotline variierte von einigen Monaten bis zur gesamten Projektlaufzeit. Mehrere medizinische Fachrichtungen, etwa Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin waren vertreten. Für die Gruppendiskussion wurden Pseudonyme gewählt.

Der Schwerpunkt der Gruppendiskussion lag auf den Einschätzungen der Beraterinnen und Berater zu gut und schwer zu beantwortenden Fragen bei Anrufen. Für Fragen, die als "schwer zu beantworten" charakterisiert wurden, wurden Erfahrungen mit hilfreichen Strategien in der Beratung erörtert. Die Ergebnisse der Gruppendiskussion können in die fachliche Entwicklung der Kinderschutzhotline einfließen.

### **Methodischer Ansatz**

Aufgrund der regelmäßigen Teamtreffen, die der Besprechung organisatorischer, aber auch thematisch-inhaltlicher Fragen dienen, waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussion an ein gemeinsames Arbeiten und Diskutieren gewohnt. Besondere methodische Schritte um Vertrautheit herzustellen und das Gespräch miteinander anzuregen, waren nicht erforderlich.

Als Methode bot ein Gruppeninterview gegenüber Einzelinterviews die Möglichkeit zum Austausch zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Bohnsack/Geimer/Meuser, 2018). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal konnten dabei in Anlehnung aneinander, aber auch in Abgrenzung voneinander ihre Erfahrungen hinsichtlich gut und schlecht zu beantwortender Fragen austauschen und Lösungsansätze diskutieren. Dieses Ziel wurde auch gut erreicht. Es wurde eine lebendige Diskussion mit regen wechselseitigen Bezügen aufeinander geführt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hotline wurden als Expertinnen und Experten für ihre Tätigkeit betrachtet. Nur sie können Einblick in Erfahrungen und den Alltag als Beraterinnen und Berater gewähren (Meuser und Nagel, 2013).

Bei der Durchführung der Gruppendiskussion wurden in der ersten Hälfte des Gesprächs nur Anstoßfragen gestellt. Zunächst wurde nach typischen und untypischen Anfragen, dann nach schwierig zu beratenden und weniger schwierig zu beratenden Anliegen gefragt. In einem zweiten Teil der Diskussion wurden vier genannte Kategorien von schwierigen Anfragen näher exploriert. Dazu wurde zunächst jeweils rückgefragt, ob dies vom Team tatsächlich als Form einer "schwierigen" Anfrage verstanden wurde. Anschließend wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, Erfahrungen und Lösungsansätze hierzu zu diskutieren. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch, d.h. es wurden im Rahmen eines wiederholten Durcharbeitens des Transkripts inhaltlich unterscheidbare Kategorien gebildet, die die Vielfalt der Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglichst gut abdecken sollten. Zitierte Aussagen im Rahmen der nachfolgenden Ergebnisdarstellung sind jeweils dem Pseudonym zugeordnet, das während der Gruppendiskussion verwendet wurde.

## **Ergebnisse**

Die Frage nach typischen und untypischen Anfragen wurde von den Beraterinnen und Beratern von der Situation der anrufenden Personen her beantwortet. Je nach Beratungskontext seien unterschiedliche Fragen typisch. So spiele es etwa eine Rolle, ob aus einer Praxis oder einer Klinik mit mehr Möglichkeiten zur Rücksprache angerufen werde. Im letzteren Fall seien viele Anfragen schon sehr spezifisch und genau. Vor allem aber wurde die Profession bzw. medizinische Fachrichtung der Anruferinnen bzw. Anrufer als wichtiger Umstand wahrgenommen und zwar im Hinblick auf zwei Aspekte. Erstens seien verschiedene Gesundheitsberufe bzw. medizinische Fachrichtungen unterschiedlich gut mit dem Thema "Kinderschutz" und dem Kinderschutzsystem vertraut, woraus sich verschiedene bzw. verschiedenen klare Fragen ergeben würden. Während beispielsweise Pädiater häufig bereits ein Grundwissen besäßen, hätten Personen aus anderen Fachrichtungen (z.B. aus der Zahnmedizin) häufig sehr grundlegende Fragen:

„Da ist es schon unterschiedlich, mit welcher Profession man telefoniert. Also wir haben ja auch mitunter Zahnärzte in der Beratung, ist mir jetzt auch schon passiert, die auch mit Kinderschutz so primär erst mal gar nichts zu tun haben und sich trotzdem Gedanken gemacht haben, und dann aber auch so allgemein mal halt das Prozedere wissen wollten...“ (Mona)

Als zweiter, von der Profession beeinflusster Aspekt mit Wirkung auf die Art der Anfragen wurde eine unterschiedliche Neigung angesehen, sich auf eine Diskussion familiärer Dynamiken und Lebenssituationen einzulassen:

"Die Kinderärzte, die haben oft eine ganz konkrete Fragestellung, ja, möchten dann eigentlich auch innerhalb von fünf Minuten, sage ich mal, beraten werden, und die Psychotherapeuten, ja, die haben dann komplexe Fälle, wo dann eben tatsächlich die Eltern auch die Schwierigkeit sind, worüber sie sich Sorgen machen" (Anna)

Festgestellt wurde, dass sich Anfragen nach dem Zeitpunkt, auch der Uhrzeit des Anrufs unterscheiden würden. Es gebe sehr akute Fälle, in denen, teilweise in Anwesenheit von Personen aus der Familie, nur sehr konkrete Fragen und Anregungen besprochen werden könnten. Dann gebe es aber auch Anrufe am Abend, in denen eine tiefgehende Fallreflexion gewünscht werde:

„Es waren beides niedergelassene Kinderärztinnen, die die Eltern vor sich sitzen hatten, weil sie immer wieder Rückfragen stellten an die Eltern. Also wenn ich was gefragt habe, dann meinte sie, „oh, das ist eine gute Frage“ und hat das direkt an die Mutter gestellt oder den Vater...“ (Christian)

"Also tatsächlich habe ich aber auch Fachanrufe von Psychologen, die dann, ja, so in den Abendstunden noch mal den Fall nachbereiten und die dann eben die Zeit haben, sich das noch mal zu durchdenken und dann eben auch froh sind über die Erreichbarkeit, eben nach 16 Uhr tatsächlich" (Anna).

Als schwierig zu beraten schilderten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinderschutz-Hotline vier Kategorien von Anfragen bzw. Telefonaten, die im Folgenden vorgestellt werden:

### **Sehr spezifische Fragestellungen**

An erster Stelle wurden von den Beraterinnen und Beratern Fragestellungen genannt, deren Beantwortung eine sehr spezifische Expertise voraussetzt. In Abgrenzung von den „Standardfragen“ (Mona), betreffen diese Anfragen nicht die Regelungen zur Schweigepflicht und das konkrete Vorgehen im Kinderschutz nach § 4 KKG. Vielmehr wird die Kinderschutz-Hotline als „wissenschaftlicher Dienst“ (Christian) genutzt. Diese Anrufe kommen meist von Kliniken und dort teilweise von spezialisierten Einrichtungen, die selbst bereits eine hohe Kompetenz im Bereich Kinderschutz haben. Hier entfalle der Druck, in kurzer Zeit grundlegendes Wissen über das Kinderschutzsystem zu vermitteln, und es entstehe teilweise ein kollegialer Austausch, der der Weiterbildung aller diene.

Um solche spezifischen Anfragen gut beantworten zu können, gibt es im Team der Kinderschutz-Hotline einen "Hintergrunddienst", in dem die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen vertreten sind:

"Ich denke, so der ... der erste Ansprechpartner wäre fachspezifisch dann der Hintergrunddienst, wenn man ... wenn man was schnell klären muss, also oder wenn man halt eine Wieder- Wiedervorstellung vereinbart hat, dass man dann erst mal seinen Hintergrund aus dem entsprechenden Fach fragt, um zu sagen, gibt es dazu was, was hast ... was ... wie ... wie soll ich das beantworten?" (Christian)

Zudem könne bei Bedarf auch in der wissenschaftlichen Literatur recherchiert werden:

"Was im Rahmen der Hotline dann erst noch mal zu umfangreicher Recherche auch führt, also wo wir im Moment auch nichts dazu sagen können, aber tatsächlich dann sich ja immer Kollegen dann auch damit näher beschäftigten, um dann wieder so neuen Input zu bringen" (Mona).

Anruferinnen und Anrufern dieser Kategorie schwieriger Fragen wird dann angeboten, nach einer gewissen Zeit für interne Rücksprache und Recherche noch einmal bei der Kinderschutz-Hotline anzurufen. Alternativ können sie sich bei Verzicht auf Anonymität auch anrufen lassen.

„Also ich mache das dann auch oft so, dass ich dann einen Zeitrahmen vereinbare, ne, wo ich denke, das ist realistisch, dass ich bis dahin irgendwie weitergekommen bin und dann mit den Kollegen vereinbare, ja, also bitte mich jetzt mal informieren und dann ... wann passt es Ihnen denn, mich noch mal anzurufen, und dann macht man so einen ... mache ich mit denen ungefähr eine Zeit aus und dann melden die sich noch mal so. Das wird eigentlich ganz gut angenommen.“ (Jenny)

Auf die Frage, welche Form des Wissensmanagements das Team der Kinderschutz-Hotline bereits gefunden habe, um die mit der Zahl der Anfragen wachsenden spezifischen Informationen verfügbar zu halten, wurde auf Rundmails und ein Intranet verwiesen. Eine systematische Erfassung der Antworten auf schwierige Fachfragen gebe es aber (noch) nicht:

„Wir ... wir zirkulieren die Ergebnisse immer an alle, sodass an ... für alle ein Erkenntnisgewinn erwächst. Je nachdem speisen wir es manchmal aber doch schon in unser Intranet ein, dass ... dass alle dann Zugriff drauf haben. Aber richtig systematisiert wird es noch nicht erhoben" (Christian).

## **Unbekannte oder sehr begrenzte Handlungsmöglichkeiten vor Ort**

Eine weitere Kategorie schwieriger Beratungen definierte sich über Anruferinnen und Anrufer, deren professionelle Handlungsmöglichkeiten der Beraterin oder dem Berater nicht vertraut waren oder die insgesamt unter eher ungünstigen Rahmenbedingungen für den Kinderschutz tätig waren (z.B. in sehr ländlichen Räumen):

"Also mir fällt manchmal schwer, die Anwendung in den Alltag einer Berufsgruppe, die nicht meine ist, also zu ... und auch zu einer Fachkraft, die ich ja nur eingeschränkt einschätzen kann" (Christian)

"Ist sicher noch mal ein Unterschied, wenn man an einer Klinik arbeitet, die einen Sozialdienst hat und wo man einfach die Aufgaben auch verteilen kann und sagen kann, ich möchte, dass du dieses und jenes tust und die Abläufe klar sind, oder ob ich jemand Niedergelassenen berate, der dieses Backup gar nicht hat und wahrscheinlich dann schon in seinen Mitteln auch begrenzt ist" (Mona).

Als Lösungsmöglichkeit wurde erörtert, im Beratungsgespräch umso häufiger nachzufragen, ob Handlungsideen auch tatsächlich praktikabel sind:

"Und ich frage dann, ob das machbar ist. Und wenn derjenige mir sagt, das kann ich nicht so leisten oder so viel Zeit habe ich nicht oder dies und das geht nicht, dann überlegen wir gemeinsam, was ist denn möglich?" (Mona)

„Ich muss das ja erst mal hinnehmen, ich kann ja nicht sagen, „doch, die haben Sie bestimmt, die Möglichkeit“, also d- das, finde ich, ist dann so ein bisschen so ein Ping-Pong-Spiel so. Ich f- Ich frage dann fast genauso viel wie der Anrufer einfach, damit ich weiß, was es für Möglichkeiten sind“ (Christian).

Durch diese Strategie werde sicherhegestellt, dass nicht an den tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten vorbei beraten wird. Auch wenn die Fallverantwortung bei den anrufenden Personen bleibe, gelte es doch, so lange gemeinsam zu überlegen, bis eine praktikable Handlungsmöglichkeit gefunden sei. Manchmal erweise es sich aber als sinnvoll, behutsam zu einer Erweiterung der wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten zu raten:

"Da kann man auch so ein bisschen eingreifen und sagen, „so lange dauert das alles gar nicht, wie Sie jetzt denken“ (Mona).

Falls Personen, die sich an die Hotline wenden, alle Handlungsmöglichkeiten blockiert sehen, könne es natürlich Situationen geben, in denen auch die Beraterinnen und Berater nicht mehr viele Möglichkeiten sehen würden. Ein

dann manchmal gemachter Vorschlag sei es, dass die vor Ort zuständigen Personen in einem persönlichen Treffen mit den Sorgeberechtigten zusammen und anderen helfenden Instanzen noch einmal einen Lösungsversuch unternehmen:

"Das sind Fälle, wo wir schnell an unsere Grenzen stoßen, also ich zumindest, und dann eher aus der eigenen Erfahrung empfehlen kann, und das erstaunlicherweise häufig als hilfreich empfunden wird: Habt ihr denn ein persönliches Gespräch schon mal geführt? Gab es mal eine Helferkonferenz mit allen Beteiligten? Und meistens kennt man sich von ... sozusagen von Sch- vom Schriftwechsel und findet sich blöd gegenseitig, und das ... der persönliche Kontakt hat noch nicht stattgefunden. Also das ist auch was, ein Tipp, der häufig noch was bringt. Aber dann ist auch Schluss. Also so einen Fall lösen zu können, ich glaube, da braucht es mehr als eine Hotline" (Christian).

### **Nur vage Hinweise auf Gefährdung**

Problematisch in der Beratung gestalteten sich auch Fälle, in denen Anhaltspunkte für Gefährdung vage blieben. Hier waren Anruferinnen und Anrufer teilweise beunruhigt, weil eine Gefährdung zwar nicht sehr wahrscheinlich war, aber eben auch nicht ausgeschlossen werden konnte. Obwohl es plausibel schien, dass sich eine Gefährdungsmitteilung ans Jugendamt als Fehlmeldung erweisen würde, war doch gleichzeitig das Risiko gegeben, ein Kind trotz Gefährdung nach Hause zu schicken. Dieses Entscheidungsproblem kann zu einer starken Verunsicherung hinsichtlich des weiteren Vorgehens führen:

„Also das kann ich total gut nachvollziehen, dass man so ... gerade bei so ganz vagen Sachen, dass man dann Angst hat, sich falsch zu entscheiden gegen irgendwie eine Maßnahme, oder dass man Sachen, ja, ... Das ist eigentlich so das, d- also die Angst davor, irgendwas zu übersehen, was einem nicht besonders kräftig vorkommt sozusagen, also dass man halt irgendwie so einen vagen Verdacht hat, das könnte was sein, und dann sich aber dagegen entscheidet, irgendwelche Maßnahmen zu treffen, und damit falsch liegt. Das ist, glaube ich, so ... so eine Angst, die ich als Kinderarzt immer hatte und wo ich auch so nachvollziehen kann, wenn die Leute anrufen und sagen, „ich habe einen ganz vagen Verdacht, soll ich jetzt was machen oder nicht?“ Das finde ich dann auch schwer zu beraten irgendwie.“ (Jonas)

Als Lösungsansatz wurde besprochen, in der Beratung möglichst genau die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Möglichkeiten hinsichtlich der Gefährdung des Kindes zu bestimmen, die Entscheidung über das weitere

Vorgehen aber klar bei der Anruferin oder dem Anrufer zu belassen. Rolle der Beratung sei es hier nur, die Handlungsabläufe je nach Entscheidung gut zu erklären und Fragen hierzu zu beantworten:

"Und mir hilft da immer, mich darauf zu besinnen, dass wir doch inzwischen eine gute, wissenschaftliche Basis haben und relativ gute also so Abläufe haben, einfach Klarheit zu schaffen, die beraten wir dann auch, zu sagen, ihr könntet euch das und das angucken, ihr könntet das und das noch machen, und dann bleibt es ein vager Fall, aber dann habt ihr zumindest sorgfältig geguckt, ihr habt keine weiteren besorgniserregenden Aspekte gefunden und das, was übrig bleibt, ist am Ende ein völlig unspezifischer Anhaltspunkt und man muss sagen, von den ... von 1000 Kindern, die dieses Zeichen haben, sind wahrscheinlich 999 nicht misshandelt worden" (Christian).

„Da geht es ja auch um so eine Einschätzung tatsächlich, also der Anrufer ruft an und will von uns wissen, ja oder nein, und ich würde auch in die Richtung beraten, also die Wahrscheinlichkeit, dass was ist, ist sehr gering, und das Restrisiko letztendlich bleibt ja dann aufseiten des Anrufers, weil der hat die Fallverantwortung. Und wenn der sagt, ich kann das aber trotzdem nicht verantworten, dann muss er was tun, und wenn der aber erst mal damit sich zufriedengibt, dass er sagt, ja, ja, die Wahrscheinlichkeit ist eher gering und mit dem Rest kann ich leben, also dann trifft er halt die Entscheidung. Bei uns geht es ja tatsächlich auch noch mal um das Einordnen und das Kategorisieren, um zu gucken, also ist das jetzt was Handfestes, ist das ein wichtiger Anhaltspunkt oder ist es das auch nicht? Und nicht immer ist es so, dass wir beraten, ja, da muss jetzt was passieren. Aber wenn so eine Restunsicherheit bleibt, dann sage ich immer, „okay, also wenn Sie nun absolut denken, da muss man jetzt was tun, dann wären das die nächsten Schritte“, also ich spiele den Ball letztendlich zurück und sage, „also fachlich ist das jetzt in der und der Richtung wahrscheinlich nicht sehr wahrscheinlich, dass was ist, aber wenn Sie da jetzt trotzdem größere Bauchschmerzen haben, dann ist das sozusagen der Weg, wie man weiter vorgeht“". (Mona)

Etwas anders argumentierten die an der Gruppendiskussion beteiligten Beraterinnen und Berater, wenn sich in einem Fall mit nur vagen Anhaltspunkten ein vorschnell oder wenig reflektiert erscheinendes Eingreifen der Fallverantwortlichen abzeichnete. Auch hier blieb die Fallverantwortung vor Ort, aber die Fachkräfte der Hotline fühlten sich verpflichtet, von einem unüberlegt erscheinenden Eingreifen abzuraten und zu einem Vorgehen entsprechend § 4 KKG zu ermutigen:

"Und es gibt auch die Fälle, wo ich den Eindruck habe, dass wir ... dass wir was verhindern können oder in vernünftige Bahnen leiten können, was ... was von den Anrufern ungünstig angedacht war. Also so ... Manchmal ... Manchmal erlebe ich auch einen großen Aktionismus, also entweder Handlungswunsch hinter dem Rücken der Eltern, obwohl es eigentlich dafür



keinen objektiven Grund gäbe, also ... oder ... oder erst mal die Polizei anrufen, aber nicht das Jugendamt in Situationen, wo man den Eindruck hat, da sind auch die eigenen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft" (Christian).

"Aber oft ist tatsächlich das, dass man doch mit den Eltern lieber nicht spricht und ich schon auch in die Richtung berate, „na, bestellen Sie sich die doch noch mal ein und gucken Sie noch mal“, also das ist, glaube ich, manchmal der unkompliziertere Weg und auch der verträglichere, wenn man es eben nicht hinter dem Rücken der Eltern macht" (Mona).

### **Psychisch auffällig erscheinende oder innerlich bereits sehr festgelegte Anruferinnen und Anrufer**

Für eine letzte Kategorie schwieriger Beratungen wurde in der Gruppendiskussion angegeben, die Herausforderung ergebe sich hier vor allem aus der Kommunikation mit der Anruferin bzw. dem Anrufer bzw. der Art, wie der zu beratende Fall präsentiert werde. Bei einer kleinen Gruppe von Anrufen würden Beraterinnen und Berater mit surreal wirkenden Fällen oder Aggressionen konfrontiert:

"Ja, wir haben ja mitunter auch auffällige Personen, die anrufen. Also ich erinnere mich an den Fall, wo ihr berichtet habt, dass da jemand in verschiedenen Schichten ständig immer anruft, die ganze Geschichte wieder von vorne erzählt, das war, glaube ich, auch eine Therapeutin, wo man auch nicht so ganz wusste, und wo sich das so ein bisschen durchgezogen hat, oder eben Privatpersonen, die mitunter, ja, aggressiv reagieren, wenn man darauf hinweist, dass man in der Funktion sie nicht berät, also das habe ich auch ein, zwei Mal gehabt, dass jemand richtig böse geworden ist" (Mona).

"dass tatsächlich auch also auffällige Personen anrufen, wo ich nicht weiß, ... wo ich nicht weiß, stimmt die Geschichte so? Wird immer noch mal einen draufgesetzt? Also ich erinnere mich ganz konkret an einen Anruf (...) Aber am Ende war es ein super-scurriler Fall, wo ich dachte, möglicherweise ist die anrufende Person das Hauptproblem gewesen und nicht ... nicht irgendeine diffuse im Hintergrund stehende Jugendliche. Die gibt es zum Glück selten, aber die kommen vor, diese Fälle" (Christian).

Wenn kein konstruktiver Beratungsansatz gefunden werden könne, bleibe hier nur, so die Beraterinnen und Berater in der Gruppendiskussion, eigene Hilflosigkeit einzuräumen oder auf den Regularien der Kinderschutz-Hotline zu bestehen, die etwa eine Beratung von Privatpersonen nicht vorsehen würden:

"Da fällt es mir dann manchmal schwer, aber auch da versuche ich, das dann einfach zu spiegeln und zu sagen, ich bin mir nicht ganz sicher, auf welcher Ebene das ab- blockiert wird, aber ich habe den Eindruck, dass gerade so gar nichts sozusagen funktioniert" (Christian).

" Und das fand ich schwierig. Also ich habe dann eher ... eher drauf verwiesen, dass wir in der Regel ja nicht sozusagen ... auch n- keine neuen Ideen haben können, wenn Staatsanwaltschaft, Familiengericht, Jugendamt, Kinderklinik und ... und alle Beteiligten schon zusammen sozusagen tätig sind, da sind wir ja raus, da brau- also da brauche ich nichts mehr über den § 4 KKG zu erzählen und schon gar nicht einer Mutter" (Christian).

Als häufigeres Problem wurde aber beschrieben, dass manchmal Anruferinnen und Anrufer innerlich bereits sehr auf eine Sichtweise festgelegt seien und eigentlich, außer einer Bestätigung ihrer Sichtweise, nichts Anderes akzeptieren könnten. Zwar seien Fallschilderungen stets durch die Wahrnehmung der Anruferin bzw. des Anrufers gefärbt und gefiltert. In den problematischen Fällen sei dies aber besonders ausgeprägt:

"Und wenn das aber was ist, wo der so eine ganz fixe Meinung hat und eigentlich nur bestätigt haben will, dass das, was er sich eh schon gedacht hat, das Richtige ist, das finde ich manchmal schwierig" (Jenny).

Für den Umgang mit solchen Beratungssituationen wurden verschiedene Strategien genannt, die etwa darin bestehen würden, das Gehörte zu spiegeln oder gezielte Rückfragen zu stellen und so die Aufmerksamkeit auf fehlende Informationen und Voreingenommenheiten zu lenken. Manchmal führe dies dazu "dass der Anrufer noch mal eine ... drüber nachdenkt und sagt, „Mensch, das habe ich noch gar nicht gefragt“ oder „darüber habe ich noch gar nicht nachgedacht“ (Jenny). Weitere Strategieen würden im Benennen von Brüchen oder Lücken sowie in der klarstellenden Selbstbeschränkung auf den Beratungsauftrag bestehen:

"Aber ich lerne gerade, auch Brüche oder Unauflösbares, was bei mir übrig bleibt, auch zu thematisieren und selbst, wenn es aus dem ... aus dem Beratungs- irgendwie, wenn es im Beratungsgespräch selber liegt, wenn ich den Eindruck habe, ich ... ich ... ich glaube, w- Sie wollen von mir was anderes wissen, als ich Ihnen gerade bieten kann" (Christian).

"Aber das sage ich dann auch und sage, ich kann Ihnen jetzt nicht ..., „ich kann Sie nicht darin bestärken, dass das, was Sie wahrnehmen, auch das ist, was sozusagen ... dass das korrekt ist, aber wenn Sie das so sehen und sich da auch sicher sind und dazu keine Beratung wollen, dann schildere ich Ihnen, was in ... was sozusagen die ... die nächsten richtigen Schritte wären“". (Christian).

## **Fazit: Gruppendiskussion**

Die Beraterinnen und Berater definierten ihre Rolle so, dass sie eine Serviceleistung für medizinisches und heilberufliches Personal in Kinderschutzfällen erbringen. Sie fühlten sich an das Beratungsanliegen der anrufenden Person gebunden, würden aber keine Fallverantwortung übernehmen. Auch eventuell vorhandene, kritisch erscheinende Aspekte in der Fallpraxis von Anruferinnen und Anrufern würden ungefragt allenfalls sehr vorsichtig angesprochen.

In der Gruppendiskussion wurden vor allem vier Arten von schwierigen Beratungen beschrieben. In einigen Fällen seien Anruferinnen und Anrufer innerlich bei einem Fall bereits sehr festgelegt, ohne dass dies aber bei Nachfragen nachvollziehbar werde. Dies könne angesprochen werden. Letztlich gehe es aber darum, die tatsächlich gestellten Fragen, so gut wie möglich zu beantworten. Bei einer zweiten Gruppe schwieriger Beratungen gehe es um eher vage Fälle, bei denen ein Restrisiko von Gefährdung nicht ausgeschlossen werden könne. Hierzu wurde eine Strategie in der Beratung beschrieben, diagnostische Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten möglichst genau zu benennen bzw. einzugrenzen, die Entscheidung über die Bewertung und das weitere Vorgehen aber klar bei der fallverantwortlichen Person zu belassen. Als schwierig wurden, drittens, auch Beratungsfälle beschrieben, die weit von der medizinischen Fachrichtung und Erfahrung des Beraters oder der Beraterin entfernt seien. Lösungsansätze bestünden hier zum einen durch die Organisation eines Hintergrunddienstes bei der Kinderschutz-Hotline, wodurch kurzfristig Angehörige verschiedener medizinischer Fachrichtungen angefragt werden könnten. Zum anderen könne beim Entwickeln von Vorschlägen in der Beratung offen und häufig nachgefragt werden, ob dies noch zu den Handlungsmöglichkeiten der Anruferin bzw. des Anrufers passe. Zuletzt wurden, viertens, sehr spezifische Fachfragen als Herausforderung beschrieben. Lösungsmöglichkeiten bestünden hier erneut in der Anfrage an den Hintergrunddienst, aber auch in der wissenschaftlichen Recherche, verbunden mit der Vereinbarung eines Folgekontakts. Ein Wissensmanagement innerhalb der Hotline zu solcherart generiertem Spezialwissen scheint in Ansätzen vorhanden, insofern interessante Informationen dokumentiert und rundgemailt werden.

## Gesamtfazit

Das Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahren für den Kinderschutz immer wichtiger geworden. Eine Reihe von Lehrbüchern (Herrmann u.a., 2013), E-Learning-Programmen (Maier u.a., 2018) sowie die seit 2019 gültige S3-Leitlinie "Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung" belegen, dass sich die Gesundheitsberufe sehr aktiv mit den daraus erwachsenen Herausforderungen auseinandersetzen. Diese Herausforderungen umfassen unter anderem das Wahrnehmen von Hinweisen auf Erfahrungen von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch bei Kindern, das Erkennen zugespitzter Risikolagen für Gefährdungseignisse in Familien, diagnostische Klärungen und Beweissicherung bei Verletzungen nach Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung, die Behandlung von Verletzungen bzw. psychischen Störungen nach einmaligen oder wiederholten Gefährdungseignissen und die Mitwirkung bei Maßnahmen, die weitere Gefährdungseignisse verhindern und ein zukünftig möglichst gutes Aufwachsen von Kindern sicherstellen sollen.

Bei fast allen diesen Aufgaben gibt es Fachfragen, die innerhalb der Gesundheitsberufe zu beantworten sind (z.B. welche Verletzungen misshandlungsverdächtig sind), und es gibt Fragen, die aus dem Umstand erwachsen, dass in unserer arbeitsteilig organisierten Gesellschaft verschiedene Berufsgruppen und Systeme zusammenwirken, wenn es um Kinderschutz geht. Insbesondere sind Ärztinnen und Ärzte sowie andere Angehörige von Gesundheitsberufen, wenn sie Schutzmaßnahmen für erforderlich halten, die in Elternrechte eingreifen (z.B. die erzwungene Fremdunterbringung eines Kindes), auf staatliche Organe mit hoheitlichen Aufgaben in diesem Bereich verwiesen. In unserer Rechtsordnung sind dies vor allem die Jugendämter und die Familiengerichte. Die zweite Art von Fragen (z.B. wann und in welcher Form eine Gefährdungsmitteilung an das Jugendamt erfolgen sollte) kann prinzipiell auch von Personen aus anderen Berufsgruppen beraten werden. Allerdings mischen sich in den Fällen häufig Fach- und Kooperationsfragen, und im Gesundheitswesen (wie in anderen Systemen) wird Angehörigen der eigenen Berufsgruppe häufig ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht.

Es gibt in Deutschland ein großes gesellschaftliches Interesse, das Gesundheitswesen noch stärker ins Kinderschutzsystem einzubinden. Beispielsweise gibt es in Deutschland im Vergleich zu Ländern wie den Niederlanden oder England nach wie vor deutlich weniger Gefährdungsmitteilungen aus dem Gesundheitssektor (Biesel und Kindler, im Druck). Daher war es eine naheliegende Idee, Strukturen innerhalb des Gesundheitswesens zu schaffen, die dort in Kinderschutzfragen beratend und unterstützend tätig werden können. Dabei sind verschiedene Wege möglich und kombinierbar.

Neben einer Stärkung der Kinderschutzgruppen in Kliniken wurden im hier vorliegenden Bericht **Evaluationsergebnisse einer modellhaften bundesweiten, rund um die Uhr erreichbaren Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal** vorgestellt. Berichtet wurden

- Ergebnisse zum Bedarf und der eingeschätzten Nützlichkeit einer Hotline in einer Zufallsstichprobe niedergelassener Ärztinnen und Ärzte,
- zur tatsächlichen Nutzung und Bewertung der Beratungen während der Modellphase sowie
- eine Binnensicht der Beraterinnen und Berater auf "schwierige Anrufe" und ihren Umgang damit.

Die **zentralen Ergebnisse** werden im Folgenden noch einmal kurz zusammengefasst und diskutiert.

Bereits vor dem Start der Kinderschutz-Hotline konnten 2015/16 im Rahmen des "Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland" in einer aus dem Ärztereister gezogenen Zufallsstichprobe niedergelassener Medizinerinnen und Mediziner mehrerer Fachrichtungen zwei Fragen zu einer Kinderschutz-Hotline gestellt werden. **Es zeigte sich, dass eine Hotline von nahezu drei Vierteln der Befragten als sehr hilfreich oder hilfreich bewertet wurde.** Bei einer Abfrage verschiedener Unterstützungsbedarfe zählte die Idee einer Hotline, nach mehr Hilfestellungen direkt am Arbeitsplatz und festen Kontaktpersonen auf Seiten der Jugendhilfe, zu den Top Drei der am häufigsten befürworteten zusätzlichen Formen von Unterstützung für den Kinderschutz in der Medizin. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass das Angebot einer bundesweiten Kinderschutzhotline im Gesundheitswesen mit deutlicher Mehrheit befürwortet und als wichtige zusätzliche Unterstützung wahrgenommen wird. Es handelt sich insofern um eine Vermutung, als Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Reha-Einrichtungen sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe bislang nicht befragt wurden. Für eine konkrete Schätzung des Bedarfs wäre es zudem notwendig, zusätzliche Daten bei Angehörigen von Gesundheitsberufen zu erheben, und zwar zur Häufigkeit der Konfrontation mit Kinderschutzfällen, dabei auftretenden Fragen, der derzeitigen Bekanntheit der Kinderschutzhotline und zu tatsächlichen Intentionen, bei der Hotline anzurufen. Eine solche Untersuchung war aufgrund der verfügbaren Mittel aber nicht möglich. Für den Moment gilt es festzuhalten, dass eine Kinderschutzhotline zumindest von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich bejaht und für wichtig sowie nützlich gehalten wurde.

Die Daten zur tatsächlichen Nutzung der Kinderschutz-Hotline seit ihrer Einführung im Juni 2017 bis zum April 2019 erlauben einen zweiten Blick auf den Bedarf, und zwar auf den in Beratungsanfragen manifestierten Bedarf, d.h. soweit ein aktuelles Beratungsanliegen vorlag, Angebot und Kontaktdaten

der Hotline bekannt waren und es eine positive Erwartung zu Nutzen und Aufwand gab. Bei den Beratungsanfragen war ein rascher Anstieg der Zahl der Anrufe im ersten Halbjahr 2017 festzustellen. Danach hat sich die Anzahl der Anrufe stabilisiert und ist nur noch leicht gestiegen. Durchschnittlich wurden **pro Monat etwa 38 reguläre Anrufe**, d.h. Anrufe durch die Zielgruppe ärztlichen und heilberuflichen Personals, verzeichnet. Vergleichszahlen anderer Hilfetelphone für Angehörige der Gesundheitsberufe liegen kaum vor. Daher können Bewertungen zur Anzahl der Anrufe nur sehr vorsichtig ausfallen. Auf jeden Fall ist aber zu erkennen, dass das Angebot einer Kinderschutz-Hotline in der Zielgruppe nicht nur grundsätzlich positiv bewertet, sondern auch tatsächlich genutzt wurde. Ein Abgleich mit der Ärzteverteilung über die Bundesländer hinweg deutete darauf hin, dass die Hotline zwar deutschlandweit bekannt war, aber unterschiedlich stark genutzt wurde. Unter Umständen **spricht dies für gezielte Anstrengungen um den Bekanntheitsgrad der Kinderschutz-Hotline in einigen Teilen Deutschlands zu steigern**. Bisher haben sich vor allem Fachartikel und Internetpräsenz als geeignet erwiesen um spätere Anruferinnen und Anrufer auf die Hotline aufmerksam zu machen. Als Erfolg ist zu sehen, dass die Hotline zwar vorwiegend von Ärztinnen und Ärzten, aber nicht nur von diesen, sondern auch von anderen Gesundheitsberufen angefragt wurde. Dies entspricht der Projektbeschreibung. Ebenso **entstammten die Anruferinnen und Anrufer sehr verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens**. Es liegt nahe, dies mit den nicht nur auf die Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie konzentrierten Publikationsanstrengungen der Projektgruppe in Zusammenhang zu bringen. Der größte Anteil der Nutzerinnen und Nutzer der Hotline kam aus dem niedergelassenen Gesundheitsbereich. Dies ist gut nachvollziehbar, da Niedergelassene häufig weniger kurzfristig zu mobilisierende Rücksprachemöglichkeiten haben und Entscheidungen eher alleine treffen müssen.

Die eingehenden Telefonate wurden von den Beraterinnen und Beratern dokumentiert, wobei eine Prüfung der Reliabilität der Dokumentationen aufgrund der Einzelgesprächssituation nicht möglich war. Werden die dokumentierten Angaben zugrunde gelegt, so wurde die **Hotline zum Großteil fallbezogen und mit konkreten Anliegen bezüglich aller Formen einer vermuteten Kindeswohlgefährdung kontaktiert**. Obgleich die Mehrheit der Anrufe zu den üblichen Geschäftszeiten erfolgte, gibt es Hinweise darauf, dass in den Randzeiten komplexe und daher zeitaufwändige Fälle sowie Akutfälle beraten wurden. Dies könnte dafürsprechen, die Erreichbarkeit 24/7 aufrecht zu erhalten.

Inhaltlich erfordern die an die Kinderschutz-Hotline gerichteten Fragen eine breite Kompetenz. Daher ist der Einsatz von Medizinerinnen und Medizinern verschiedener Fachrichtungen, die über einen Hintergrunddienst kurzfristig erreichbar sind, und die zusätzliche regelhafte Weiterbildung als „insoweit erfahrene Fachkraft“ nach § 8a Absatz 4 SGB VIII sehr sinnvoll. Die Analyse

der Eröffnungsfragen und der Beratungsthemen zeigte, dass Fragen zur Diagnostik und Dokumentation, zur Gesprächsführung mit Kindern und Eltern, zur Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und anderen Akteuren im Kinderschutz sowie zu rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen häufig in den Beratungsgesprächen behandelt wurden. Manchmal dienen Beratungen der rückblickenden Reflexion, meist ging es aber um die Diskussion und Vorbereitung möglicher nächster Schritte in den Fällen. Damit wird deutlich: **Die Kinderschutz-Hotline stellt eine Ressource dar, um bei Unsicherheiten in Kinderschutzfällen mit dem ärztlichen und heilberuflichen Personal Optionen aufzuzeigen und Handlungsmöglichkeiten im Interesse betroffener Kinder herauszuarbeiten.**

Dass es tatsächlich sehr häufig gelang, dieses Beratungsziel zu erreichen, wird durch die **positiven Rückmeldungen der Anruferinnen und Anrufer** nahegelegt. Erhoben wurden Rückmeldungen bei zwei Gelegenheiten: Am Ende der Telefonate durch die Beraterinnen und Berater selbst sowie über einen Link auf der Homepage der Hotline, auf den unter Hinweis auf die externe Evaluation während der Beratungsgespräche aufmerksam gemacht wurde. Beide Vorgehensweisen sind methodisch aufgrund möglicher Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit bzw. Selektivität nicht ideal. Aufgrund der Anonymität des Beratungsangebots war es aber nicht möglich, Anruferinnen und Anrufer im Nachhinein zu kontaktieren. Aber selbst wenn Verzerrungseffekte in Rechnung gestellt werden, sind die nahezu durchgängig positiven Rückmeldungen beeindruckend. Vor allem fühlten sich Anruferinnen und Anrufer nach dem Gespräch in ihrer Handlungssicherheit gestärkt.

In einem Gruppeninterview wurden Beraterinnen und Berater der Kinderschutz-Hotline zu "schwierigen" Anfragen und ihrem Umgang damit befragt. Es zeigten sich **vier Arten von stärker herausfordernden Anrufen**: Anrufe zu sehr spezifischen Themen, Anrufe mit sehr begrenzten oder unbekanntem Handlungsmöglichkeiten der Beratungssuchenden, Anrufe zu Fällen mit vagen Hinweisen auf Gefährdung, aber einem nicht auszuschließenden "Restrisiko" sowie Beratungsanfragen durch Anruferinnen und Anrufer, die in ihrer Sichtweise innerlich sehr festgelegt erschienen, ohne dass dies für die Beraterinnen und Berater nachvollziehbar war. Neben der Einrichtung eines Hintergrunddienstes, der verschiedene medizinische Fachrichtungen abdeckt, der Möglichkeit zur wissenschaftlichen Recherche und Anfängen eines Wissensmanagements wurden vor allem verschiedene Gesprächsstrategien für den Umgang mit den benannten Herausforderungen beschrieben. Möglicherweise wäre es hier für die Weiterentwicklung telefonischer Beratungskompetenz und von Schulungsmaterialien sinnvoll, auch in Deutschland anhand anonymisierter Skripts in eine **Forschung zu Kommunikationsprozessen bei telefonischen Beratungen einzusteigen** (für eine Forschungsübersicht siehe Danby, Harris und Butler, 2015).

Das Modellprojekt der Medizinischen Kinderschutz-Hotline ist international wahrgenommen worden und wurde im Bericht der WHO zu europäischen Anstrengungen bei der Prävention von Kindesmisshandlung als positives Praxisbeispiel erwähnt (Sethi u.a., 2018, S. 42). Die externe Evaluation zeigt, dass eine Hotline von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für sehr sinnvoll gehalten wird. Seit ihrer Freischaltung erreichen die Hotline durchschnittlich 38 Anrufe pro Monat aus der ganzen Breite des Gesundheitswesens mit sehr vielfältigen Beratungsanliegen. Anruferinnen und Anrufer äußerten sich nach der Beratung sehr zufrieden und gaben an, an Handlungssicherheit gewonnen zu haben.



# 7.

## Literatur

- Benbenishty, Rami/Jedwab, Merav/Chen, Wendy/Glasser, Saralee u.a. (2014): Predicting the decisions of hospital based child protection teams to report to child protective services, police and community welfare services. In: *Child Abuse & Neglect*, 38. Jg., S. 11-24.
- Biesel, Kay/Kindler, Heinz (im Druck): Child protection and welfare in Germany. In: Berrick, Jill/Gilbert, Neil/Skivenes, Marit (Eds). *International Handbook of Child Protection Systems*. Oxford: Oxford University Press.
- Bohnsack, Ralf/Geimer, Alexander/Meuser, Michael (2018): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung* (4. Aufl.). Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Danby, Susan/Harris, Jessica/Butler, Carly (2015): Helpline Discourse. In: Tracy, Karen/Ilie, Comelia/Dandel, Todd (Eds.), *The International Encyclopedia of Language and Social Interaction*. Vol. 3, Oxford: Wiley, S. 725-735.
- Flaherty, Emalee/Sege, Robert/Griffith, John/Price, Lori u.a. (2008): From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. In: *Pediatrics*, 122. Jg., S. 611-619.
- Forsdike-Young, Kirsty/Hegarty, Kelsey (2016): Setting up a domestic violence telephone helpline for general practitioners in Australia: What exists and what works? In: *Australian Family Physician*, 45. Jg., S. 594-599.
- Frank, Reiner/Kopecky-Wenzel, Marie (2002): Vernachlässigung von Kindern. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 150. Jg., S. 1339 -1343.
- Gilbert, Ruth/Widom, Cathy/Browne, Kevin/Fergusson, David/Webb, Elspeth/Janson, Staffan (2009): Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. In: *The Lancet*, 373. Jg., S. 68-81.
- Heintze, Christoph/Wirth, Ludwig/Welke, Justus/Braun, Vittoria (2006): Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 82. Jg., S. 396-401.
- Herrmann, Bernd/Dettmeyer, Reinhard/Banaschak, Sibylle/Thyen, Ute (2016): *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (3. Aufl.). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, Ulrike/Berthold, Oliver/Fegert, Jörg M. (2018): Immer erreichbar: Medizinische Kinderschutzhotline. In: *Heilberufe – Das Pflegemagazin*, Heft 5/2018, S. 48-50.
- Kappler, Selina (2019): Persönliche Mitteilung am 05.04.2019.

Maier, Anna/Hoffmann, Ulrike/Plener, Paul/Fegert, Jörg M. (2018): Ärztliche Kompetenzentwicklung im Kinderschutz durch E-Learning. In: Nervenheilkunde, 37. Jg., S. 730-737.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2013): Experteninterviews - wissenssoziologische Voraussetzungen und Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft (4. Aufl.). Weinheim und Basel: BeltzJuventa, S. 457-472.

Minton, Casey/Lenz, Stephen (2019): Practical Approaches to Applied Research and Program Evaluation for Helping Professionals. New York: Routledge.

Pooch, Marie-Theres/Kappler, Selina (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: Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.

Sethi, Dinesh/Yon, Yongjie/Parekh, Nikesh/Anderson, Thomas/Huber, Jasmine/Rakovac, Ivo/Meinck, Franziska (2018): European status report on preventing child maltreatment. Kopenhagen: WHO.

Statistisches Bundesamt (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden: Destatis.

Teupe, Ursula (2012): Familien mit und ohne Migrationshintergrund im Kinderschutz – Zentrale Befunde einer Vollerhebung der Kinderschutzverdachtsfälle. In Jagusch, Birgit/Sievers, Britta/Teupe, Ursula (Hrsg.), Migrationssensibler Kinderschutz. Ein Werkbuch. Frankfurt a. Main: IGfH, S. 37-92.

Gefördert vom



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Deutsches Jugendinstitut e. V.  
Nockherstraße 2  
D-81541 München

Postfach 90 03 52  
D-81503 München

Telefon +49 89 62306-0  
Fax +49 89 62306-162

[www.dji.de](http://www.dji.de)