

**Strukturelle und prozessuale Faktoren  
der Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes  
durch die öffentliche Jugendhilfe**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung des Grades eines Doctor rerum medicinalium  
der Universität Witten/Herdecke  
Fakultät für Gesundheit

vorgelegt von Tobias Falke  
aus Dortmund  
2023

Dekanin: Prof. Dr. rer. medic. Margareta Halek  
Dekan: Prof. Dr. med. dent. Stefan Zimmer  
Mentor: Prof. Dr. rer. medic. Thomas Ostermann  
Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Michael Paulussen  
Tag der Disputation: 24. Mai 2023

# Inhaltsverzeichnis

## Inhalt

Inhaltsverzeichnis.....	3
0. Einleitung .....	7
1. Definitionen, Grundlagen, Inhalte und Schnittstellen des Medizinischen Kinderschutzes .....	14
1.1. Kinderschutz in Zahlen .....	19
1.2. Rechtliche Einordnung .....	22
1.3. Öffentliche Jugendhilfe und Kinderschutz .....	26
1.3.1. Struktur der Jugendämter .....	27
1.3.2. Auftrag der Jugendämter .....	28
1.3.3. Arbeitsweise der Jugendämter .....	30
1.3.4. Herausforderungen und Kritik.....	32
1.3.5 Ausbildung und Einarbeitung im Jugendamt.....	33
1.4. Interprofessionelle Aus-, Fort-, und Weiterbildung rund um den (Medizinischen) Kinderschutz.....	34
1.4.1. Ausbildung Jugendamt .....	36
1.4.2. Ausbildung Gesundheitswesen.....	39
1.5. Entwicklung des Medizinischen Kinderschutzes in Deutschland .....	40
1.6. Interaktion zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen .....	48
1.6.1. Gemeinsame Termine von Jugendamt und Gesundheitswesen .....	51
1.6.2. Gesundheitswesen in der Gefährdungseinschätzung.....	53
1.6.3. <i>Überleitung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen</i> .....	54
1.6.4. <i>Gegenseitige Inanspruchnahme im Kinderschutz</i> .....	61
1.6.5. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Jugendämter .....	64
1.6.6. Auslösende Faktoren für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.....	66
1.6.7. (Anonyme) Beratung.....	67
1.6.8. Beratungsanspruch und Inanspruchnahme .....	69
2. Förderliche und hemmende Kooperations- sowie Netzwerkmerkmale .....	73
2.1. Strukturelle Kooperationshemmnisse .....	76
2.1.1. Fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen .....	77
2.1.2. Erschwerende rechtliche Faktoren .....	79
2.1.3. Fehlendes Wissen über die Kooperationspartner:Innen .....	79
2.1.4. Fehlende Kooperationsvorgaben.....	80
2.1.5. Netzwerkdefizite .....	81
2.2. Prozessuale Kooperationshemmnisse .....	82
2.2.1. Personale Faktoren .....	82

2.2.2. Defizitärer Austausch .....	83
2.2.3. Wahrgenommener öffentlicher Druck.....	84
2.2.4. Fehlendes Arbeiten auf Augenhöhe .....	84
2.2.5. Inkongruente Ziele mit divergierenden konkreten Umsetzungsideen .....	85
2.2.6. Defizitärer Umgang mit Veränderungsnotwendigkeiten .....	86
2.2.7. Ausprägende Unterschiede in Sprache, Sozialisation und Selbstverständnis .....	87
2.3. Schriftliche Regelungen in der Kooperation zwischen Jugendamt und Gesundheitswesen ...	88
2.4. Spezifische Hemmnisse der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe .....	93
2.5. Kooperationshemmnisse als Grundlage und Perspektive gelingender Praxis .....	94
2.6. Faktoren, die Kooperationen positiv beeinflussen.....	97
2.7. Einstellungen und Erwartungen im Medizinischen Kinderschutz .....	99
2.7.1. Wahrnehmung und Umsetzung der Fallverantwortung .....	102
2.7.2. Wirkung des subjektiven Handelns einzelner Beteiligter.....	103
2.7.3. Lösungsansätze für gelingende Kooperation.....	104
2.8. Netzwerke .....	106
2.8.1. Kinderschutznetzwerke .....	107
2.8.2. Netzwerkstruktur und Netzwerkmanagement.....	109
2.8.3. Netzwerkmanagement.....	111
3. Methodische Bearbeitung der Forschungsfrage .....	115
3.1. Forschungsfrage .....	115
3.2. Feldzugang .....	116
3.3. Systematische Literaturrecherche .....	119
3.4. Operationalisierung der Forschungsfrage im Fragebogen.....	121
3.5. Mixed-Methods-Ansatz.....	122
3.6. Fragebögen – die quantitative Erhebung.....	125
3.7. Erhebung mittels Online-Fragebogen.....	126
3.8. Fragenkatalog .....	127
3.9. Pre-Test .....	128
3.10. Interviews – die qualitative Erhebung .....	130
3.11. Wissenschaftliche Gütekriterien des Fragebogeninstruments .....	135
3.12. Durchführung der quantitativen Erhebung.....	136
3.13. Rücklaufquote und Nachfassaktionen .....	137
3.14. Datenschutz.....	138
4 Deskriptive Ergebnisdarstellung.....	140
4.1. Soziodemographische Beschreibung der Untersuchungsgruppe.....	140
4.2. Erfahrung und Ausbildungsinhalte .....	143

4.3. Strukturen der beteiligten Kommunen.....	148
4.4. Strukturen der beteiligten Jugendämter .....	148
4.5. Strukturen im Kinderschutz in den beteiligten Kommunen / Jugendämtern .....	149
4.6. Strukturen im Medizinischen Kinderschutz in den beteiligten Kommunen / Jugendämtern	152
4.7. Kooperations- und Netzwerkstrukturen .....	158
4.8. Prozesse im Medizinischen Kinderschutz .....	162
4.9. Prozesse der gegenseitigen Inanspruchnahme .....	165
4.10. Medizinischer Kinderschutz aus Perspektive des Jugendamtes.....	176
4.11. Persönliche Einstellung zu Kooperationen im Allgemeinen und der Zusammenarbeit im Kinderschutz im Besonderen .....	180
5 Hypothesenspezifische Auswertung .....	186
5.1 Hypothesen zu den strukturellen Faktoren der Inanspruchnahme .....	186
5.1.1. H1 Attribute der Kommune und der ASD – Strukturen haben einen Einfluss auf die Kooperationseinstellung (H1a) und die Kooperationsstrukturen (H1b).....	186
5.1.2. H2 Die gegenseitige (anonyme) Beratung ist in ihren Strukturen nicht durchgängig ausgebildet.	191
5.1.3. H3 Die Netzwerkstruktur hat bedeutsame statistische Zusammenhänge mit den Prozessen (Zuweisung, Inanspruchnahme, Rückmeldung und Zufriedenheit).....	192
5.1.4. H4 Die Durchdringung der Jugendämter in Bezug auf die bestehenden Strukturen und die Prozesse in der Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen auf der Ebene der Sachbearbeitenden unterscheiden sich statistisch bedeutsam von der Ebene der Stabstelle Kinderschutz oder ähnlichen.....	196
5.1.5. H5 Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen melden im Kontext der Kindeswohlgefährdung tendenziell andere Formen der Kindeswohlgefährdung als andere Meldegruppen.....	197
5.1.6. H6 Kooperationsstrukturen im ASD sind eher individuell erarbeitet als strukturell verankert.	200
5.2. Hypothesen zu den prozessualen Faktoren der Inanspruchnahme .....	201
5.2.1 H7 Die Wahrnehmung der Kooperation als originären Bestandteil der beruflichen Tätigkeit sehen die Jugendamtsmitarbeitenden eher bei sich als bei den Einrichtungen der Gesundheitsdienste.....	201
5.2.2. H8 Die Kooperationseinstellung hat bedeutsame statistische Zusammenhänge mit den Prozessen (Zuweisung, Inanspruchnahme, Rückmeldung und Zufriedenheit).....	202
5.2.3. H9 Die Mitarbeitenden der Jugendämter sehen sich in Bezug auf die Fallverantwortung in sehr exponierter Stellung. ....	205
5.2.4. H10 Es werden in Kinderschutzverfahren selten Rückmeldungen an die medizinischen Einrichtungen gegeben. ....	206
5.2.5. H11 Die gegenseitige (anonyme) Beratung ist in den Prozessen wenig ausgebildet.	208
5.2.6. H12 Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch evozieren eher eine Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste als andere Faktoren. ....	217

5.2.7. H13	Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten wird nicht als Zusammenarbeit auf Augenhöhe wahrgenommen. ....	221
5.3.	Hypothesen zum Medizinischen Kinderschutz.....	229
5.3.1. H14	Das Wissen im Medizinischen Kinderschutz wird mehr durch Berufspraxis und / oder Kooperation beeinflusst als durch die Aus- und Fortbildung.....	229
5.3.2. H15	Die Jugendamtsmitarbeitenden haben einen Wunsch / den Bedarf an Fortbildung und Qualifizierung im Medizinischen Kinderschutz.....	231
5.3.3. H16	Jugendämter sehen die Einrichtungen der Gesundheitsdienste im gesamten Kinderschutz-Fall nur partiell eingebunden. ....	232
5.3.4. H17	Kinderschutzstrukturen aus dem Gesundheitswesen sind im Jugendamt wenig bekannt und genutzt.....	241
6.	Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion.....	245
6.1.	Diskussion der Hypothesen.....	245
6.1.1	Diskussion struktureller Faktoren.....	245
6.1.2.	Diskussion prozessualer Faktoren.....	254
6.1.3.	Diskussion der Faktoren des Medizinischen Kinderschutzes .....	266
6.1.4.	Kurzzusammenfassung der Ergebnisse .....	272
6.2.	Diskussion des Forschungsdesigns .....	275
6.3.	Limitationen .....	275
6.4.	Kinderschutz und die Corona-Pandemie.....	277
	Abbildungsverzeichnis.....	280
	Literaturverzeichnis.....	282
	Anhänge.....	324
	Anhang A Fragebogen der quantitativen Erhebung.....	325
	Anhang B Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der qualitativen Erhebung .....	357
	Anhang C Leitfaden für die Durchführung der qualitativen Interviews .....	358
	Anhang D Liste der gebildeten Scores incl. der summierten Einzelitems.....	360
	Anhang E Codebuch Auswertung der Interviews.....	362
	Anhang F Poster Tagung klinische Sozialarbeit. Hochschule Nordhausen. ....	367
	Anhang G Poster Kongress für Kinder- und Jugendmedizin. Berlin. ....	368
	Anhang H Poster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGFE). Bremen. ....	369

## 0. Einleitung

Die Notwendigkeit der Kooperation zwischen den Einrichtungen der Jugendhilfe und den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich betont und wurde spätestens durch die Regelungen im Bundeskinderschutzgesetz (2012) und die im Jahr 2019 veröffentlichte AWMF-S3(+)-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) rechtlich und fachlich auf eine gestärkte Basis gestellt. Stötzel (2009) stellte bereits fest, dass Kinderschutz ein wichtiges Politikum geworden ist, was aktuell durch die große Anzahl der beteiligten Fachgesellschaften bei der Erstellung dieser Leitlinie durch die gelebte Praxis unterstrichen wurde. Aktuell ist zu konstatieren, dass in der jüngeren Vergangenheit die Möglichkeit, Notwendigkeit und auch praktische Umsetzung der Meldung einer potenziellen Kindeswohlgefährdung an die öffentlichen Träger der Jugendhilfe einerseits deutlich in der (Fach-) Öffentlichkeit bekannt wurde und sich andererseits auch Strukturen entwickelt haben, die diese Richtung der Meldung unterstützen (Schierer, Rabe und Groner, 2022). Die verstärkte Einbeziehung von Organisationen außerhalb der öffentlichen Jugendhilfe wird als notwendig und sinnvoll erachtet.

„Sowohl bei der Prävention als auch bei der Intervention setzt das Bundeskinderschutzgesetz auf eine Verantwortungsgemeinschaft aller Akteure, wobei es auf Seiten des Staates an der Primärverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe für den Kinderschutz selbstverständlich festhält.“ (BMFSFJ, 2016, S. 2)

Strukturelle und prozessuale Grundlagen für eine Verantwortungsgemeinschaft im Kinderschutz scheinen aktuell jedoch relativ eindimensional in Richtung der öffentlichen Jugendhilfe ausgerichtet zu sein und insbesondere die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen scheint noch unstrukturiert bzw. fragmentär. Eindrücklich listete die Jugend- und Familienministerkonferenz bereits 2009 die Regelungslücken an der Schnittstelle zwischen Sozialgesetzbuch (SGB) 5 und

SGB 8 auf (Jugend- und Familienministerkonferenz der Länder (JFMK), 2009). In den vergangenen zehn Jahren konnten einige der identifizierten Regelungslücken weiterverfolgt und auch verringert bzw. behoben werden. Seckinger und Lenz stellten jedoch zehn Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht von 2009 fest, dass die Annäherung der Systeme des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf eine strukturelle Sicherung von Kooperation und Netzwerkarbeit weiterhin nur sehr vereinzelt (z.B. im Bereich der *Frühen Hilfen*) auf sicheren Grundlagen agieren könne. Konkret fehle es häufig an der Einbeziehung der Akteur:Innen des Gesundheitswesens in entsprechende Netzwerke (genannt werden Netzwerke der *Frühen Hilfen* und der *Kinder psychisch kranker Eltern*), um insbesondere Familien mit starken Risikofaktoren institutions- und fachübergreifend begleiten zu können (Seckinger & Lenz, 2020, S. 212). So verbleibt die Einbeziehung medizinischer Expertise in Kinderschutzfragen oftmals ein individuelles und scheinbar zufälliges Procedere, da Strukturen der Zusammenarbeit und auch der finanziellen Vergütung dieser Zusammenarbeit nicht gegeben sind. Das Tätigwerden des Gesundheitssystems im Rahmen des Kinderschutzes wird als wichtiger und sinnvoller Baustein im Kinderschutz dargestellt, wird nachvollziehbar sinnvoll bzw. praktisch legitimiert, jedoch durch eine Nicht-Abrechenbarkeit der Leistungen nicht strukturell getragen, wie hier beispielhaft beschrieben:

„Ärztliche Untersuchungen zur Befunderhebung bei Verdacht auf Misshandlungen ohne Vorliegen einer Strafanzeige, sog. Verdachtsuntersuchungen, sind derzeit nicht über das SGB V als medizinische Leistung vollumfänglich abrechnungsfähig. Daraus leitet sich ab, dass Untersuchungen auf alleinigen Wunsch der Misshandlungsoffer (oder ihrer Eltern) nicht ohne Einschalten der Ermittlungsbehörden finanziert werden. Um eine niedrighschwellige und dennoch qualifizierte medizinische Opferuntersuchung gewährleisten zu können, sind für Verdachtsuntersuchungen Finanzierungswege zu <schaffen.“ (JFMK, 2009, S. 7)

Damit die Systeme der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens die hier geforderten Kooperationsbeziehungen aufbauen können, bedarf es aktuell nicht vorhandener oder genutzter beidseitiger und



aufeinander abgestimmter Regelungen. Es fehlen scheinbar Ressourcen für die Kooperation zwischen dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe und anderen Institutionen für die Aufgaben, die u.a. in § 81 des SGB 8 gefordert werden (JFMK, 2009). Dieser Überwindung von Systemgrenzen bedarf es, um einen wirksamen Schutz von Kindern und Jugendlichen effektiv sicherzustellen. Es braucht neben allgemeinen auch Regelungen speziell für interdisziplinäre Kinderschutzfälle (BMFSFJ, 2020; Bathke, Bücken & Fiegenbaum, 2018). Die durch fehlende Richtlinien begründete Verwirrung bei Mitarbeitenden auf Seiten des Gesundheitswesens und des Jugendamtes bedarf dringend der Erarbeitung praktikabler Lösungen (Deutsches Institut für Urbanistik, 2016; Gitter, 2012).

Doch welche Institutionen sind einzubinden und wie sind die Schnittstellen auszugestalten? Lenz beschreibt insbesondere die Erziehungsberatungsstellen als „eine Institution zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem“ (Lenz, 2013, S. 1). In der vorliegenden Forschungsarbeit wird weniger auf einzelne Institutionen abgezielt, sondern es werden grundsätzliche Anforderungen der gelingenden Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen in toto beschrieben. Ein zentraler Baustein aus der Perspektive des Gesundheitswesens, wie das nachfolgende Beispiel zeigt, sind praxisnahe Regelungen, um Ablaufprozesse optimieren zu können, die sowohl den betroffenen Familien als auch dem Jugendamt in der Gefährdungsbeurteilung Unterstützungsangebote zur Verfügung stellen können.

„Hinsichtlich der Befugnis zur Datenübermittlung für Berufsheimnisträger/innen (§ 4 Abs. 3 - Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz -KKG-) hat sich gezeigt, dass die Regelung in der Praxis häufig schwer verständlich ist – die Regelung sollte daher für mehr Praxistauglichkeit klarer und verständlich formuliert werden. Außerdem sollten die meldenden Ärztinnen und Ärzte, die nach § 4 Abs. 3 KKG Daten übermitteln, in den Prozess der Gefährdungseinschätzung des Jugendamtes zukünftig einbezogen werden, v.a. auch damit diese „Feedback“ erhalten – dies ist nach der Evaluation ein zentrales Anliegen von Ärztinnen und Ärzten.“ (BMFSFJ, 2016, S. 6).

Das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) aus dem Jahr 2021 weist hier eine Weiterentwicklung in diesem Sinne auf und legt unter anderem fest, dass der § 8a im SGB 8 angepasst wird.

„Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, [sind] in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen.“ (KJSG, S. 3)

Im Sinne kontinuierlicher Verbesserungsprozesse lässt sich konstatieren, dass diese Rückmeldungen aktuell nicht strukturell gebahnt sind, sondern die Gesetzgebung im Bundeskinderschutzgesetz zwar die Beteiligten benennt, jedoch weiterführende Regelungen scheinbar fehlen.

„Das Gesetz bezieht weitere für das gute Aufwachsen und den Schutz von Kindern und Jugendlichen verantwortliche Akteure ein, deren Handlungsauftrag Wirkungen für den präventiven und intervenierenden Schutz von Kindern und Jugendlichen entfalten – allen voran die Gesundheitshilfe.“ (BMFSFJ, 2016, S. 2)

Die Ausweitung und Stärkung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe wird im Evaluationsbericht der Bundesregierung zum Bundeskinderschutzgesetz betont (BMFSFJ, 2016). Der Einbezug der Akteur:Innen des Gesundheitswesens für gelingenden Kinderschutz wird inhaltlich und formell aktuell als essentielles Element für sein Gelingen gesehen. Dies beschreiben sowohl die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (BMFSFJ, 2016, S. 2) als auch die Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht in ihrer Evaluation (Keupp, 2020). Die Zieldimensionen des Bundeskinderschutzgesetzes unterstreichen ebenfalls den Bedarf der Weiterentwicklung eines wirksamen Kinderschutzes in Bezug auf die hier behandelte Thematik (BMFSFJ, 2016). Diese Zieldimensionen bedürfen einer kontinuierlichen Betrachtung und Weiterentwicklung, um eine Anpassung an die aktuellen gesellschaftlichen, rechtlichen und wissenschaftlichen Normen und Standards zu gewährleisten (Biesel & Urban-Stahl, 2018). Die Einzelerkenntnisse der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes betonen mehrfach die Schnittstelle zwischen den Jugendämtern und dem

Gesundheitswesen. Deutlich wird auch, dass der Informationsfluss aktuell lediglich von den Akteur:Innen des Gesundheitswesens (explizit genannt werden z.B. Hebammen und Ärzt:Innen) in Richtung der Jugendhilfe gedacht wird. „Das Gesundheitswesen spielt eine große Rolle bei der Aufdeckung von Gefährdungslagen bei Säuglingen.“ (BMFSFJ, 2015, S. 6). Bei der aktuellen Faktenlage ist absolut zutreffend, dass die akute Gefährdung bei kleineren Kindern oftmals stärker ist, jedoch sind auch zahlreiche ältere Kinder und Jugendliche von potenziell Kindeswohlgefährdenden Situationen betroffen (Kaufhold & Pothmann, 2014).

Die Verknüpfung der in der Regel durch die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher gut trennbaren Sozialsysteme wird nicht nur formal, sondern auch in Bezug auf die Wahrnehmung der Kooperation als kompliziert beschrieben. Seckinger und Lenz (2020, S. 220) erörtern, dass Studien zu dem Schluss kommen, dass die „Kooperation von Schule und Kinder- und Jugendhilfe, sowie von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe von Jugendhilfeseite eher als schwierig eingeschätzt werden.“ Diese eher kritische Einschätzung bestätigt sich in anderen Studien auch aus ärztlicher Sicht (Bertsch & Seckinger 2016; Dittmann & Raabe 2017). Mit zunehmender Ausweitung des Themas Kinderschutz sind in der konkreten Umsetzung kooperativer Handlungen zunehmend mehr Personen und Berufsgruppen beteiligt. Die Schnittstelle verbreitert sich demnach und bezieht auch andere als die bisher häufig als zentrale Schnittstellen beschriebenen Sozialdienste aus Sicht des Gesundheitswesens ein (Falke, 2023b).

Die konkreten Kooperationsmöglichkeiten und -notwendigkeiten mit Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sicht der Jugendhilfe scheitern oft an struktureller Minderversorgung und Schwierigkeiten bei der konkreten praktischen Inanspruchnahme.

„Zu wenig geläufig war lange Zeit auch die Möglichkeit, sich von Rechtsmediziner:innen konsiliarisch beraten zu lassen, denen gerade auch präventiv eine wichtige Rolle bei der fachlichen Beurteilung von Gewaltopfern zukommt. Sie können aber erst – soweit regional verfügbar – involviert werden, wenn zumindest ein Verdacht entstanden ist und

diesem nachgegangen wird.“ (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak & Thyen, 2016, S. 3)

Neben diesen Anspruchsvoraussetzungen ist weiterhin zu bedenken, dass rechtsmedizinische Aktivität häufig nachrangig geschieht, da deutlich häufiger und früher Pädiater:Innen, Allgemeinmediziner:Innen sowie (Kinder-) Chirurg:Innen mit verletzten Kindern konfrontiert sind (ebd.).

Die Beschäftigung und der regelgeleitete Umgang mit Kinderschutzfällen sind demzufolge an unterschiedlichen Stellen unserer Gesellschaft bereits unterschiedlich stark verortet. Sämtliche Bereiche der Gesellschaft in denen Kinder und Jugendliche anzutreffen sind, sind hier gefordert und starten an oftmals sehr heterogenen Ausgangspunkten und mit divergierenden Ressourcen. Besonders deutlich wird dies beispielsweise in ehrenamtlichen jugendverbandlichen Strukturen, wie in Falke (2023a) beschrieben.

In Anlehnung an die Qualitätsdimensionen von Donabedian (1966) fokussiert diese Forschungsarbeit auf die Strukturen, also die strukturellen Voraussetzungen wie z.B. personenbezogene (Ausbildung, Qualifikation, personelle Ressourcen), materielle (z.B. räumliche und technische Ressourcen), sowie organisatorische (Vorhandensein bestimmter Stellen, Netzwerke, Ansprechpersonen) Strukturen. In Abgrenzung hierzu sind prozessuale Faktoren jegliche Aktivitäten, die sich mit der Umsetzung, bzw. der Art und Weise der Leistungserbringung befassen und auch die jeweilige Arbeitsaufteilung der beteiligten Personen(-gruppen) beschreiben (Hensen, 2016). Die dritte von Donabedian (1966) dargestellte Qualitätsdimension, die Ergebnisqualität, wird in dieser Arbeit nur gestreift, jedoch nicht tiefer betrachtet. Die Ergebnisse der Prozesse bzw. Effekte, die bestimmte Strukturen hervorrufen, sind zwar Bestandteil der vorliegenden Forschungsarbeit, jedoch liegt der Fokus durchgängig auf den bekannten Strukturen und wahrgenommenen Prozessen der Jugendamtsmitarbeitenden. Eine explizite Auswertung der jeweiligen Fälle oder der Vorgehensweisen der Jugendamtsmitarbeitenden findet nicht statt. Neben dieser Dissertationsschrift sind auf Grundlage der Ergebnisse des Forschungsvorhabens bereits Poster Publikationen zum Studiendesign, zu gemeinsamen Fortbildungen und zu den

Anforderungen der Jugendämter erfolgt (Falke & Ostermann, 2022; 2021a; 2021b).

Die vorliegende Forschungsarbeit gliedert sich neben dieser Einleitung in sechs Kapitel. In Kapitel 1 werden durch definitorische Zugänge Grundlagen für das weitere Verständnis geschaffen. Die förderlichen und hemmenden Merkmale von Kooperationen und Netzwerken füllen das Kapitel 2. Im dritten Kapitel wird die methodische Umsetzung des Forschungsprojektes dargestellt. Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse des Forschungsprojektes findet sich in Kapitel 4, bevor in Kapitel 5 eine hypothesenspezifische Auswertung folgt. In Kapitel 6 wird abschließend das Forschungsprojekt zusammenfassend diskutiert und bezüglich seiner Rahmenbedingungen beschrieben sowie eingeordnet.

# 1. Definitionen, Grundlagen, Inhalte und Schnittstellen des Medizinischen Kinderschutzes

Um im weiteren Verlauf einheitliche Grundlagen bezüglich der basal verwendeten Fachbegrifflichkeiten zu ermöglichen, werden nun einleitende Definitionen zunächst nebeneinandergestellt. Wechselwirkungen und weitere Prozesse gegenseitiger Beeinflussung der jeweiligen Akteure werden im weiteren Verlauf erläutert.

Dargestellt werden Definitionen und Erläuterungen zu den Begrifflichkeiten:

- Kooperation
- Interprofessionelle Zusammenarbeit / Inter- / Transdisziplinarität
- Kindeswohl bzw. Kindeswohlgefährdung
- Kinderschutz
- Kindesmisshandlung
- Medizinischer Kinderschutz
- *Frühe Hilfen*

## **Kooperation**

Um die komplexen Abläufe in der Zusammenarbeit von Institutionen und ihren Mitarbeitenden zu verstehen, scheint *Kooperation* häufig sowohl Ziel als auch Weg bei der Verbesserung einer sog. Multiproblemlage zu sein. Wenn hier von Kooperation gesprochen wird, so wird die Definition von van Santen und Seckinger (2003, S. 29) zu Grunde gelegt, die konstatierten:

„Kooperation ist ein Verfahren – also kein inhaltlich definierbarer Handlungsansatz – der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird.“

Böwer und Kotthaus (2018, S. 300) betonen bezüglich dieser Definition, „dass Kooperation kein Selbstzweck sein kann und nicht per se als der Sache dienlich eingestuft werden kann.“ Sie sehen vielmehr Kooperation als Methode, deren Einsatz jeweils einer Begründung bedarf. Ebenda wird auch

eine Abgrenzung zur *Vernetzung* deutlich. Vernetzung tendiert in Richtung der Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer Struktur und muss so verstanden werden, dass diese Strukturen die Kooperationen unterstützen. Vernetzungen und Netzwerke können also potenziell Kooperation ermöglichen, stellen jedoch solitär betrachtet keine Kooperation dar, da die oben beschriebenen Zusammenarbeitsprozesse (noch) nicht tragend sind.

### **Interprofessionelle Zusammenarbeit / Inter- / Transdisziplinarität**

Die interprofessionelle Zusammenarbeit versteht Schroeder (2009) als Zusammenarbeit verschiedener Professionen bzw. Berufe und beschreibt die Interdisziplinarität als das Zusammenwirken von unterschiedlichen Disziplinen / Fachwissenschaften. Obrecht (2005) betont, dass die Interdisziplinarität ein sozialer Prozess ist, der die Möglichkeiten der einzelnen beteiligten Profession erweitert. An dieser Stelle sei auf Sommer und Thiessen (2020) und deren Beschreibungen des Verhältnisses zu Multiprofessionalität und Transprofessionalität verwiesen, die betonen, dass das Präfix *Inter* in der Interprofessionalität auf zu überbrückende Lücken hinweise. Aus dieser Interprofessionalität könne sich eine Transprofessionalität entwickeln, wenn die Professionsgrenzen überschritten würden. Alle Begriffe bieten folglich unterschiedliche Herausforderungen aber auch definitionsimmanente Handlungsoptionen an, wie die gemeinsame Aktivität unterschiedlicher Einrichtungen bewertet werden kann, wobei die Bewertung stets einer subjektiven Färbung unterliegt. Um diese Herausforderung abzumildern, werden im weiteren Text neben den Fachtermini jeweils auch konkrete Beispiele zur Einordnung genutzt.

### **Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung**

Die Begriffe Kindeswohl bzw. Kindeswohlgefährdung sind unbestimmte Rechtsbegriffe, die auch außerhalb der Fachsprachen genutzt werden (Renschmidt & Mattejat, 1996). Subsummiert werden hier oftmals Verhaltensweisen von massiven Übergriffen bis hin zu Abweichungen von subjektiven Idealvorstellungen guter Erziehung (Betz, Bollig, Joos & Neumann, 2018). Es ist davon auszugehen, dass in unterschiedlichen Fachsystemen der Begriff der Kindeswohlgefährdung verschieden spezifisch codiert und genutzt wird, so dass der Begriff an sich, zur

Informationsübermittlung zwischen unterschiedlichen Systemen (wie hier dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe) nur sehr eingeschränkt nutzbar ist, da sie kontextgebunden und sehr spezifisch sind (Berthold, 2019b; Körner & Hörmann, 2019; Böwer & Kotthaus, 2018).

Die bis heute gültige Definition des Begriffs der Kindeswohlgefährdung hat der Bundesgerichtshof (BGH, 2016) in leichter Anpassung in Bezug auf die Rechtsprechung zum Kindeswohl aus 1956 vorgegeben:

„Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB liegt vor, 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. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt.“  
(BGH, 2016, S. 1)

Somit sind diese unbestimmten Rechtsbegriffe, deren juristische Bezugspunkte u.a. in § 1627 BGB, 1697a BGB, § 8a SGB und besonders grundlegend in Art. 6 des Grundgesetzes zu finden sind, mit keiner allgemeingültigen Definition zweifelsfrei abzubilden. Es bedarf der Auslegung und Abwägung der betroffenen Rechtskreise (Maywald, 2016), bei der z.B. der Datenschutz, das Sorgerecht, die Garantenpflicht etc. mit dem zu realisierenden Kindeswohl in Einklang gebracht werden sollen. Es geht darum, ob *gewichtige Anhaltspunkte* für eine Gefährdung vorliegen (Barth, 2022; Heynen, Kiefl, Neudörfer & Reich, 2019). Die Spannweite, in der sich diese Schädigungen bewegen können, reicht von körperlicher, seelischer, emotionaler und sexualisierter Gewalt über das Verhalten der Eltern bis hin zu familiärer und persönlicher Situation, wie z.B. dem Wohnumfeld (Kokott-Weidenfeld, 2014). Es bedarf einer intensiven Auseinandersetzung im konkreten Fall, bei der in der Regel verschiedene Professionen durch ihre Akteur:Innen beteiligt sind, damit durch diese Personen Antworten und Lösungen „im Konzert der Kinderschutzakteure ausgehandelt werden“ (Katzenstein & Schönecker, 2009, S. 801).



## **Kinderschutz**

Analog zu den Begriffen Kindeswohl und dessen Gefährdung ist auch die Betrachtung des Kinderschutzes definitorisch nicht eindeutig. In den letzten Jahren haben sich sowohl enge als auch sehr weitgefasste Definitionen des Kinderschutzes entwickelt und partiell wird auch von mittleren Optionen gesprochen.

Das enge Verständnis vom Begriff Kinderschutz meint den intervenierenden Kinderschutz durch Jugendamt oder Familiengericht in der Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes. Ein mittleres Verständnis vom Begriff des Kinderschutzes tendiert deutlich in Richtung (sekundärer) Prävention und hat die Intention Gefährdungen in (besonders belasteten bzw. gefährdeten) Familien bzw. sonstigen Kontexten zu verhindern, dadurch, dass rechtzeitig Hilfen angeboten werden. Hier ist das Bundeskinderschutzgesetz zu verorten. In einem weiten Verständnis vom Kinderschutz werden sämtliche weiteren Schutzbereiche, z.B. Unfallschutz, Medienschutz, Schutz vor Diskriminierung etc. inkludiert (Biesel & Urban-Stahl, 2018; Maywald, 2016). Es umfasst das gesamtgesellschaftliche Bemühen um die Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen.

Diese Vielschichtigkeit des Kinderschutzbegriffs birgt die Gefahr eine klare Orientierung zu verhindern, wobei sie durchaus auch als Ressource für eine breite Öffentlichkeitswirksamkeit darstellt (Schone, 2014). Gar als einen Sammelbegriff „für pädagogische Präventions- und Interventionsmaßnahmen, die der Abwendung potenzieller oder bestehender Gefährdungen des kindlichen und jugendlichen Wohls dienen“ verstehen Böllert und Watzlawik (2012, S. 21) den Begriff Kinderschutz, wohingegen Gautschi (2021) Kinderschutz weniger durch sich selbst, sondern durch das Verhältnis z.B. zur Kinder- und Jugendhilfe im fachlichen Diskurs determiniert sieht.

In der hier vorliegenden Arbeit beschränkt sich die Sichtweise auf ein mittleres Verständnis von Kinderschutz, indem auf die intervenierenden bzw. interventionsbegleitenden und -verhindernden Maßnahmen geschaut wird, was eine deutliche Einengung der Sichtweise gegenüber der Gesamtheit pädagogischer Präventions- und Interventionsmaßnahmen darstellt, die Böllert (2017) postuliert.

### **Kindesmisshandlung**

Der Begriff der Kindesmisshandlung findet sich aktuell zumeist im Medizinischen Kinderschutz wieder und wurde von Dettmeyer, Veit und Verhoff (2019, S. 156) definiert als

„[d]ie nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und / oder seelische Schädigung eines Kindes in Familien oder Institutionen, die zu Verletzungen und / oder Entwicklungshemmungen und im Einzelfall zum Tode führt.“

Während in dieser Definition die Schädigung bereits eingetreten bzw. unabwendbar ist, sehen Ewert und Seifert (2019) auch Androhungen von Schädigungen und Handlungen, die schädigendes Potenzial haben, als Bestandteil der Kindesmisshandlung.

Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie und ihre Vorgängerin, die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nehmen noch eine weitere Ausdifferenzierung u.a. in körperliche und emotionale Misshandlung, körperliche Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch und einige weitere Kategorien vor (Peters, 2021), die an dieser Stelle nicht in der Tiefe betrachtet werden. Die Kinderschutzleitlinie erwähnt explizit auch gemischte Misshandlungsformen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019).

### **Medizinischer Kinderschutz**

Dem Medizinischen Kinderschutz, der sich laut Herrmann (2012) seit der Jahrtausendwende zunehmend entwickelt, werden die klinischen Bereiche Prävention, Screening, Diagnostik und Intervention sowie die Integration in die Aus- und Weiterbildung und wissenschaftliche Forschung zugeschrieben. Grundsätzlich beschreiben Herrmann und Eydam (2010, S. 1173) Medizinischen Kinderschutz als „jegliche Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Gesundheitswesen“.

### **Frühe Hilfen**

Zur Abgrenzung bedarf es ebenfalls einer Annäherung an den Begriff der *Frühen Hilfen*. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen definiert *Frühe Hilfen* als

„lokale und regionale Unterstützungssysteme mit [...] Hilfsangeboten für Eltern und Kinder [...] mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. [...] Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten“ (Sommer & Thiessen, 2020, S. 21).

Auch die *Frühen Hilfen* werden als Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen betrachtet, beziehen sich jedoch auf die organisatorischen Aspekte der entsprechenden Netzwerke und die Altersgruppe der bis Dreijährigen und deren Eltern. Sie sind im präventiven Bereich verortet und in Bezug auf die betreffende Altersgruppe als Teil des Medizinischen Kinderschutzes zu sehen, wobei die primärpräventiven Anteile deutlich über den Medizinischen Kinderschutz hinausgehen. Aus diesen Gründen erscheint eine vollständige Verortung der *Frühen Hilfen* im Medizinischen Kinderschutz nicht haltbar, was bei Schone (2014) zum Vorwurf der Beliebigkeit der Angebote führte. Kelle und Dahmen (2020) betonen die Freiwilligkeit und Niedrigschwelligkeit der Angebote der *Frühen Hilfen* als Hilfskonstrukt zur Verortung gegenüber dem Kinderschutz. Ebenso werden die Herausforderungen des doppelten Mandats als nahezu professionsimmanente Elemente der sozialen Arbeit herausgestellt.

Die hier beschriebenen Definitionen beziehen sich nicht immer ausschließlich auf den Kinderschutz, sind jedoch notwendig, um die breitgefächerten Inhalte der Forschungsarbeit einordnen zu können. Ebenso verhält es sich mit den Zahlen zum Kinderschutz, die nachfolgend dargestellt werden und von denen sich zunächst nur ein Teil direkt auf den Medizinischen Kinderschutz bezieht.

### **1.1. Kinderschutz in Zahlen**

Im Jahr 2021 wurden 197.759 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls in Deutschland durchgeführt, mehr als 55.000 davon in NRW. Bei 59.949 gemeldeten Kindern und Jugendlichen sahen die Jugendämter eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung als gegeben.

In der Betrachtung der Geschlechterverteilungen (Personen mit Geschlechtsangabe *diverse Personen* wurden in der Studie nicht einzeln aufgeführt) waren etwas mehr Jungen als Mädchen betroffen. Bei den Jugendlichen älter als 14 Jahre waren deutlich mehr Mädchen betroffen. Es wurden 30.369 Verfahren als Fälle akuter Kindeswohlgefährdung eingeschätzt, wobei sich folgende Häufigkeiten in Bezug auf die Misshandlungsart zeigten: psychische Misshandlung ca. 11.000 Fälle, sexuelle Misshandlung circa 2.000 Fälle, körperliche Misshandlung circa 9.000 Fälle und Vernachlässigung circa 18.000 Fälle.

Zu erwähnen ist jedoch, dass bei mehr als 10.000 Fällen zwei Misshandlungsformen und bei mehr als 100 Fällen sogar mehr als zwei Misshandlungsformen zeitgleich festgestellt wurden.

In circa 30.000 Fällen wurde eine latente Kindeswohlgefährdung festgestellt, in circa 68.000 Fällen sah das Jugendamt keine Kindeswohlgefährdung, diagnostizierte jedoch einen Hilfebedarf der betroffenen Familien und bei circa 70.000 Fällen sah das Jugendamt keine Kindeswohlgefährdung und keinen (weiteren) Hilfebedarf.

Aus dem Gesundheitswesen ergingen circa 11.000 Meldungen, wobei bei 4.400 Fällen eine (latente oder akute) Kindeswohlgefährdung durch das Jugendamt festgestellt wurde. Damit wurde jede 2,7te Meldung aus dem Gesundheitswesen als Kindeswohlgefährdung eingeschätzt. Polizei, Gerichte etc. melden deutlich mehr (circa 55.000 Fälle), wobei die Kindeswohlgefährdung hier bei jedem 3,8ten Fall durch das Jugendamt bestätigt wird. Bei selbstmeldenden Minderjährigen schätzen die Jugendämter jeden 1,7ten Fall als akute oder latente Kindeswohlgefährdung ein, bei anonymen Meldungen (jede 6,5 Meldung), Meldungen der Eltern (3,0) oder von Bekannten / Nachbarn (5,5) sind es deutlich weniger Fälle, die nach den erfolgten Meldungen durch die Jugendämter derart ebenfalls als Fälle von Kindeswohlgefährdung eingeschätzt werden (Statistisches Bundesamt, 2022).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anzahl der Verfahren	106623	115687	124213	129485	136925	143275	151771	173029	194475	197759
Akute Kindeswohlgefährdung	16 875	17 211	18 630	20 806	21 571	21 694	24939	27 980	29 690	30 369
Latente Kindeswohlgefährdung	21 408	21 411	22 419	24 188	24 206	24 054	25 473	27 547	30 861	29 579

(eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt, 2022, S. 33)

Abbildung 1 Anzahl der Verfahren zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung 2012 - 2021

In Bezug auf die Verteilung der Geschlechter scheint es bei Kindern wenig Unterschiede zu geben, bei den Jugendlichen werden jedoch mehr Jungen in Bezug auf die Art der Kindeswohlgefährdung als Vernachlässigung eingeschätzt und mehr Mädchen sind von psychischer oder sexualisierter Gewalt betroffen (Kaufhold & Pothmann, 2016). Vermehrt werden Kindeswohlgefährdungen bei Jugendlichen festgestellt, was unter anderem daran liegen könnte, dass in den Jugendämtern eine stärkere Sensibilität für diese Zielgruppe entwickelt wurde (Kaufhold & Pothmann, 2016). Es bleibt also zu resümieren, dass eine sehr große Anzahl von Kindern und Jugendlichen (und damit verbunden eine unüberschaubar große Anzahl von Geschwisterkindern, Eltern, Personen aus Hilfesystemen, Großeltern und Freund:Innen ebenfalls mindestens mittelbar) betroffen sind. Die Notwendigkeit insbesondere aus dem Gesundheitswesen heraus und im aktiven Zugehen auf das Gesundheitswesen im Rahmen von Meldung und Behandlung von Kinderschutzfällen lässt sich unterstreichen, wenn das Potenzial des Medizinischen Kinderschutzes eingehender betrachtet wird, denn die Zahlen aus dem Medizinischen Kinderschutz weisen sowohl Chancen als auch Herausforderungen auf:

- In der Gewaltschutzambulanz der Charité wurden im ersten Halbjahr 2020 23% mehr Fälle von Kindesmisshandlung als 2019 registriert (Peters, 2021).
- Schmidt, Klein, Stock, Reinshagen und Königs (2020) zeigen in ihrer Erhebung aus dem Klinikum Altona signifikant mehr detektierte Fälle von Kindeswohlgefährdung nach Installation der Kinderschutzgruppe.
- Fendrich und Tabel (2021) berichten von einem neuen Höchststand von Kindeswohlgefährdungsfällen bei neu gewährten Hilfen zur Erziehung im Jahr 2019 und den Jahren zuvor.

- Unter Bezugnahme auf die WHO ist anzunehmen, dass ein Großteil der Kindesmisshandlungen im Gesundheitswesen nicht erkannt wird, bzw. nicht adäquat reagiert wird (Berthold & Clemens, 2020).

Berthold und Clemens (2020) gehen davon aus, dass ein großes Dunkelfeld existiert, in dem mindestens ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mindestens eine Form von Kindesmisshandlung erleben.

Aufgrund dieser Dunkelfelder lassen sich die kontinuierlich zunehmenden gemeldeten Fälle von Kindeswohlgefährdung auch nur unbefriedigend einschätzen, da nicht bekannt ist, ob sich allein das Hellfeld ausweitet und das Dunkelfeld kleiner wird oder ob de facto mehr Kinder- und Jugendliche Opfer von Kindeswohlgefährdung sind (u.a. Fendrich & Tabel, 2021; Becker, Fuhrmann & Gerhard, 2020; Bange, 2019, Berthold, 2019; Böllert, 2017, Herrmann et al., 2016; Leitner, Troalic & Bock, 2014; Völschow, 2014; Böwer, 2012; Deutsches Institut für Urbanistik, 2009; Kindler, Lillig, Blüml, Meysen & Werner, 2006; van Santen & Seckinger, 2003). Heimann, Ewert, Metzner, Sigmund, Jud und Pawils (2021) befürchten einen Zuwachs des Dunkelfeldes während der Corona-Pandemie. Bezugnehmend auf die großen quantitativen Abweichungen diverser Veröffentlichungen merken Jud, Rassenhofer, Witt, Münzer und Fegert (2016) an, dass konkrete Aussagen zu Hell- und Dunkelfeldern nahezu unmöglich sind.

## **1.2. Rechtliche Einordnung**

Kinder und Jugendliche haben das Recht auf ein gewaltfreies Aufwachsen, das ihnen in § 1631 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zugesichert wird. Katzenstein und Schönecker (2009, S. 2) beschrieben einige Zusammenhänge in ihrem Artikel: „Das Zusammenspiel der einzelnen Instrumente im Orchester des Kinderschutzes und seine rechtlichen Grundlagen.“ Medizinischer Kinderschutz berührt schon in seinem Namen bereits zwei Rechtskreise, denn im SGB 8 sind die Regelungen für die Kinder- und Jugendhilfe verortet und das SGB 5 regelt die medizinische Versorgung. Weiterhin finden sich Bezüge zum medizinischen Kinderschutz im Grundgesetz, im Bundeskinderschutzgesetz, im Kinder- und

Jugendstärkungsgesetz, im „Gesetz zur Kooperation und Kommunikation im Kinderschutz“, diversen Landeskinderschutzgesetzen (hier, aufgrund des Forschungssettings insbesondere das Landeskinderschutzgesetz NRW), Landesschulgesetze, dem „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ und anderen mehr. Auch mehrere weitere Sozialgesetzbücher sind zumindest mittelbar häufig betroffen (Paul, 2012). Der Einbezug der Gerichte in Fällen von Kindeswohlgefährdung incl. Weisung zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfen und / oder Eingriffen in das Sorgerecht erfolgt bei einer zunehmenden Fallzahl (Böwer & Kotthaus, 2018). Bereits seit 2008 ist es den Familiengerichten möglich im Rahmen der Abwehr von Gefahren die Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen, also z.B. des Gesundheitswesens, anzuweisen (Salgo, 2022). Leitner et al. (2014) konkretisieren dies für die Inanspruchnahme einer rechtmedizinischen Untersuchung.

Herausforderungen ergeben sich unter anderem dadurch, dass unterschiedliche Rechtskreise mit teilweise unbestimmten Rechtsbegriffen (Böwer, 2012) involviert sind, dass oftmals Zeitdruck in der Bearbeitung besteht (Betz et al., 2018) und dass eine kontinuierliche Weiterqualifizierung aller Beteiligten notwendig ist (Salgo, 2022). So stellt sich bereits an dieser Stelle die Frage, ob die Vielzahl der legislativen Grundlagen notwendig ist oder Handeln erschwert bzw. für Unklarheit sorgt. Kritisch ob der Notwendigkeit der Vielzahl dieser unterschiedlichen Regelungen zeigt sich z.B. Kokott-Weidenfeld (2014).

Das Jugendamt ist durch das sogenannte Wächteramt in Anlehnung an Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes in einer besonderen Verpflichtung. Dieser Artikel wird in § 1 Abs. 2 des SGB 8 ebenfalls aufgeführt und somit eindeutig auch der Jugendhilfe zugeschrieben. Ein weiterer Rechtsbegriff, der zur Orientierung hilfreich ist, sind die Berufsheimnisträger:Innen, wie z.B. in § 203 StGB oder in § 4 KKG oder auch in § 8a SGB 8 genannt. Hier handelt es sich um definierte Personen(-gruppen), denen besondere Pflichten und Rechte im Kinderschutz zugeschrieben werden. Dass dieser Personenkreis geschlossen ist, wird oft kritisch gesehen (u.a. Bundesverband der Erziehungshilfe (AFET) 2020; Merk, 2014). Um dem Schutzauftrag gegenüber den Minderjährigen nachzukommen, ist zur akuten Gefahrenabwehr der

Einbezug des Gesundheitswesens durch die Jugendhilfe auch ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten statthaft (DJI, 2006), was jedoch in der rechtlichen Praxis meist mit Herausforderungen verbunden war (Semmler, 2012).

In seinen Entscheidungen ist das Jugendamt in Bezug auf die Involvierung anderer Stellen wie z.B. der Polizei ungebunden (Turba, 2019; Kindler et al., 2006). Das SGB 8 gibt jedoch klare Abläufe zur Bearbeitung von Kinderschutzfällen im Jugendamt und zur Anrufung des Familiengerichts vor (u.a. Meysen, Schönecker und Kindler, 2009; Deutsches Jugendinstitut (DJI), 2006). Die Polizei hat bei Bekanntwerden solcher Hinweise die Pflicht denen nachzugehen, was zur Einleitung von Strafverfahren führen kann (Turba, 2019), wodurch unterschiedliche Möglichkeiten und legislative Vorgaben deutlich werden. Mit den Gesetzesnovellierungen zum Bundeskinderschutzgesetz bzw. zum Kinder- und Jugendstärkungsgesetz wurde verstärkt die Versäulung der Rechtskreise aufgebrochen und wurden zunehmend auch diejenigen in die Pflicht genommen, die außerhalb des SGB 8 mit Kindern und Jugendlichen professionellen Kontakt haben (Salgo, 2022). Die Ausweitung des grundsätzlichen (juristischen) Denkens aus dem Geltungsbereich des SGB 8 auf das Gesundheitswesen im Speziellen wird jedoch oftmals nicht als unkompliziert beschrieben. Eine Übersicht hierzu liefert die Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Neben den unten dargestellten Schwerpunkten des Datenschutzes und der Finanzierung sind die rechtlichen Rahmenbedingungen, die sich direkt auf den (Medizinischen) Kinderschutz auswirken nicht zu vergessen, z.B. die Gebote der Qualifizierung der jeweiligen Fachkräfte (Salgo, 2022; Wolff, 2006). Das Jugendamt ist qua § 81 SGB 8 zur strukturellen Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet, was auch das Gesundheitswesen umfasst. Relativ neu, mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfestärkungsgesetzes 2021, hingegen ist die Verpflichtung, den Meldenden eine Rückmeldung zum Eingang einer Meldung nach § 8a SGB 8 zu übermitteln und die Berufsheimnisträger:Innen auch über das Ergebnis der Gefährdungseinschätzung zu informieren bzw. sie mit einzubeziehen (Schneider & Gutmann, 2022).



Einen weiteren wichtigen rechtlichen Aspekt im Kinderschutz stellt der Datenschutz dar. Das Thema Datenschutz ist eng mit dem Thema des Vertrauens(-bruchs) zwischen Ärzt:Innen und Patient:Innen bzw. mit dem Verlust einer guten therapeutischen Beziehung verbunden und hat somit direkten Einfluss auf die Patient:Innenversorgung. Insbesondere, da es in der Regel um Sozialdaten, genauer Gesundheitsdaten, geht, die besonders geschützt sind (Ewert & Seifert, 2019; Rixen, 2019; Völkl-Kernstock & Kienbacher, 2016; Merk, 2014, Fegert, Ziegenhain, Knorr und Künster, 2010; Kemper, Kölch, Fangerau & Fegert, 2010; Suess & Hammer, 2010; Meysen et al., 2009; DJI, 2006).

Ebenfalls bestand in vielen Berufsgruppen im Gesundheitswesen in Bezug auf Strafen gegen die eigene Person durch datenschutzrechtliche Verfehlungen die Tendenz, teilweise recht spät den begründeten Verdacht gegenüber anderen Stellen zu kommunizieren, was durch den § 4 KKG deutlich transparenter geregelt wurde (Bathke et al., 2018; Merk, 2014). Es wäre jedoch falsch, Kinderschutz und Datenschutz antagonistisch gegenüberzustellen. Der Datenschutz stellt, trotz aller Herausforderungen, eine elementare Grundlage gelingenden Kinderschutzes dar (Rixen, 2019; Amme, 2015; Deutsches Institut für Urbanistik, 2009).

Eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist weiterhin möglich mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten, nach dem Bundeskinderschutzgesetz (§ 4) oder auch dem rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB (Ewert & Seifert, 2019; Stejspal, 2017; Kindler et al., 2006). Im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz wird vermehrt die Verantwortungsgemeinschaft betont, die wechselseitige Verpflichtungen mit sich bringen (BMFSFJ, 2020).

Dass Datenschutzgründe zur Rechtfertigung nicht stattfindender Kooperation genutzt werden, ist ein vielfaches Argument und auch eine oft geäußerte Wahrnehmung (u.a. Frenzke-Kulbach, 2004; Meysen et al., 2009).

### 1.3. Öffentliche Jugendhilfe und Kinderschutz

Das Jugendamt gehört im Verständnis der Gewaltenteilung zur Exekutive, also zur ausführenden Gewalt und ist organisatorisch auf der unteren Verwaltungsebene, also z.B. auf Kreisebene angesiedelt (Rabe, 2022). Wenn im Rahmen der hier vorliegenden Forschungsarbeit von der öffentlichen Jugendhilfe, bzw. dem Jugendamt gesprochen wird, ist in aller Regel der Allgemeine Soziale Dienst (ASD), teilweise auch Bezirkssozialdienst (BSD) gemeint. Diese Reduktion, die oftmals auch in der öffentlichen Wahrnehmung der Jugendämter stattfindet, problematisieren auch Beckmann, Ehling und Klaes (2018), die beschreiben, dass die heterogene Ausstattung der mehr als 500 Jugendämter in Deutschland bezüglich ihrer finanziellen und personellen Ressourcen, ihrer Strukturen und sonstigen Abläufe derart unterscheiden, dass Standards schwer aufrecht zu halten seien, dass die Fachlichkeit durch finanzielle Vorgaben beeinflusst und dass die Rahmenbedingungen insgesamt (z.B. bei den Räumlichkeiten aber auch der Einarbeitung) der notwendigen Fachlichkeit im ASD nicht gerecht würden bzw. mindestens sehr individuell anzupassen und Präventionsketten insgesamt zu individualisieren seien (siehe auch Sowarka & Coenen, 2019; Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik, 2021; Beckmann, 2019; Böwer & Kotthaus, 2018; Böwer, 2012). Insbesondere zu Beginn der 2000er Jahre wurden skandalisierte Kinderschutzfälle in mehreren Kommunen medial stark beleuchtet, was zu einer starken Fokussierung jugendamtlichen Wirkens auf den intervenierenden Kinderschutz führte (Böwer & Kotthaus, 2018).

Ackermann (2017) betont im Vorfeld seiner Erhebung, dass die konkreten Entscheidungen in den Jugendämtern in Kinderschutzfällen noch deutlich zu wenig wissenschaftlich beleuchtet seien. Schneider, Rademaker, Lenz und Müller-Baron (2013) sowie Böwer (2013) betonen, dass zwar eine rege wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Jugendämtern stattfindet, jedoch wenig aus Sicht der Jugendhilfe heraus, worin er ein deutliches Manko sieht. Eine allgemeine gültige Beschreibung von Abläufen im Kinderschutz ist oftmals aufgrund ihrer sehr individuellen, oft langjährig persistierenden Multiproblemlagen sehr schwierig. „Die typischerweise labilen, offenen und diffusen Situationen sind zudem durch eine begrenzte Durchschaubarkeit und Planbarkeit geprägt und im Hinblick auf ihre Entwicklung nur gering

vorhersehbar.“ (Kloman, Schermaier-Stöckl, Breuer-Nyhsen & Grün, 2019, S. 5) Diese Gemengelage macht eine komplett standardisierte Bearbeitung der Fälle nahezu unmöglich. Neben der individuellen, durch Einzelfälle geprägten Problemlage sehen sich die Jugendämter jedoch deutlich strukturellen Steuerungsanforderungen gegenüber, die traditionell bürokratisch geprägt sind, wie Merchel (2015) in seinem Artikel „Wie soll das Jugendamt das hinbekommen!?“ betont. Das Jugendamt befindet sich in einer Funktion des staatlichen Ausfallbürgen, wenn die Aufgaben zum Schutz der Kinder und Jugendlichen durch die Sorgeberechtigten nicht erfüllt werden. Als öffentlicher Träger sind die Jugendämter staatliche Stellen und somit nicht nur zur Unterstützung durch sogenannte Leistungen, sondern in der Wahrnehmung seiner sogenannten anderen Aufgaben auch zum Eingreifen u.a. durch Inobhutnahmen berechtigt. Neben der Tätigkeit als leistungsgewährende Stelle bzw. Kostenträger obliegt den Jugendämtern auch die Aufgabe der Gesamtverantwortung im Sinne der Garantenstellung einer staatlichen Schutzverpflichtung (Böwer, 2012). Rechtsgrundlagen des Wirkens des Jugendamtes sind vornehmlich das SGB 8, das BGB (Familienrecht), das FamFG (Familienverfahrensrecht), das Bundeskinderschutzgesetz sowie verschiedene weitere Bundes- und Landesgesetze (vgl. Kreft, 2013). Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) bindet erstmals explizit psychosoziale und gesundheitsbezogene Berufsgruppen stärker in den Kinderschutz ein (Barth, 2022). Das SGB 8 als grundlegendes Gesetz für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Sorgeberechtigten ist sowohl präventiv, helfend als auch schützend orientiert (Beckmann et al., 2018).

### **1.3.1. Struktur der Jugendämter**

Wie bereits oben einleitend erwähnt, sind Jugendämter in ihrer internen Struktur sehr heterogen. Auch Überschneidungen mit anderen Rechtsbereichen, z.B. der Sozialhilfe, sind bisweilen vorzufinden (Böwer, 2012). Böwer und Kotthaus (2018) bezeichnen sie als „Behörden in Dauerreform“, da induziert durch permanente Verunsicherung sowohl strukturelle als auch inhaltliche Reformen erwirkt werden bzw. erforderlich

sind. Insbesondere durch die öffentliche Wahrnehmung und Bewertung des Themas Kinderschutz wurden in den letzten Jahren Programme und Konzepte angepasst (Böwer & Kotthaus, 2018). Beckmann et al. (2018, S. 14) definieren den ASD als

„bezirklich organisierten Dienst innerhalb der Kommunalverwaltung, der als eine erste Anlaufstelle bei schwierigen Lebenssituationen von Bürgern einen Hilfebedarf analysiert und den Betroffenen einen zielgerichteten Zugang zu sozialen Hilfen verschafft.“

Hierbei stehen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe das staatliche Wächteramt mit Gefahrenabwehr und Kontrolle im Einzelfall im Fokus (Beckmann et al., 2018). Eine solche Reduzierung jugendamtlichen Handelns auf das Thema Kinderschutz sehen insbesondere Biesel und Schrapper (2018) kritisch. Sie sprechen sich dafür aus, die Jugendämter zu „Zentralen für gelingendes Aufwachsen für alle Kinder“ weiterzuentwickeln, damit Inanspruchnahmebarrieren reduziert werden, um der komplexen Thematik geschützten Aufwachsens gerecht zu werden (Biesel & Schrapper, 2018, S. 444). Hauptsächlich betroffene Berufsgruppe sind die Sozialarbeiter:Innen und Sozialpädagog:Innen, die den größten Teil der Mitarbeitenden in den ASD stellen (Böwer, 2012).

### **1.3.2. Auftrag der Jugendämter**

Kinderschutz als Aufgabe der Jugendämter ist sehr präsent und wird als sehr prominente Aufgabe wahrgenommen. Eine umfassende Übersicht über die weiteren Aufgaben findet sich an anderer Stelle, z.B. im Jugendhilfereport extra (2021) des Forschungsverbundes der TU Dortmund (Rauschenbach, Mühlmann, Meiner-Teubner, Fendrich, Olszenka, Pothmann, ... Kopp, 2021, S. 50). Neben der oben erwähnten heterogenen Struktur unterscheiden sich die ASD in den Aufgaben der Mitarbeitenden. Eine generelle dezidierte Betrachtung der Aufgaben auf der praktischen Ebene fällt schwer, da teilweise einzelne Bereiche wie beispielsweise die Beratung bei Trennung und Scheidung oder Pflegekinderdienst kommunal unterschiedlich lokalisiert sind. Die grundsätzliche Bearbeitung von Problemlagen Minderjähriger und ihrer Familien bleibt jedoch Kennzeichen ihres Wirkens, da die

Letztverantwortlichkeit für sämtliche Aufgaben des SGB 8 dem Jugendamt in toto obliegt (Matzner, 2017).

„Dessen Aufgabe nämlich ist es, sich um einen Zugang zu betroffenen Familien zu bemühen, sie nach Möglichkeit für Hilfe aufzuschließen, über Hilfebedarfe zu entscheiden, Hilfen zu koordinieren – und im sprichwörtlichen „Fall der Fälle“ umgehend tätig zu werden, um das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen zu schützen.“ (Böwer, 2012, S. 10)

Neben fallbezogenen Tätigkeiten sowie den Aufgaben der Vernetzung mit freien Träger:Innen der Jugendhilfe und anderen Partner:Innen, die vielfältigen Aufgaben in Beratung von Familien(-mitgliedern), der Vermittlung von Hilfen und dem Wächteramt über das Kindeswohl hat der ASD die Möglichkeit einen umfassenden Einblick auf die kommunalen Problemlagen zu gewinnen (Beckmann et al., 2018). Folglich reichen die Aufgaben des ASD von der Beratung bis zur Krisenhilfe (Kreft & Mielenz, 2017). Speziell im Kinderschutz haben die Jugendämter die Aufgaben, den Gefährdungsmittellungen nachzugehen, Gefährdungsabschätzungen durchzuführen, Hilfen zur Abwehr bestehender Gefahren anzubieten, Hilfen zur Erziehung zu bersten, zu bewilligen und diese über Hilfepläne zu steuern (NZFH, 2013). Dieser Auftrag in seiner Komplexität sorgt insbesondere in Kinderschutzfällen dafür, dass ihm neben dem Vorwurf der Untätigkeit auch der Vorwurf einer „Kinderklaubebehörde“ (Hübsch, 2012) und dem damit einhergehenden Auseinanderreißen von Familien anhaftet (Hübsch, 2012; Kindler, 2012).

Während Armbruster und Bartels (2005) noch davon ausgingen, dass Einigkeit darüber herrschen muss, dass die Hilfeplanung nach dem SGB 8 (vormals KJHG) in den Händen der Jugendamtsmitarbeitenden liegt, werden zunehmend andere Institutionen hinzugezogen. Diese haben aus ihrer jeweiligen Position heraus ebenfalls Einblicke in den Auftrag der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungen erhalten. Aktuell wird infrage gestellt, ob die von Beckmann et al. (2018) postulierte Aussage, dass der ASD den Dreh- und Angelpunkt darstellt aktuell noch gültig ist und die ASD die Federführung im Kinderschutz innehaben. Rein strukturell ist aus Sicht der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen die Vielzahl der Aufgaben des Jugendamtes verwirrend

wirken, denn dort wird zugleich beraten, geprüft, koordiniert, kontrolliert, verhandelt und bestimmt. Diese Tätigkeiten sind im Gesundheitswesen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Institutionen verteilt (Schrapper, 2004).

### **1.3.3. Arbeitsweise der Jugendämter**

Wie jedoch werden die Aufträge, die an Jugendämter adressiert sind, insbesondere im Kinderschutz in konkretes sozialarbeiterisches Handeln umgesetzt? Da das Jugendamt in einer steuernden Funktion gesehen wird, werden die Mitarbeitenden mit impliziten und expliziten Erwartungen konfrontiert, die aufgrund der individuellen Fallkonstellation in ihrer Umsetzung den Erwartungen nicht gerecht werden können:

„Ein solches, meist wenig offen ausgesprochenes und eher implizit vermitteltes Steuerungsverständnis, das sich am Denkmuster „Organisation als Maschine“ ausrichtet, wird den komplexen Vorgängen in der sozialen und politischen Wirklichkeit nicht gerecht, sodass diese Erwartungen häufig scheitern.“ (Merchel, 2015, S. 474)

Insbesondere im Kinderschutz hängt das Leistungsprofil des ASD in einem ganz entscheidenden Maße von interinstitutionellen Kooperationen ab (Schone & Tenhaken, 2015). Matzner (2017) beschreibt in seiner Studie über informelle Gespräche im Jugendamt einen Schwerpunkt auf Kooperationsgesprächen an Schnittstellen u.a. bei der Einbeziehung in Hilfeplanprozesse. Kooperation ist selbstverständlich nicht die einzige konkrete Umsetzung der Arbeitsaufträge, denn es geht im Kinderschutz im Kern um die Einschätzung und hilfreiche Begleitung (potenziell) Kindeswohlgefährdender Sachverhalte. Nachdem oben die Heterogenität der Jugendämter in Bezug auf ihre Struktur beschrieben wurden, stellt sich die Frage, ob ein einheitliches Vorgehen bzw. standardisierte Arbeitsweisen notwendig, sinnvoll oder überhaupt möglich sind. Die Möglichkeit professionellen sozialarbeiterischen Handelns wird teilweise im Kontext der organisatorischen Strukturen und Vorgaben als schwierig angesehen, welches ein nicht auflösbares Paradoxon darstellt.

„Die Professionalität jugendamtlichen Handelns im Kinderschutz kann angesichts des durch gesetzliche Vorgaben des SGB 8 gegebenen

strukturellen Kontrollrahmens generell als fragwürdig angesehen werden. Das staatliche Wächteramt Sozialer Dienste erzeugt eine institutionelle Rahmung, die Fallbearbeitungen in Zwangskontexte und Machtkonstellationen überführt.“ (Thole, Hildenbrand, Marks, Franzheld und Sehmer, 2018, S. 355)

Sollte an dieser Stelle die Idee aufkommen, dass die beschriebene Rahmung als Grundlage uniformen Handelns dienen kann oder soll, sei bereits an dieser Stelle darauf verwiesen, dass eine Studie des DJI und der TU Dortmund zu dem Schluss kommt, dass sowohl Fachkräfte als auch Teams bei ein- und demselben Fall zu fachlich unterschiedlichen Einschätzungen und Bewertungen kommen. Dies betrifft sowohl Entscheidungen über Hilfen und Unterstützungsleistungen, aber auch Entscheidungen über entscheidende Details wie Einschätzungen zur Erziehungsfähigkeit, psychischen Erkrankungen von Elternteilen, vorherigen Hilfeverläufen sowie Wünschen der beteiligten jungen Menschen bezüglich der Ausgestaltung der Hilfen (Pothmann & Wilk, 2009).

In seiner Beschreibung „selbstbewusster Jugendämter“ stellt Hammer (2012, S. 20) dar, dass im Fokus des Handelns der Mitarbeitenden selbstbewusster Jugendämter eine große Handlungssicherheit der Fachkräfte steht, die sachgerechte Risikoeinschätzungen vornehmen und notwendige Hilfen sicherstellen. Weiterhin haben selbstbewusste Jugendämter Leitungspersönlichkeiten, die mit öffentlichem Druck umgehen und für die notwendigen Ressourcen sorgen können. Auf diesen Grundlagen können selbstbewusste Jugendämter ihr Handeln weiterentwickeln, indem sie zu Fehlern stehen und in der Kooperation aktiv sind, ohne sich durch diese Kooperationen in der Ausübung ihrer gesetzlichen Aufträge beeinflussen zu lassen (Hammer, 2010). Fehlende Wertschätzung, eine hohe Arbeitsbelastung und ein schlechtes Image belasten das Wirken der Mitarbeitenden im ASD oftmals langfristig (Petry, 2016). In der Praxis sind es jedoch weiter unvorhersehbare Krisen, die das Tagesgeschäft prägen und damit Erfolge reduzieren.

„So sieht man sich hier wie im Feld kooperierender Akteure, insbesondere örtlicher Jugendämter, stärker denn je verpflichtet, trotz nicht zuverlässig erwartbarer Handlungserfolge ein dem für sie

charakteristischen Handeln in Unsicherheit Kindeswohlgefährdungen als unerwartetes Krisen-Phänomen organisatorisch zu managen.“ (Böwer, 2013, S. 144)

Um diese Steuerungsverantwortung wahrnehmen zu können, sind ASD auf Kooperation und Informationen durch viele Dritte, z.B. Familienmitglieder, Kindertageseinrichtungen und das Gesundheitswesen angewiesen. Andererseits sind sie zu zeitnahe Handeln aufgerufen. Kelle und Dahmen (2020, S. 25) beschreiben hier die Gefahren eines „Information Overload“, der bis hin zur Entscheidungsunfähigkeit führen kann, da zu viele Informationen in zu kurzer Zeit eintreffen, gesichtet und priorisiert werden müssen. Damit dies nicht geschieht, resümieren Suess und Hammer, dass eine Weiterentwicklung mit Fokussierung auf ein Eingangs-, Netzwerk- und Fallmanagement notwendig ist, um die professionelle Kompetenz der Fachkräfte und deren Handlungsspielräume zu stärken (Suess & Hammer, 2010).

So lässt sich in der Beschreibung der Strukturen, Aufträge und Arbeitsweisen der ASD konstatieren, dass

„Entscheidungen über das Kindeswohl vor diesem Hintergrund nur in einer sehr vereinfachenden Lesart als individuelle Entscheidungsprozesse verstehbar [sind]. Sie müssten vielmehr als Produkte von Handlungsströmen aufgefasst werden, in denen multiple Akteure miteinander (sowie mit Problemen und verfügbaren Lösungsoptionen) interagieren.“ (Freres, 2020, S. 24)

Entscheidungen im Kinderschutz werden in den Jugendämtern also aufgrund einer Aneinanderreihung individueller Entscheidungen und Wechselseitiger Mechanismen getroffen.

#### **1.3.4. Herausforderungen und Kritik**

Die Studie von Böwer (2012) betont, dass die ASD sehr heterogen aufgestellt sind und dass Schwerpunkte der Arbeit in der Informationsgewinnung in Kinderschutzfällen, der kontinuierlichen Verbesserung in der Fallarbeit sowie im Vorfeld im Erkennen der Einzelfälle wichtig sind.



Kritik an den Jugendämtern erwächst aus unterschiedlichen Wahrnehmungen. Kritisiert wird die Leistungsfähigkeit im Hinblick darauf, die anspruchsvollen Aufgaben Bildung, Erziehung, Betreuung und Versorgung zielführend zu gestalten. Die Jugendämter seien wenig in der Lage ihrem Schutzauftrag bzgl. potenzieller Kindeswohlgefährdungen nachzukommen und rechtzeitig zu unterstützen, wenngleich die Arbeit stark auf den Kinderschutz fokussiert sei und dadurch andere wichtige Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vernachlässigt würden. Ein derart bedingter Rückzug auf hoheitsstaatliche Aufgaben und eine Vernachlässigung der Chancen eines Jugendamtes als „Motor der örtlichen Kinder- und Jugendhilfe“ mache die Jugendämter für Familien zunehmend unattraktiver, wenn es um die Inanspruchnahme in Konflikt- und Krisensituationen ginge (Böwer & Kotthaus, 2018, S. 444). Im Kontakt zu den Eltern zeigt sich jedoch explizit noch ein weiteres potenziell konflikthafte Spannungsfeld. Die Mitarbeitenden stehen vor der Aufgabe einerseits die elterliche Erziehungsverantwortung zu fördern und zu wahren sowie andererseits den Schutz der Minderjährigen vor diversen Gefahren sicherzustellen. Eine Situation, die deutliche Herausforderungen für das sogenannte Doppelte Mandat der Sozialen Arbeit produziert (Klees & Wiesner, 2014).

### **1.3.5 Ausbildung und Einarbeitung im Jugendamt**

Damit Kooperation gelingen kann, ist das Wissen über den Gegenstand der Kooperation, die Kooperationspartner:Innen und Handlungsstrategien in der Kooperation grundlegend. Auch Netzwerkkompetenzen sehen Liel und Rademaker (2020) perspektivisch in allen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens notwendig und plädieren für eine Implementierung in hochschulischer Ausbildung. Insbesondere im Kinderschutz und bei sexualisierter Gewalt gibt es zwar zunehmend hochschulische Angebote, jedoch keine curriculare Verankerung, die für die professionelle Handlungsfähigkeit Grundlegendes vermittelt (Böwer & Kotthaus, 2018). Klomann et al. (2019) rechnen der Einarbeitung eine besondere Relevanz in Bezug auf die Anwendung des hochschulisch erworbenen Wissens zu, die häufig schwer zu aktivieren ist, da an den Hochschulen zwar Wissen vermittelt,

jedoch der Umgang mit dem wissenschaftlichen Wissen in der Praxis vernachlässigt werde. Dies sei jedoch notwendig, um den komplexen Fällen gerecht zu werden. Das wissenschaftliche Wissen wird als wichtig eingeschätzt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass immer mehr Personen beruflich in der Kinder- und Jugendhilfe tätig sind und zunehmend mehr und insbesondere jüngere Fachkräfte in dieses Berufsfeld eintreten (NZFH, 2018). Eine Stärkung der fachlich einschlägigen Hochschulabschlüsse wird aktuell jedoch nicht verzeichnet (Pothmann & Mühlmann, 2020). Sowohl in Bezug auf die Anbahnung einer Kooperation als auch im Kinderschutz wird spezielles Wissen benötigt (u.a. Plafky, 2020; Körner & Hörmann, 2019). Die Befragten in den Jugendämtern in der Studie von Klomann et al. (2019) gaben aus ihrer Sicht an, dass dieses Spezialwissen zu wenig vermittelt würde. Der Fachkräftemangel im ASD wird als zunehmend dringlich und strukturell getragen beschrieben.

Wie kommen diese Mitarbeitenden in den Jugendämtern und dem Gesundheitswesen an das notwendige Wissen? Es bedarf eines Blicks in die hochschulische Ausbildung, die Einarbeitung und weitere Elemente der Qualifizierung, um hierzu Aussagen treffen zu können.

#### **1.4. Interprofessionelle Aus-, Fort-, und Weiterbildung rund um den (Medizinischen) Kinderschutz**

In Bezug auf die Durchführung von Aus-, Fort-, und Weiterbildungsangeboten kommen nahezu alle Publikationen zu der Conclusio, dass diese bestenfalls interdisziplinär, mindestens aber gegenseitig für das andere System durchgeführt werden sollten (Böwer & Kotthaus, 2018; Vrolijk-Bosschaart, Brilleslijper-Kater, Benninga, Lindauer & Teeuw, 2018; Pietsch & Trost-Brinkhues, 2015; Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Unna (DKSB) Unna, 2014; Wetschka, 2012; Brockmann & Lenz, 2010; Frenzke-Kulbach, 2004; Schroeder, 2009; Kaba-Schönstein & Kälble, 2004). Insbesondere sollte hierbei Wert auf die Qualifikation der Innehabenden von Schlüsselpositionen gelegt werden (Böwer & Kotthaus, 2018). Interdisziplinäre Lehrbücher und Forschungsvorhaben können ihre Wirksamkeit im Aufbau eines gemeinsamen

Grundlagenwissens entfalten (Böllert, 2017). Solches Grundlagenwissen bedarf dann des Praxistransfers durch eigene Erfahrungen (Fangerau, Bagattini, Fegert, Tippelt, Viehöver & Ziegenhain, 2017). Neben Befürwortenden interdisziplinär orientierter Veranstaltungen gibt es ebenfalls Publikationen, die eine professionsspezifische Ausbildung neben interprofessionellen Zugängen installiert sehen möchten, da sie so die Chance sehen, professionsspezifische Deutungs- und Handlungsansätze zu stärken (Fegert & Schrapper, 2004; Kaba-Schönstein & Kälble, 2004).

Neben Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Jugendämter werden auch angrenzende Organisationen wie Schulen, Erwachsenenpsychiatrien oder der Behindertenarbeit oftmals in diesem Kontext als Adressat:Innen dieser Angebote gesehen (Bange, 2020; Heynen et al., 2019; Kompetenzzentrum Kinderschutz, 2018; Dittmann & Raabe, 2017; Böwer, 2012; Frenzke-Kulbach, 2004; Friedmann, Reynolds, Quan, Call, Crusto & Kaufman, 2007; Ziegenhain, 2007). Zu Beginn der 2000er Jahre waren noch keine gemeinsamen Ausbildungsgänge oder Ausbildungsabschnitte des Gesundheitswesens und des Sozialwesens bekannt (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004). Dies wurde später aufgrund der Vielzahl an neuen Studiengängen bzw. Studiengängen, die sich verstärkt ausdifferenzieren weniger überschaubar (Böllert, 2017). In einer Analyse der hochschulischen Curricula, die mit Sozialer Arbeit befasst oder verwandt sind, wurden 2016 / 2017 bei der Hälfte der Studiengänge die Themen Kinderschutz oder Prävention sexualisierter Gewalt in den Curricula ermittelt (Böwer & Kotthaus, 2018). In der Medizin wird zunehmend beschrieben, dass in die Ausbildung der Mediziner:Innen projekthaft vermehrt kinderschutzrelevante Inhalte aufgenommen werden und sich diese Veranstaltungen auch für andere Berufsgruppen öffnen (Körner & Hörmann, 2019; Schwier, 2019).

Neben fachlichen Inhalten werden weitere Angebote beispielsweise zur Gesprächsführung als hilfreich für den interdisziplinären Kinderschutz gesehen (Maywald, 2016). Bange 2020 regt weiterhin an, z.B. Gebärdendolmetscher:Innen im Kinderschutz auszubilden, um deren Übersetzungen in Kinderschutzfällen besser verwertbar zu machen, was sicherlich auch für andere Bereiche wie z.B. Dolmetschende allgemein gilt.

Im Sinne spezieller Angebote für insoweit erfahrene Fachkräfte fordern Kinnen und Klomann (2017) zusätzlich Fortbildungsangebote für alle im Kinderschutz Tätigen, um die Handlungssicherheit in der Praxis zu erhöhen. Inhaltlich sollen Berufspraktiker:Innen und Besuche in Einrichtungen dem fachlichen Wissen zusätzlich Substanz geben (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004; Dreistein, 2001). Die Verortung der Verantwortung für Fort- und Weiterbildung liegt jedoch nur teilweise bei den einzelnen Fachkräften, sondern es bedarf einer Beachtung und Bearbeitung im Rahmen der Organisationsentwicklung (Klomann et al., 2019; Wetschka, 2012; Schröder, 2009; Kaba-Schönstein & Kälble, 2004). Diese Prozesse bedürfen einiger Zeit, bis sich die entwickelten Erkenntnisse in den Haltungen der Organisationen manifestiert haben und dadurch die Kooperation stärken (Knackstedt, Kutzner, Sitter & Truschkat, 2020). Betont wird an mehreren Stellen, dass diese Angebote einer zeitlichen Konstanz und Regelmäßigkeit bedürfen (Schierer et al., 2022; Dittmann & Raabe, 2017). Insgesamt ist dieser Prozess der zunehmenden Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Kinderschutz kein abgeschlossener Prozess, sondern

„es liegt in der Natur der Sache, dass durch sich verändernde gesellschaftliche, rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der Arbeitsbereich im Wandel begriffen ist, auch was die Gestaltung der Hilfeprozesse anbelangt. Ein Zusammenspiel aus Praxis, Forschung und Theoriebildung ist erforderlich, um die Professionalisierung an diesem Punkt weiter voranzutreiben.“ (Schierer et al., 2022, S. 17)

Methodisch werden zunehmend onlinebasierte Angebote vorgehalten und mit guten Ergebnissen evaluiert (König, 2020; Weber, Ziegenhain, Fegert, Hägele & Künster, 2012).

#### **1.4.1. Ausbildung Jugendamt**

Bereits Parton (1979) machte darauf aufmerksam, dass Gewalt gegenüber Kindern ein großes Problem für die Soziale Arbeit darstellt, dem sich die Sozialarbeitenden oft nicht gut gerüstet gegenübersehen. Die Notwendigkeit im ASD gut ausgebildet und informiert zu sein, wird von Böwer (2012) beschrieben, der betont, dass zunehmend neue Qualifizierungsmaßnahmen

entwickelt werden, die neben Fortbildung und Supervision selbstverständlicher Teil der Berufstätigkeit sind. Insbesondere bei Fachkräften der Sozialen Arbeit sehen Liel und Rademaker (2020) ein großes Potenzial trotz der Wahrung ihres eigenen Auftrags systemübergreifend zu denken und zu handeln. In ihrer Erhebung in Jugendämtern resümieren Beckmann et al. (2018), dass in den befragten Jugendämtern 97% der Mitarbeitenden angeben, Fortbildungen zu besuchen. Hierbei handelt es sich in der Hauptsache um Fortbildungen im Rahmen des Berufseinstiegs. Der zweithäufigste Fortbildungsbereich betraf den Bereich der Kindeswohlgefährdung / § 8a SGB 8. Vor diesem Hintergrund ist dem Befund, dass 32% des ASD zum Erhebungszeitpunkt von Beckmann kein Einarbeitungsmodell hatten und oftmals sehr kurzen Einarbeitungszeiträumen noch stärkeres Gewicht beizumessen, sodass final eine „defizitäre Einarbeitungssituation im Kontext steigender Fallzahlen“ beschrieben wird (Beckmann et al., 2018, S. 141). Körner und Hörmann (2019) beschreiben in ihrer Studie ebenfalls eine bedenkliche Einarbeitungssituation und sehen dadurch auch qualitative Probleme in den Jugendämtern. Wie eine gelingende Einarbeitung durch unterschiedliche Akteur:Innen, Standards, Praxisbegleitung, verbindlicher Supervision, Qualitätssicherung und Evaluation aussehen kann, wird mehrfach beschrieben (u.a. Heynen et al., 2019; Matzner, 2017) und auch Zielke (2018) betont, dass eine umfangreichere Einarbeitung sich durchsetzt. Spezielle Qualifikation im Kinderschutz stehe bei Sozialarbeitenden hoch im Kurs, fokussiere häufig eher auf die Handlungsebene. Insgesamt bewerten Klomann et al. (2019) ihre Ergebnisse so, dass eine Ausbildung, die sehr auf einzelne Arbeitsfelder bezogen ist und sehr stark auf Handlungswissen fokussiert, eher zu einer Deprofessionalisierung der Sozialen Arbeit beitrage. Eine verstärkte Wahrnehmung der Einarbeitung in Bezug auf Kooperationen u.a. mit freien Träger:Innen wird wahrgenommen und positiv konnotiert beschrieben (Gissel-Palkovich, 2013). Gerade einer solchen Professionalisierung bedarf es jedoch bei besonderen Herausforderungen, denn insbesondere im Kinderschutz sind spezifisches Wissen, Haltung und Können gefragt (Böwer & Kotthaus, 2018; Fangerau et al., 2017). Ackermann (2017) bezieht sich auf den Transfer hochschulischen Wissens in die Praxis und führt als ein Ergebnis seiner Studie

aus, dass die hochschulisch oftmals genutzte Methode der Fallvignettenbearbeitung der Praxis nur sehr wenig entspricht, da die Praxis deutlich komplexer erlebt werde. Er appelliert daher dahingehend, die Prozesshaftigkeit, Vielschichtigkeit und Dynamik mehr mit einzubeziehen um mehr fallbegleitend im Geschehen zu lernen. Auch innerhalb der sozialpädagogischen Studiengänge entwickeln sich Varianten und Spezialisierungen, z.B. kindheitspädagogische Studiengänge. Diese Studiengänge werden zum Teil als grundständige Studiengänge, jedoch auch als Masterstudiengänge angeboten. Bei Schwerpunktsetzungen auf frühpädagogische Inhalte werden teilweise Ausbildungen als Erzieher:Innen vorausgesetzt (Böllert, 2017).

Unterschiedliche Autor:Innen näherten sich der Beschreibung der jeweils notwendigen bzw. vorhandenen Anforderungen. Matzner (2017) beschreibt in seiner Studie, dass in seiner untersuchten Population im Jugendamt die meisten Fachkräfte kontinuierlich Schulungen zu relevanten Themen besucht hatten und ein großer Teil auch als insoweit erfahrene Fachkraft ausgebildet war. Während Ebert et al. (2007) potenzielle Kompetenzen in der Fall- und Netzwerkarbeit im Kinderschutz in einer Liste ausführen, beschreibt Böwer (2012, S. 202) bzw. seine interviewten Personen es sehr anschaulich:

„Die Sozialarbeiter müssen wissen, dass bei jungen Kindern ein Untergewicht nicht einfach nur ein Kavaliersdelikt ist, sondern lebensgefährlich ist. Das müssen sie wissen. Das heißt, beim Vierzehnjährigen ist ein Kilo weniger unter dem Idealgewicht noch lange nicht so schlimm als bei einem fünf Monate alten Kind. Das heißt, da muss es klingeln.“[sic!]

Zur Verdeutlichung medizinischen Vorgehens, aber auch kindeswohlgefährdender Symptomaten empfehlen Schwier, Manjgo und Kieslich (2019) auch fotografische bzw. radiologische Diagnostik mit interdisziplinäre Schulungen für Mitarbeitende der Jugendhilfe einzubringen. Auch wenn Fortbildungsangebote vorhanden sind, treffen diese oftmals nicht die Bedürfnisse der (potenziell) Teilnehmenden bzw. decken deren Notwendigkeiten ab. Watzlawik, Christmann, Böhm, und Dekker publizierten 2020 erneut zu einer Analyse von Watzlawik aus 2011, in der deutlich wurde, dass die bestehenden Bildungsangebote viele Bereiche (z.B. zu Datenschutz und Schweigepflicht) nicht abdecken und weiterhin eine Unsicherheit in der

Fallbearbeitung insbesondere bei sexuellem Missbrauch besteht. Einen Ausblick wagen Biere und Rätz (2019) und fordern eine Weiterbildungspflicht auch für den öffentlichen Dienst, sowie Anregungen zur Weiterentwicklung. Auf Basis all dieser zunächst singulär betrachtet überschaubaren Forderungen ergibt sich bei gemeinsamer Betrachtung eine grundlegende Fragestellung in Bezug auf die Ausbildung in sozialpädagogischen und auch vielen weiteren Feldern, um Kinderschutz gesamtgesellschaftlich fundiert zu verankern.

#### **1.4.2. Ausbildung Gesundheitswesen**

Eingeschränkter als im Sozialwesen ist das Thema Kinderschutz und dessen notwendige Grundlagen wie interdisziplinäre Kooperation in den Ausbildungen des Gesundheitswesens und hier insbesondere bei den Ärzt:Innen bisher platziert. Kaba-Schönstein und Kälble resümierten 2004, dass weder im Medizinstudium noch in der Pflegeausbildung auf Kooperationen vorbereitet würde. Grundsätzlich sind einige Berufsgruppen durch regelmäßig nachzuweisende Pflichtfortbildungen fortbildungsaffiner. Ärzt:Innen absolvieren diese Fortbildungen häufig in der Freizeit am Abend oder an den Wochenenden. Die Fortbildungen sind weniger in die regulären Abläufe eingeplant. (KKG, 2019).

Nicht nur für die Kooperationspartner:Innen im Kinderschutz, sondern auch für Mitarbeitende im Gesundheitswesen, sollten Strukturen, Abläufe, Aufgaben, Konzepte von Gesundheit und Krankheit, interdisziplinäre Kooperation und auch Konflikte in der Kooperation ein Aus- und Fortbildungsthema sein (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004). Um gelingende Kooperationen gestalten zu können, wurden bereits in projekthaften Modellen auch Informationen zu Strukturen, Angeboten, pädagogischem Vorgehen, Jugendhilferecht und anderen Schwerpunkten in gemeinsamen Veranstaltungen transportiert (Pietsch & Trost-Brinkhues, 2015).

Kinderschutzspezifische Inhalte wurden bereits in interdisziplinäre Veranstaltungen einzelner Universitäten integriert (Schwier et al., 2019). Sozialmedizinische Aspekte, Diagnostik von Vernachlässigung und Misshandlung sowie das Handeln im Verdachtsfall werden für die

medizinische Ausbildung und berufsgruppenübergreifende Ausbildungsteile an mehreren Stellen bereits seit vielen Jahren gefordert (Peters, 2021; Thaiss, 2016; Herrmann & Eydram, 2010). Ergänzend sind onlinebasierte Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen, insbesondere des Sozial- und Gesundheitswesens, eine Möglichkeit, welche im Bereich der *Frühen Hilfen* und im Kinderschutz in der Vergangenheit wenig eingesetzt wurden (Maier, Hoffmann, Plener & Fegert, 2018; Weber et al., 2012). Ein spezifisches Angebot für Ärzt:Innen im Rahmen der Ausbildung wurde einmalig durch Vlajnic, Franke und Breuer (2010) durchgeführt und retrospektiv ausgewertet. Sie führten Workshops zum Medizinischen Kinderschutz durch. In der abschließenden Evaluation gaben die 10 Teilnehmenden (die zum Zeitpunkt im praktischen Jahr ihrer ärztlichen Ausbildung waren) an, dass die Inhalte eine sehr hohe (Durchschnittsnote 1,1) Relevanz für die praktische ärztliche Tätigkeit haben und eher nicht (Durchschnittsnote je 4,3) durch neue Medien oder ein Lektürestudium hätten inhaltlich ähnlich erfolgreich vermittelt werden können.

### **1.5. Entwicklung des Medizinischen Kinderschutzes in Deutschland**

Heinitz (2020) beschreibt retrospektiv, dass spätestens seit den 1970er Jahren der Fokus bei Gewalt gegen Kinder zunehmend mehrdimensionaler und multikausaler gesehen wird. Von einer juristischen Bearbeitung hat sich der Kinderschutz vermehrt zu einer Bearbeitung durch Akteur:Innen der Sozialen Arbeit und der Medizin entwickelt.

Dass Mediziner:Innen sich mit Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen, ist insofern kein neues Phänomen, als dass bereits Ende des 19. Jahrhunderts Verletzungsmuster als Folge von Gewalt gegenüber Kindern beschrieben wurden. In den folgenden Jahrzehnten beschäftigte sich die Medizin schwerpunktmäßig unter rechtsmedizinischen Aspekten mit Kindesmissbrauch bzw. -misshandlung. Mit ihrer Beschreibung des „battered child syndrome“ stellen Kempe, Silverman und Steele (1962) einerseits deutlich eine medizinische Zuständigkeit klar, verweisen jedoch ebenso auf die psychische Betroffenheit aller Beteiligten und eröffnen so die Chance der



Diskussion weit über medizinische Fachkreise hinaus, da nicht nur die Versorgung der entstandenen Verletzungen im Mittelpunkt standen, sondern auch deren Entstehung eben durch (oftmals elterliche) Gewalt. Die Idee, dass durch medizinische Diagnostik zweifelsfrei eine Kindesmisshandlung verifiziert oder falsifiziert werden kann, musste jedoch mehrfach verworfen werden, da der Anspruch der Deutungshoheit, die der Medizin durch sich selbst und oftmals auch durch andere Professionen zugeschrieben wird, nicht eingehalten werden konnte. Während der Sozialen Arbeit oftmals sehr subjektive Meinungen unterstellt werden und geäußerte Vermutungen von Kinderwohlgefährdung als bloße Unterstellungen zurückgewiesen werden, so trägt die Medizin den Mythos der absoluten Objektivität bereits sehr lange mit sich herum, was sich sowohl bei Patient:Innen als auch bei Kooperationspartner:Innen noch heute teilweise beschreiben lässt. Bei Hildenbrand (2014, S. 184) heißt es dazu z.B. „Offenbar unbelehrbar ist der sozialpädagogische Glaube an die ‚Objektivität‘ medizinischer Befunde.“ Dieses Verständnis mag im Einzelfall bereits deutlich überholt sein, jedoch ist es an dieser Stelle erwähnenswert, um den Einfluss der Aktivitäten, Äußerungen, Kooperationsvorgänge und die jeweiligen Anspruchshaltungen auch vor diesem Hintergrund sehen zu können. Mit den verschiedenen Verfahren sämtlicher medizinischer Fachrichtungen „lassen sich nicht alle Formen einer Kindesmisshandlung eindeutig und zweifelsfrei diagnostizieren“ (Rabe, 2022, S. 111).

Medizinischer Kinderschutz etablierte sich im letzten Jahrzehnt nicht nur innerhalb der Pädiatrie, sondern entwickelte sich zunehmend über die Pädiatrie hinaus (Schwier et al., 2019) in komplexen Kooperations- und Handlungszusammenhängen, sowohl intradisziplinär als auch trans- und interdisziplinär. Flankiert und forciert durch Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSpJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) zeigen sich vermehrte Präsenz und Weiterentwicklung des Medizinischen Kinderschutzes nicht nur in der Versorgung, sondern ebenfalls in Lehre, Weiterbildung und Forschung (Schwier et al., 2019). Sowohl auf der Ebene der Praktiker:Innen in den

Kliniken, Praxen und Jugendämtern, aber auch in der Gesetzgebung sind deutliche Bestrebungen wahrzunehmen, die sogenannte Verantwortungsgemeinschaft zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu konsolidieren und auszubauen (Maybaum, 2017). Neben den somatisch tätigen Ärzt:Innen, die z.B. in chirurgischen Ambulanzen fragliche Unfallgeschehen zusätzlich zur somatischen Abklärung unter Kinderschutzaspekten beurteilen können, sind ebenso Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:Innen, die bei Verhaltensauffälligkeiten ihr Wissen im (Medizinischen) Kinderschutz zunehmend ausweiten und einbringen können gefragt (Bühning, 2017). Schwier et al. (2019) konstatieren ab circa 2000 eine verstärkte Wahrnehmung und Aktivität des Medizinischen Kinderschutzes in Deutschland dadurch, dass vermehrt medizinische Fachdisziplinen und Berufsgruppen einbezogen werden, eine S2-Leitlinie erstellt wurde und regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen stattfanden. Jedoch kommen Berthold et al. (2019a, S. 960) in Bezug auf das Bundeskinderschutzgesetz zu dem Schluss, „dass zentrale dort definierte Regelungen und Abläufe im Kinderschutz bei Medizinern noch unbekannt waren und subjektiv eine erhebliche Unsicherheit in Kinderschutzfragen bestand.“

Die aus den USA stammende Idee multiprofessioneller Kinderschutzgruppen an Kinderkliniken war sowohl für den Aufbau klarer Strukturen und ebenso für die intraorganisationale Kooperation im Medizinischen Kinderschutz wegweisend (Rabe, 2022). Schwier (2020) beschreibt eine Entwicklung in den letzten zehn Jahren, die eine deutliche Professionalisierung und Etablierung der Kinderschutzmedizin in Deutschland als interdisziplinäres Querschnittsfach darstellt, was Herrmann, Manjgo und Kieslich (2020) insbesondere auf die Stärkung struktureller Aspekte und der Wirksamkeit des Medizinischen Kinderschutzes beziehen. Suchert (2020) verweist auf eine nicht umgehbare Autorität der medizinischen Expertise im Umgang mit Gewalt. Rabe (2022) stellt die zentrale Stellung der Medizin in (rechts-)medizinischer Diagnostik in Kinderschutzfällen klar und bezieht auch Bereiche wie Vernachlässigung mit ein. Sich in diesen Gemengelagen im Kinderschutz, ob als Mediziner:In, Sozialarbeiter:In, oder als Mitarbeitende in der Jugendhilfe, einer Praxis oder Klinik zu orientieren, heißt immer Kinderschutz

über organisationale und sozialrechtliche Grenzen hinweg zu denken (Heinitz, 2020), wobei trotz der bereits beschriebenen Errungenschaften eine Weiterentwicklung dringend notwendig ist (Bernhard et al., 2015). Die rasante Entwicklung des Medizinischen Kinderschutzes wird dadurch angetrieben, dass sowohl die regelmäßige Konfrontation mit Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch in der ärztlichen Versorgung (Schmidt et al., 2020) als die innere Triebkraft im Gesundheitswesen selbst für eine schnelle Weiterentwicklung des Medizinischen Kinderschutzes sorgt und ebenfalls Kooperations- und Unterstützungsanfragen größtenteils aus Bereichen der Jugendhilfe als externer Katalysator wirkt. Was genau sich verändert hat, beschreibt Bertsch und Seckinger (2016) in ihrer Erhebung zu Auswirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes: Seit Inkrafttreten des BKiSchG hat es bei den befragten übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens unterschiedliche Entwicklungen im Kinderschutz gegeben, wobei vermehrt Informationen zu Kinderschutzthemen bereitgestellt und Austauschmöglichkeiten entwickelt wurden. Konkrete Beratung oder handelnde Gremien wurden deutlich weniger installiert. Um mehr Personen zu erreichen und um Medizinischen Kinderschutz im Gesundheitswesen angemessen zu verorten, bedarf es dort einer intrainstitutionellen Kooperation zwischen Personen, aber auch zwischen Berufsgruppen, um z.B. zwischen Ärzt:Innen und Sozialdienst Aufgaben und Schwerpunkte abzusprechen und diesbezüglich auch für Kooperationspartner:Innen erreichbar zu sein (Brockmann & Lenz, 2010).

Als aktuelle Weiterentwicklung rückt zunehmend sowohl das Abstecken aber auch das Aufweichen von Grenzen zu anderen Hilfesystemen in den Fokus. Dies erscheint notwendig und sinnvoll, da neben Ärzt:Innen und Sozialarbeiter:Innen weitere Professionen wie Richter:Innen, Lehrer:Innen, Polizist:Innen und Psycholog:Innen ihre jeweilige spezifische Perspektive auf Kinderschutzfälle haben (Rabe, 2022; Bissel & Urban-Stahl, 2018). Insbesondere die Jugendhilfe, denen im SGB 8 originär die Aufgabe zur Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsfällen zugeschrieben wird, ist primäre Adressatin von Kooperationskontakten sowie wichtige Partnerin bei der Intervention in Fällen, bei denen Kindeswohlgefährdungen durch das Gesundheitswesen ausgemacht wurden. So verwundert es, dass noch 2017

lediglich 7,4% der über 140.000 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls durch Jugendämter durch Angehörige des Gesundheitswesens bekannt gemacht wurden (Schmidt et al., 2020). Heymann und Ewert (2021) nennen aus 2019 sogar eine Zahl von 6% jugendamtlicher Gefährdungseinschätzungen nach Meldungen aus dem Gesundheitswesen und aktuelle Zahlen zu 2021 beschreiben 6,6% (Statistisches Bundesamt, 2022). Hier scheint es eine hohe Konstanz der Meldungen prozentual zu geben, wobei bei insgesamt steigenden Meldezahlen auch die Meldungen aus dem Gesundheitswesen in absoluten Zahlen steigen. Insbesondere bei dieser hohen Übereinstimmung von Gefährdungsmeldung und später festgestellter Kindeswohlgefährdung ist es umso kritischer, dass die Analyse der Meldendengruppen aus der sogenannten *8a-Statistik* der Statistischen Landesämter 2018 eine faktische Stagnation der Meldungen aus dem Gesundheitswesen, in Relation zu anderen Meldendengruppen, feststellt (Kaufhold & Pothmann, 2018a).

Damit Medizinischer Kinderschutz möglich ist, bedarf es medizinischem Fachwissen sowie zielgerichtete Aufmerksamkeit, spezifische Kenntnisse verschiedener Misshandlungsformen und auch rechtlicher Expertise. (Herrmann; 2019).

„Folglich ist zu berücksichtigen, dass regelmäßig das komplexe Geschehen einer Kindesmisshandlung allein durch den somatischen Befund nur unzureichend erfasst wird; aus diesem Grund gehören sowohl psychische als auch sozialanamnestische Befunde zu den unentbehrlichen Bestandteilen jeder kinderschutzmedizinischen Diagnostik.“ (Rabe, 2022, S. 100)

Die mittlerweile über 170 Kinderschutzgruppen an Kliniken, ausgebildete Kinderschutzmediziner:Innen, sowie eine rasant wachsende Anzahl an Publikationen verdeutlichen, dass der Medizinische Kinderschutz an vielen Stellen immer mehr Einzug in den medizinischen Alltag in Deutschland erhält. Auch in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern wie den Hilfen zur Erziehung, ist medizinisches Grundlagenwissen mittlerweile an vielen Stellen wichtig, um beispielsweise Gesundheitsstatus in Bezug auf das Gewicht oder ähnliche Faktoren einschätzen zu können (Böwer, 2012).

Damit die oben beschriebene Abgrenzung des medizinspezifischen Kinderschutzes gegenüber anderen Bereichen des Kinderschutzes gelingen kann, bedarf es der Betrachtung definitorischer Überlegungen. Dem Begriff *Medizinischer Kinderschutz* werden nach Herrmann (2012) die klinischen Bereiche Prävention, Screening, Diagnostik und Intervention sowie die Integration in die Aus- und Weiterbildung und wissenschaftliche Forschung zugerechnet. Etwas umfassender definierten Herrmann und Eydam (2010, S. 1173) zuvor Medizinischen Kinderschutz als „jegliche Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Gesundheitswesen“ und verweisen darauf, dass je nach vorliegender Symptomatik und Konstellation unterschiedliche Berufsgruppen sowie unterschiedliche Ressourcen zu nutzen sind.

Bezugnehmend auf die Definition von Winter und Romer (2021, S. 2) zeigt sich, dass auch der Medizinische Kinderschutz mehrdimensional beschrieben wird. Die Autoren stellen fest, dass die Aufgaben des Medizinischen Kinderschutzes

„neben der Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Intervention in Fällen von körperlicher, emotionaler oder sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung auch die Qualitätssicherung, Intervention und Fortbildung“

beinhalten. Insbesondere bei Verdachtsfällen sexuellen Missbrauchs wird oftmals in der Kooperation mit dem Gesundheitswesen eine sinnvolle Unterstützung für das Jugendamt gesehen (Becker et al., 2020). Damit betrifft Medizinischer Kinderschutz alle Ebenen der Versorgung und hat daher neben der Detektion und Intervention auch in der Prävention einen wichtigen Auftrag. Die Klammer um all diese engeren und weiteren Ansätze beschreibt das Wörterbuch Soziale Arbeit:

„Kinderschutz stellt, weit gefasst, die gesellschaftliche Bemühung und Bewegung dar, Kinder vor Verhältnissen und Maßnahmen zu schützen, die dazu führen, dass das Recht der Kinder auf ein menschenwürdiges Leben, freie Entfaltung der Persönlichkeit und wirkliche Förderung beschnitten wird.“ (Wolf, 2017, S. 510)

bzw. das Fachlexikon Soziale Arbeit:

„Kinderschutz ist ein Sammelbegriff für [...] Maßnahmen von staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen, die dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefährdungen des Kindeswohls dienen sollen. [...] Die Rechtsprechung des BGH versteht darunter eine gegenwärtige, und zwar in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“ (BGH, 2016, S. 1)

Kinderschutz allgemein umfasst ein weites Feld und Bedarf sowohl auf theoretischer als auch praktischer Ebene dezidierter Beschreibungen, wenn es um präzise Abgrenzungen und ggf. auch Zuständigkeiten geht. Im medizinischen Kontext gehören zu kinderschutzmedizinischen Überlegungen der Einbezug von Hautbefunden, Frakturen, thorakalen und abdominellen Verletzungen, Verletzungen der Mundhöhle und der Zähne, das Schütteltrauma-Syndrom, unklare Befunde, rechtsmedizinische Aspekte und vieles mehr (Rabe, 2022). Nicht unerwähnt bleiben soll jedoch auch, dass die Forderungen zur Ausweitung des Medizinischen Kinderschutzes auf psychosozialer Ebene jenseits somatischer Aktivität (zumindest in einem Nachbarland) nicht unstrittig sind. Der österreichische Pädiater und Universitätsprofessor Scheer (2018) beschreibt psychosoziale Arbeit im stationären Setting des Gesundheitswesens nicht als Aufgabe der Kinderschutzarbeit. Ferner beschreibt er Kinderschutzarbeit als *freiwillig und ehrenamtlich* und stellt damit heraus, dass es dato keinerlei Verpflichtung oder Honorierung sah. Eine eher skeptische Haltung zum aktuellen Stand des Medizinischen Kinderschutzes vertreten Sommer und Thissen (2020), die die Unterschiede zwischen der männlich konnotierten mächtigen Medizin und der weiblich assoziierten Sozialen Arbeit noch nicht auf Augenhöhe sehen.

Die 2019 veröffentlichte *AWMF-S3(+)- Kinderschutzleitlinie* stellt den aktuellen Meilenstein im deutschen Medizinischen Kinderschutz dar. Getragen von 80 Fachgruppen und mit hoher wissenschaftlicher Evidenz stellt die Leitlinie über die rein medizinische Versorgung hinaus interdisziplinäre Schnittstellen in den Fokus (Ewert & Seifert, 2019) und sorgt so dafür, dass der Komplexität von Kinderschutzfällen immer mehr entsprochen werden kann und der Medizinische Kinderschutz seine Randständigkeit verlässt (Herrmann, 2019).

Obwohl oftmals knappe bzw. fehlende Ressourcen zur umfassenden Umsetzung der Leitlinie beschrieben werden (Schmidt et al., 2020) scheint ein großer Schritt des Medizinischen Kinderschutzes in das kollektive Bewusstsein der Hilfesysteme gelungen.

Die Kinderschutzleitlinie hebt neben medizinischen Inhalten und der Überleitung an die öffentliche Jugendhilfe auch weitere Themen wie die Sensibilisierung von Fachkräften, die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen sowie eine Wissensvermittlung an die Jugendhilfe bzgl. der Einbeziehung des Gesundheitswesens auf das Tableau und eröffnet somit ein ganzes Spektrum kooperativer, netzwerkender und insgesamt zukunftsgerichteter Ansätze (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Trotzdem bleibt zu erwähnen, dass auch aktuelle Befunde noch unzureichendes Bewusstsein über Kinderschutz in der Medizin bei den Beteiligten beschreiben (Maier, Rassenhofer, Hoffmann & Fegert, 2020). Interne Hemmnisse im Medizinischen Kinderschutz arbeiteten Schmidt et al. (2020) aus internationalen Studien heraus. Sie identifizierten Wissenslücken und fachliche Unsicherheiten, Angst vor falschen Verdachtsäußerungen, Befürchtungen vor unangenehmen Konflikten, die eigene Betroffenheit sowie keine gemeinsam vereinbarten Richtlinien als hemmende Faktoren eines Prüfprozesses in Bezug auf eine potenzielle Kindeswohlgefährdung zu initiieren. Berthold und Clemens (2020) resümieren bei einer Vielzahl von identifizierten Schwierigkeiten, insbesondere bei der Weiterleitung von potenziellen Kindeswohlgefährdungsfällen aus dem Gesundheitswesen in Richtung Jugendhilfe, dass Aus- und Weiterbildung zu Kinderschutz verbesserungswürdig ist, sowie das niedrigschwellige Angebote zur Beratung notwendig sind. Dass Medizinischer Kinderschutz beim Vorhandensein dieser Angebote wirkt, konnten Dittmann und Raabe (2017) in ihrer Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz belegen. Sowohl auf Fallebene als auch in der Vernetzung, sowie in der Beratung waren die Nutzer:Innen hoch zufrieden.

In der Ausbildung von Mediziner:Innen stellt das Thema Kinderschutz noch keine feste Größe dar, wobei Suchert (2020) von Bestrebungen spricht Kinderschutzmedizin als eigenständiges Fachgebiet zu etablieren. Mit der 2018 verabschiedeten Weiterbildungsordnung ist Kinderschutz zumindest

fester Bestandteil der pädiatrischen Fachärzt:Innenweiterbildung geworden (Schwier et al., 2019; Körner & Hörmann, 2019). Ewert und Seifert (2019) sowie Berthold (2019) formulieren als Ziel, in jedem Krankenhaus eine Kinderschutzgruppe zu etablieren. Die kinderschutzmedizinische Versorgung in Deutschland wurde 2018 durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) umfassend beschrieben. Konkret wurden in Deutschland in den letzten Jahren zur praktischen Umsetzung des Medizinischen Kinderschutzes unter Federführung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm das webbasierte Weiterbildungsangebote etabliert sowie die *Medizinische Kinderschutzhotline* aufgebaut. Als aktuelle Entwicklung noch zu nennen, sind Projekte wie die sogenannten Childhood-Häuser, bei denen neben Gesundheitswesen und Jugendamt auch polizeiliche und forensische Hilfen unter einem Dach bereitgehalten werden (Helling-Bakki, 2020) oder Kinderschutzambulanzen als Bindeglied zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und der Medizin (Winter, 2020).

## **1.6. Interaktion zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen**

Eine strukturierte Kooperation zwischen den Akteur:Innen aus Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Schulwesen sehen Suess und Hammer (2010) als Qualitätsmerkmal eines ganzheitlichen Kinderschutzes, da die Systeme solitär keine suffizienten Hilfen anbieten können bzw. aufeinander angewiesen sind (vgl. auch Heinitz, 2020; Kelle & Dahmen, 2020; Plafky, 2020; Schmidt et al., 2020; Sommer & Thiessen, 2020; Berthold et al., 2019b; Kinderschutzleitlinienbüro, 2019; Betz et al., 2018; van Santen & Seckinger, 2017a; Merchel, 2015; Tenhaken 2015; Althoff, Jordan & Lukasczyk, 2012; Gahleitner, Homfeldt & Fegert, 2012; Künster, Knorr, Fegert & Ziegenhain, 2010a; Thyen, 2010; Ziegenhain et al., 2010; Meysen et al., 2009; Rüting, 2009; Ebert et al., 2007; Kindler et al., 2006; Kaba-Schönstein & Kälble, 2004). Zunehmend müssen zusätzlich weitere Akteur:Innen hinzugezogen werden (Heinitz, 2020). Rüting (2009, S. 24) formulierte sogar: „Eine gute Kinder- und Jugendhilfepraxis ist mittelbar immer auch Ausdruck einer ausgewiesenen Gesundheitsförderung.“ Eine gemeinsame Basisphilosophie in der



Kooperation sehen Liel und Rademaker (2020) neben Jugendhilfe und Gesundheitswesen auch unter Einbeziehung der Behindertenhilfe als notwendig an und greifen somit einer etwaigen sogenannten großen Lösung, also der Verschmelzung von Hilfen für Kinder- und Jugendliche mit und ohne Behinderung aus einer Hand, bereits vor. Ergänzend hierzu mahnte bereits Franzheld (2017a), dass die zunehmende Spezialisierung / Ausdifferenzierung in den Hilfesystemen zu einer weiteren Versäulung und damit einer Schwächung der Schnittstelle führe. Die Schnittstellen ergeben sich in der fallbezogenen Arbeit automatisch, umso mehr wird immer wieder vorangestellt, dass es ebenfalls einer fallunabhängigen regelgeleiteten Interaktion bedarf (Böwer, 2012). Kritisch wird jedoch ebenfalls angemerkt, dass empirische Belege dafür fehlen, dass die verbesserte Zusammenarbeit auch zu verbessertem Kinderschutz führt (Suess & Hammer, 2010). Fälle, in denen es um Kindeswohlgefährdung geht, haben nicht nur für die beteiligten Familien, sondern auch für die beteiligten Institutionen durch vielschichtige Macht-, Interaktions-, und Abhängigkeitsverhältnisse spezifische und individuelle Dynamiken und sind daher besonders herausfordernd (Wutzler, 2017). Nachdem das Bundeskinderschutzgesetz 2012 Heilberufen die Möglichkeit offerierte, sich bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (anonym) beraten zu lassen, gab es vielfältige Weiterentwicklungen. Heterogene Ergebnisse deuten an, dass eine wirklich flächendeckende Durchdringung des Gesundheitswesens mit Wissen um diese Möglichkeit entweder nicht gegeben ist, mindestens aber faktisch nur sehr bedingt genutzt wird. Auf beiden Seiten bestehen Unsicherheiten im Kontakt, so dass hierunter die Inanspruchnahme und die Sicherheit in der Beratung leidet (Berthold, 2019). Neben diesen inhaltlichen Aspekten wird bei kontinuierlichem Austausch auch das konfliktbehaftete Ringen um Zuständigkeiten abnehmen. Selbst- und Fremdzuschreibungen von Kompetenzen sind häufig noch inkongruent und erschweren somit die fallbezogene Arbeit (Betz et al., 2018).

Gelingende Interaktion wird in vielen Schattierungen und Nuancierungen dennoch als grundlegendes, wichtiges Element der Bearbeitung von Kinderschutzfällen betont und aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven

notwendigerweise beleuchtet und beeinflusst (Wolff et al., 2013). Die Interaktion zwischen unterschiedlichen professionellen Disziplinen und Einrichtungen ist vielfach beleuchtet worden. So zum einen die Interaktion zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie u.a. durch Wagenknecht und Meyer-Gräwe, 2020; Berthold, 2019; Jud et al., 2016; Fegert und Petermann, 2014; Schrappe, 2013; Wolff et al., 2013; Ader und Klein, 2011; Averbek und Hermans, 2010 und Martinius et al., 1996. Das Verhältnis von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe fokussierten Lenz, 2010; Pluto, Gragert, van Santen und Seckinger, 2007. Innerhalb der *Frühen Hilfen* beschäftigten sich Sommer und Thiessen, 2020; Gerber, 2018; Fischer und Geene, 2017; Renner und Scharmski, 2016; Thaiss, 2016; Fischer, 2015; Schone, 2014; Keupp, 2010; Renner, 2010; Sann und Landua, 2010; Ziegenhain et al., 2010 sowie Fegert und Schrapp, 2004 mit diesen Wechselwirkungen. In spezieller Weise betrifft dies den Medizinischen Kinderschutz, dessen Arbeitsweise nicht nur inter-, sondern bereits transdisziplinär gesehen wird (Winter & Romer, 2021; Kelle & Dahmen, 2020; Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Böwer (2012) nimmt mit seiner Forderung nach sozialräumlichen Frühwarnsystemen eine weitere Dimension in den Blick. Sommer und Thiessen (2020), beschreiben ihrerseits, dass die Prozesse einer derartigen Dynamik unterliegen, dass sie nahezu nicht in oder zwischen den Institutionen zu verorten und damit fluide sind.

Im Vergleich der Kooperation innerhalb der Systeme von Gesundheitswesen und Jugendhilfe sowie zwischen den Systemen kommen Künster et al. (2010a) zu der Feststellung, dass die Kooperation innerhalb des Gesundheitswesens durchschnittlich besser verlief als zwischen den Systemen, beziehungsweise rein innerhalb der Jugendhilfe (Künster et al., 2010b, S. 1139). Insgesamt ist das Gesundheitssystem jedoch nur bedingt in seiner Gesamtheit zu betrachten, da es deutliche strukturelle Unterschiede gibt, die die Anforderungen an den Medizinischen Kinderschutz beeinflussen, z.B. durch das Arbeiten im Team in der Klinik oder wenig interne Austauschmöglichkeiten im Bereich der Niedergelassenen (Bertsch & Seckinger, 2016).

In der Interaktion selbst vollzieht sich jedoch nicht nur eine Erweiterung der Handlungsoptionen, sondern auch eine gegenseitige Kontrolle (Atzeni,

Schmitz & Bechtold, 2018; Kindler et al., 2006). Ein gegenseitiges Lernen, zum Beispiel im Bereich des Qualitäts-, Fehler- und Risikomanagements forderten bereits Böwer und Kottthaus (2018), Thole, Retkowski und Schäuble (2012), Wetschka (2012) und Böttcher et al. (2009), wobei gegenseitiges Lernen auch eine Abstimmung z.B. ganz praktisch in der Terminplanung inkludieren sollte (Bahners, 2020). Die Kinderschutzleitlinie betont deutlich die Störanfälligkeit der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe und fordert eine bewusste Erarbeitung und Pflege von Interaktionsstrukturen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019).

### **1.6.1. Gemeinsame Termine von Jugendamt und Gesundheitswesen**

Um in der kooperativen Praxis gemeinsam auf Fallebene aktiv werden zu können, bedarf es oftmals gemeinsamer Termine. In diese Termine sind häufig die betroffenen Familien und andere Hilfesysteme (z.B. freie Träger:Innen der Jugendhilfe oder Schulen) eingebunden.

Herausforderungen in der Vereinbarung und Durchführung solcher gemeinsamen Termine entstehen durch oftmals sehr dringliche Anfragen, bei denen dann eine kurzfristige Terminvereinbarung nicht gelingt (Ader & Klein, 2011). Insbesondere in akuten Situationen zur Gefahrenabwehr bedarf es oftmals einer Vorstellung zeitnah nach Bekanntwerden einer potenziellen Kindeswohlgefährdung (Kelle & Dahmen, 2020). Thyen (2010) benennt neben den zeitlichen auch ökonomische Gründe, aus denen Hilfe(-plan)-gespräche, Hausbesuche oder andere Formen des Austausches und der Kooperation in der fallbezogenen Arbeit nicht mit Beteiligten aus den Hilfesystemen stattfinden. Beim Einbezug niedergelassener Pädiater:Innen spielt oftmals der Zeitpunkt des angesetzten Gesprächs eine wichtige Rolle, die die Teilnahme schon strukturell verhindert (Bahners, 2020). Finanzielle Aspekte, wie zum Beispiel die aufzuwendende Arbeitszeit (van Santen & Seckinger, 2003) bzw. der Fakt, dass die aufgewendete Arbeitszeit, z.B. bei Ärzt:Innen durch die Finanzierungssystematik nicht berücksichtigt wird, sind wesentliche Hemmnisse (Thyen, 2010). Der ärztliche Berufshabitus wirkt sich laut Kelle und Dahmen (2020) insofern aus, als dass häufig eine ärztliche Gesamtverantwortung durch die Beteiligten aus dem Gesundheitswesen

wahrgenommen wird und statt gemeinsamer Entscheidungsfindung ein Gespräch eher in Form von Delegation einzelner Aufgaben, z.B. an die Jugendhilfe stattfindet. Dies trifft jedoch scheinbar auch auf einen fruchtbaren Boden seitens der Sozialarbeitenden. Erinnerung sei hier an die Feststellung bei Hildenbrand (2014, S. 184): „Offenbar unbelehrbar ist der sozialpädagogische Glaube an die ‚Objektivität‘ medizinischer Befunde“.

Die Empfehlungen von DGKiM und DAKJ (2016) zum Kinderschutz an Kliniken beschreibt neben der interdisziplinären Besetzung dieser Gespräche, dass die Gespräche ohne das Beisein der Eltern stattfinden. Im Medizinischen Kinderschutz beschreiben hierzu Schwier et al. (2019) die gemeinsame Fallkonferenz der Kinderschutzgruppe und des Jugendamtes mit den Eltern. In diesem Kontext kann die Diagnostik vorgestellt und gemeinsam eine Perspektive geplant werden. Alle Teilnehmenden haben die Chance sich einzubringen und sind auf dem gleichen Stand.

Perspektivisch wird die bereits bestehende Anzahl sogenannter *Runder Tische* ausgebaut, wie Tenhaken (2015) bereits für die letzten 15 Jahre beschreibt. Speck, Peponis, Walter, Ruprecht & Bistrizky (2020) beschreiben das Innovationsprojekt „Drei für Eins“ für psychisch belastete Kinder und Jugendliche in Hamburg, bei dem Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Schule zusammenarbeiten. Es finden sowohl multiprofessionelle Fallbesprechungen, aber auch gemeinsame Fortbildungen statt. Dreistein (2001) beschreibt die inhaltliche Ausgestaltung und den Aufbau solcher regelmäßiger fallübergreifender bzw. fallreflektierender Kooperationstreffen. Analog zu Dreistein (2001), die das Modellvorhaben aus Dortmund beschreibt, stellen Leitner et al. (2014) die Kooperationskontakte in Ueckermünde dar. Dort erfolgten seit 2012 im Rahmen eines definierten Stundenkontingents festgelegte Angebote der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in einer Jugendhilfeeinrichtung. Für die Kooperation herauszuheben ist, dass auch Hospitationsangebote sowie das Krisenmanagement vor Ort explizit erwähnt werden. Die AWMF-S3-Leitlinie beschreibt in ihrer Langversion ausführlich organisatorische, strukturelle und inhaltliche Merkmale für gelingende gemeinsame Fallkonferenzen. Gelingende Gespräche und fallübergreifende Gesprächsrunden werden somit eher aus der Kooperation gemeinsam mit stationären medizinischen

Angeboten beschrieben. Eine Weiterentwicklung auch Richtung pädiatrischer Praxen ist bereits in den *Frühen Hilfen* auszumachen. Mall und Friedmann (2016) beschreiben Möglichkeiten von „interdisziplinären Kooperation an neuen Orten“, die Beratung und Unterstützung in den Praxen für möglich hält.

### **1.6.2. Gesundheitswesen in der Gefährdungseinschätzung**

Nach der Meldung einer potenziellen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt hat dieses nach § 8a SGB 8 Abs. 1 eine Einschätzung zum Gefährdungsrisiko zu treffen. Hierbei sind laut § 8a SGB 8 Abs 1. Satz 2 diejenigen Personen, die nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz melden, bei der Gefährdungseinschätzung in geeigneter Weise zu beteiligen. Diese Beteiligung geschieht in der Praxis schon seit einiger Zeit, wie in Interviews mit Praktiker:Innen beschrieben wird. Die Fachleute z.B. aus dem Gesundheitswesen wurden dann oftmals als insoweit erfahrene Fachkräfte ansehen und auch schon vor dieser gesetzlichen Anpassung in Gefährdungsbeurteilungen eingebunden (Kloman et al., 2019; Böwer, 2012; Meysen et al., 2009).

Die Bundesärztekammer, die den Einbezug der Ärzt:Innen sachlich unterstützt, sieht bei deren Einbindung potenzielle Schwierigkeiten, wenn dadurch die Versorgung anderer Patient:Innen in der Praxis gestört wird. Ebenfalls weist sie darauf hin, dass der Einbezug in die Gefährdungseinschätzung verhältnismäßig erfolgen muss und betont einen potenziell negativen Einfluss auf das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt:Innen und Patient:Innen (Maybaum, 2017). Aus der erforschten Praxis gibt es Rückmeldungen, dass pädiatrische Praxen bereits neben anderen externen Stellen durchaus in die Einschätzungsprozesse eingebunden werden (Kloman et al., 2019). Neben sozialpädagogischen und medizinischen Kenntnissen sind auch psychologische und rechtliche Wissensbestände notwendig. Neben dem Einbezug anderer Fachdisziplinen stellt die Interaktion mit den betroffenen Familien in der Regel einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit im Jugendamt im Rahmen einer Gefährdungseinschätzung dar (Kloman et al., 2019). Im Rahmen der Gefährdungseinschätzung werden die betroffenen Kinder- und Jugendlichen

oftmals im Rahmen des Medizinischen Kinderschutzes oder auch anderer Strukturen in medizinischen Einrichtungen vorgestellt, um eine medizinische Abklärung des Sachverhaltes zu veranlassen (Meysen et al., 2009; Kindler, Pluto & Strobel, 2008). Kindler et al. (2006) weisen darauf hin, dass das § 8 a Abs. 3 SGB 8 benannte Tätigwerden anderer Einrichtung zur Abwendung der Gefährdung derart gelesen werden könnte, dass bereits eine Kindeswohlgefährdung definitiv durch das Jugendamt festgestellt worden sein muss. Da jedoch eine Gefährdungseinschätzung immer prospektiv geschieht, sehen die Autor:Innen es rechtlich legitimiert, dass auch im Rahmen einer Diagnostik, das Gesundheitswesen einbezogen wird (Kindler et al., 2006). Weiterhin werden auch zur Verfügung stehende anonyme Beratungsangebote, z.B. durch die Kinderschutzhotline gut angenommen, insbesondere von Personen, die sich zum Fall bisher mit keiner anderen Person ausgetauscht hatten (Berthold, 2019). Auch in Zeiten voranschreitender Digitalisierung wird Risikoeinschätzung weiterhin von persönlicher Erfahrung und Interaktion geprägt sein, so dass digitale Tools hier lediglich unterstützend genutzt werden können (Ackermann, 2020). Heynen (2020) beschreibt vielfältige Entwicklungen und positive Effekte im Kinderschutz, sieht jedoch für die Jugendämter eine deutliche Notwendigkeit der kontinuierlichen Weiterentwicklung, um noch wirksamer zu werden und um noch mehr Kinder- und Jugendliche zu erreichen, zum Beispiel über digitale Angebote und den Einbezug anderer Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen.

### ***1.6.3. Überleitung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen***

Es handelt sich bei öffentlicher Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen um zwei große Systeme, die breit in der Fläche verankert und im öffentlichen Bewusstsein einen hohen Grad der Bekanntheit innehaben und die sogar an vielen Stellen Kontakt mit Kindern haben, die im anderen System bereits bekannt sind, z.B. bei Dreistein (2001), die bei 60% der vorgestellten Kinder in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie feststellt, dass diese bereits dem Jugendamt bekannt waren, jedoch nur 9% direkt vom Jugendamt

vorgestellt werden. Wo liegen also die Fallstricke und Chancen in der Überleitung?

Es besteht hier die Gefahr, dass insbesondere durch die Vielzahl der Hilfesysteme und involvierten einzelnen Personen, insbesondere bei den sogenannten Multiproblemfamilien die Gefahr einer Fraktionierung der Hilfeleistungen besteht. So kann es passieren, dass im Prozess der Hilfesuche Kontakt mit den unterschiedlichsten Beratungs- und Behandlungsansätzen besteht und dass jeweils nur aus einem spezifischen Blickwinkel, entsprechend den jeweiligen persönlichen und institutionellen Ressourcen und Selbstverständnissen auf das Kind bzw. die Familie geschaut wird (Goldbeck, Laib-Koehnemund & Fegert, 2005). Noch überspitzter, aber sicherlich in einigen Fällen durchaus nachvollziehbar ist das sogenannte *law of the instrument* bzw. *Maslows Hammer*. Hier konstatierte bereits Abraham Maslow (1966, S. 15), „Ich glaube, es ist verlockend, wenn das einzige Werkzeug, das man hat, ein Hammer ist, alles zu behandeln, als ob es ein Nagel wäre.“

Der Gesetzgeber hat in seiner Konkretisierung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung in § 8a SGB 8 Abs.4 festgelegt, dass Träger:Innen der Jugendhilfe (nicht nur das Jugendamt) verpflichtet sind, auf die (freiwillige) Inanspruchnahme anderer Leistungsträger:Innen (wie Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder Polizei) durch die Personenberechtigten hinzuwirken. Ehrenamtlich tätige Personen und freiwillig Helfende zählen Böwer und Kotthaus (2018) neben den professionell Helfenden als wichtige Akteure, um misshandlungsgefährdeten und betroffenen Familien insbesondere niedrigschwellige Zugänge, zeitnahe und auch anonyme Zugänge zu Hilfesystemen zu ermöglichen und ohne oder mit möglichst geringer Stigmatisierung Zugänge zu Hilfe zu ermöglichen.

Um die Überleitung in und Vermittlung von weiteren Hilfen zu ermöglichen, beschreibe Schneider (2013) sowie Brockmann und Lenz (2010), dass die Beziehung zwischen den überleitenden Einrichtungen ein elementares Element gelingender Weiterleitung darstellt. Die Wichtigkeit des Gelingens ebendieser in Bezug auf Spezialistenwissen und spezifische Fähigkeiten bzw. Rechte wurden insbesondere im Rahmen der *Frühen Hilfen* (NZFH, 2018) und auch das Bildungswesen (Trede, 2013) bereits ausgiebig beschrieben.

Nach diesen eher allgemeinen Betrachtungen lohnt sich ein Blick auf die konkreten spezifischen Herausforderungen im Kinderschutz. Die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen in rechtsmedizinischen Einrichtungen zur Abklärung fraglicher Misshandlungsfolgen oder zur Überprüfung der Angaben potenzieller Täter:Innen haben seit einigen Jahren einen zunehmend hohen Stellenwert in der Diagnostik von Kindesmissbrauch. Auch wenn die fraglichen Sachverhalte in pädagogischen Einrichtungen wie Schulen, Kindergärten, Beratungsstellen und im pädagogischen Setting in der Familie (z.B. durch ambulante Hilfen zur Erziehung oder Familienhebammen) detektiert werden, so erfolgt die Vorstellung zur rechtsmedizinischen Untersuchung doch (wenn nicht mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten) in aller Regel auf Anregung durch das zuständige Jugendamt entweder direkt oder nach gerichtlicher Entscheidung jeweils auf Grundlage des § 8a SGB 8 Abs. 2 bzw. Abs. 3. (Leitner et al., 2014). Die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Angebote beschreibt Bockholdt (2014).

Limitierender Faktor bei der quantitativen Betrachtung der Überleitung zwischen den Systemen ist unter anderem, dass weitere Hilfen sowohl in Richtung der Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens zwar formal nicht direkt durch die jeweils anderen Systeme nachzuvollziehen sind, jedoch die Beratung zur Inanspruchnahme einer weiteren Hilfe (im hier besprochenen Fall z.B. die Vorstellung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) durch die Beratung im Jugendamt angeregt wurde (Künster, Schöllhorn, Knorr, Fegert & Ziegenhain, 2010b; Dreistein, 2001).

Die intersektorale Kooperation bzw. Überleitung war in der letzten Dekade mehrfach Thema legislativer und sonstiger normierender Vorgaben, wie u.a. im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (2011), Bundeskinderschutzgesetz (2012), in den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (2015), im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (2011) und im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (2021). In ihrer Vollbefragung der Kinder- und Jugendärzt:Innen in Hamburg zeigten Metzner, Ravens-Sieberer, Schwinn, Lietz und Pawils (2014), dass die Ärzt:Innen, das Einlade- und Meldewesen bei den Vorsorgeuntersuchungen als grundsätzlich sinnvoll,



teilweise sogar als sehr sinnvoll erachten. Insbesondere Familien mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Familien wurden durch diese Maßnahme mehr für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen gewonnen.

Ein innovativer Ansatz, der das Familiensystem als potenziellen Indikator zur Detektion häuslicher Gewalt nutzt, wurde bereits ab den frühen 2010er Jahren in den Niederlanden eingeführt. Durch die Einführung einer strukturierten Befragung von Eltern mit potenziellen Risikofaktoren für Kindesmisshandlung (z.B. Suizidhandlungen, Drogenmissbrauch, häusliche Gewalt) konnte eine Erhöhung um den Faktor 64 bei den Familien erreicht werden, die dann an andere Hilfesysteme gemeldet wurden. Bei 91% lag mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Kindeswohlgefährdung in diesen Fällen vor. Fast drei Viertel der Fälle waren dem Jugendamt vorher nicht bekannt (Clemens et al., 2018).

Bei altersdifferenzierter Betrachtung wurde in einer anderen Erhebung als Ressource des Gesundheitssystems beschrieben, dass die Akteur:Innen des Gesundheitswesens bei der Quantität und Qualität der Gefährdungsmeldungen von Säuglingen wichtige Hinweisgebende sind. Im Vergleich zu Privatpersonen (20%) bestätigte sich bei Meldungen aus dem Gesundheitswesen bei 43% der gemeldeten Fälle eine latente oder akute Kindeswohlgefährdung (Kaufhold & Pothmann, 2018b). Vor dem Hintergrund, dass die oben dargestellten Gesetzesänderungen, z.B. in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz, vorrangig darauf abzielen in der Verantwortungsgemeinschaft die Berufsheimnisträger:Innen des Gesundheitswesens explizit einzubeziehen (Bertsch & Seckinger, 2016), stellt dieser Fakt ohne weitere Daten zunächst einmal eine schwer einzuordnende Datenlage dar. Überleitungen aus dem Gesundheitswesen zu den *Frühen Hilfen* wurden 2021 mit 31% in Relation zu 48% aus der Kinder- und Jugendhilfe wenig gebahnt, obgleich dort die Hilfen häufig aus dem Gesundheitswesen heraus geleistet werden und die Systemgrenze zur Jugendhilfe nur partiell vorhanden ist. Konkret aus dem ASD wurden 13% der vermittelten Eltern auf die *Frühen Hilfen* aufmerksam (Lohmann, Hentschke, Dellbrügge, Bastian, Böttcher & Ziegler, 2012). Ärzt:Innen als hilfeanregende Personen bei vorläufigen Schutzmaßnahmen konnten van Santen und Seckinger (2003) bei ihrer Erhebung nur minimal beobachten (1%).

Limitierend muss hier jedoch erwähnt werden, dass der Großteil der untersuchten Personen älter als 12 Jahre war, was als Hypothese generiert, dass die älteren Kinder und Jugendlichen in gefährdeten Situationen bisher deutlich weniger im Gesundheitssystem detektiert werden, als es die Gefährdungszahlen vermuten lassen. Auch die Ergebnisse aus 2017 beschreiben eine geringe Detektion im Gesundheitswesen. Bei lediglich 7,4% der über 143.000 Fälle potenzieller Kindeswohlgefährdung, die den Jugendämtern gemeldet wurden, erfolgte die Meldung von Personen aus dem Gesundheitswesen (Schmidt et al., 2020).

Die Zuweisung zum medizinischen System durch die Jugendämter scheint im Vergleich schon seit einigen Jahren zunehmend ungesetzt zu werden. Bereits Dreistein (2001) konnte zeigen, dass im Zuweisungskontext ambulanter und stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie 9% der Patient:Innen (jedoch ohne den Faktor Kinderschutz) direkt auf Veranlassung des Jugendamtes behandelt wurden und viele weitere (nicht nummerisch benannt) mittels Beratung durch das Jugendamt in das Gesundheitswesen begleitet wurden. In den Berliner Kinderschutzambulanzen, die Winter (2020) von 2016 bis 2018 betrachtete, wurden die Verdachtsfälle zu 55% durch das Jugendamt zugewiesen. Kliniken und niedergelassene Ärzt:Innen wiesen mit 36% etwas mehr als ein Drittel der Fälle zu.

Bei der wissenschaftlichen Betrachtung der Auswirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes werden neben solch eindeutigen fallbezogenen Mitwirkungs- bzw. Fallübernahmeaufforderungen auch implizite Anfragen an die ärztliche Expertise (hier Fachärzt:Innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie) z.B. über die Mitwirkung bei Einschätzungen zu § 35a SGB 8 gestellt, bei denen der Bedarf oft nicht explizit formuliert wurde (Bertsch & Seckinger, 2016).

Was sind nun die konkreten, bisher identifizierten ausschlaggebenden Faktoren, die eine solche Überleitung bzw. Einbeziehung des Gesundheitswesens bedingen?

Befragte Mitarbeitende der Jugendämter bei Winter (2020) (n=38) gaben als ausschlaggebende Gründe für die Überleitung eine medizinische Kinderschutzambulanz, die räumliche Nähe, gute Erfahrungen in der

Zusammenarbeit sowie die fachliche Kompetenz an. Mehr als 86% der befragten Jugendamtsmitarbeitenden zeigten sich mit der Kooperation *zufrieden* bzw. *sehr zufrieden* (Winter, 2020, S. 1056). Es ist zu vermuten, dass im Konzept der Versorgung in der Kinderschutzambulanz weitere Empfehlungen, z.B. zu einer stationären oder ambulanten Versorgung durch die Kinder- und Jugendärzte ausgesprochen wurden. Ob und inwieweit dies der *Empfehlung für Kinderschutz an Kliniken* (DGKiM & DAKJ, 2016) folgend gemeinsam mit der zuständigen Vertretung des Jugendamtes erfolgt ist, lässt sich hier nicht nachvollziehen.

Im Rahmen der *Frühen Hilfen* als näherungsweise Modell für gelingenden Medizinischen Kinderschutz zeigen sich Gynäkolog:Innen, Kinderärzt:Innen sowie Hebammen als prädestinierte Zugangswege, da fast alle Frauen rund um eine Geburt mit diesen Akteur:Innen in Kontakt kommen. Insbesondere bei jungen Eltern zeigt sich eine hohe Akzeptanz und Wertschätzung. Die Inanspruchnahme wird als nicht stigmatisierend empfunden, so dass es zu einer frühen Inanspruchnahme, oft vor Geburt des Kindes, kommt. Bei einer Befragung der Projektleitungen der *Frühen Hilfen* wurde den Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen eine hohe Relevanz beigemessen. Kinderärzt:Innen, Geburtskliniken und frauenärztliche Praxen sowie freiberufliche Hebammen erhielten neben dem Jugendamt die höchsten Durchschnittsbewertungen in Bezug auf ihre Relevanz (Renner & Sann, 2010). Niedrigschwellige flächendeckende und nahezu omniprésente Angebote des Gesundheitswesens zu einem frühen Zeitpunkt sind also wichtig, um geeignete Hilfen innerhalb schwieriger Konstellationen oder Situationen implementieren zu können.

Neben den genannten Prädiktoren für gelingende Inanspruchnahme bzw. Überleitung sind z.B. psychisch erkrankte Eltern eine *hard-to-reach* Gruppe, da aus Sorge vor Bevormundung, Sorgerechtsentzug etc. der Kontakt mit dem Jugendamt aktiv vermieden wird, wie Kölch und Schmid (2008) in Brockmann und Lenz (2010) in ihren Studien beschrieben. Die Lotsenfunktion zu anderen Einrichtungen ist ebenfalls sehr wichtig, da Eltern häufig nicht wissen, welche professionellen Hilfemöglichkeiten bei welchen Institutionen bestehen und hilfreich sein können (Brockmann & Lenz, 2010). Dass unterschiedliche

Settings auch unterschiedliche Kooperationen und Netzwerke bedingen, erscheint grundsätzlich plausibel. Bei Einrichtungen, die mit Kindern psychisch kranker Eltern arbeiteten, wurde sehr deutlich beschrieben, dass hier zunächst pädagogische Einrichtungen wie Familienzentren, Schulen und Kindertageseinrichtungen prominent genannt wurden und z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrien erst nachrangig genannt werden (Rademaker & Lenz, 2019).

Auch auf organisationaler bzw. struktureller Ebene scheint es Faktoren zu geben, die eine verstärkte Überleitung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen bedingen. In den Erhebungen von Bertsch und Seckinger (2016) stellen diese dar, dass die Mediziner:Innen zwar einen häufigeren Einbezug ihrer Expertise erwarteten, jedoch nicht davon ausgingen, dass ihr Handeln selbst in irgendeiner Weise optimiert werden muss. Ob sich an dieser Stelle der bereits erwähnte ärztliche Habitus zeigt, der Kooperation an vielen Stellen erschwert oder ob fehlende Übersetzungsleistungen des Bundeskinderschutzgesetzes in das Gesundheitswesen hinein die passende Rezeption dort verhindert, lässt sich nicht nachvollziehen. Das Faktum jedoch, dass Ärzt:Innen sich häufig als Mittelpunkt des Geschehens sehen, um das herum sich andere Institutionen sinnvoll arrangieren können, scheint jedoch zumindest in Teilen belegt. Auch die Kinderschutzleitlinie propagiert in ihren Zielen u.a. die:

- „Schaffung größerer Handlungssicherheit der einzelnen Partner\_innen durch Formulierung von Empfehlungen, die Verfahren im Umgang zwischen den unterschiedlichen Behandlern\_innen (Medizin, Jugendhilfe und Pädagogik, soweit man Pädagogik miteinbeziehen möchte) regeln helfen.
- Wissensvermittlung an Mitarbeitende der Jugendhilfe: warum, wann und wie eine Einbeziehung des Gesundheitswesens sinnvoll sein kann.
- Wissensvermittlung an pädagogische Fachkräfte, damit diese in die Lage versetzt werden einzuordnen, welche Schritte sie wann in Bezug auf die Jugendhilfe und auf das Gesundheitswesen unternehmen können.“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019, S. 25)

Eine Aufforderung der Mediziner:Innen aus ihrer Sicht die Strukturen abzustimmen und anzupassen, findet sich nur implizit durch die allgemeinen

Netzwerk- und Kooperationsanforderungen, die alle beteiligten Institutionen betreffen. Vor dem Hintergrund, dass Netzwerkteilnahmen (hier im Bereich der *Frühen Hilfen*) eher der Ausnahmefall sind und dass die Finanzierung von präventiver Unterstützung sowie der Überleitung nicht geregelt ist (NZFH, 2013), werden hier Gründe nachvollzogen, die jedoch Hindernisse für gelingende Überleitungen in Kinderschutzfällen darstellen können.

#### **1.6.4. Gegenseitige Inanspruchnahme im Kinderschutz**

Neben der fallunabhängigen Kooperation stellt die fallbezogene Kooperation das zweite wichtige Standbein der Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Jugendhilfe und Gesundheitswesen dar. Nachfolgend wird dargestellt, welche Hintergründe zur gegenseitigen Inanspruchnahme bekannt sind.

In der Studie von Böwer (2012) wird dargestellt, dass für Mitarbeitende aus sozialen Berufen medizinisches Wissen bzw. der Zugang zu medizinischer Expertise sehr zeitnah notwendig sein kann, wie er an einem Beispiel eines untergewichtigen Säuglings darstellt. Pluto, van Santen und Peucker (2016) beschreiben deutliche Zunahmen von Anfragen aus unterschiedlichen Berufsgruppen nach der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG). Ärzt:Innen rangieren hierbei mit einer Zunahme von 73% auf Rang 2, andere Angehörige von Heilberufen mit 62% auf dem zweiten Rang.

Tab. 3.1: Berufsgruppen, von denen das Jugendamt nach der Einführung des BKisSchG vermehrt Anfragen bekommen hat

LehrerInnen	87 %
ÄrztInnen	73 %
Hebammen/Entbindungspfleger oder Angehörige eines anderen Heilberufes	62 %
Mitglieder oder Beauftragte einer Beratungsstelle nach § 3 (8) des Schwangerschaftskonfliktgesetzes	21 %
Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder JugendberaterInnen	14 %
Andere	13 %
BeraterInnen für Suchtfragen	11 %
BerufspsychologInnen	10 %

Quelle: DJI-Jugendamtserhebung 2014; n = 63 (Jugendämter mit vermehrten Nachfragen von Berufsheimnisträgern)

Eine Unterstützung der Fachkräfte der sozialen Arbeit durch Fachkräfte aus anderen Disziplinen (insbesondere Psychologie und Medizin) in der Phase der Verdachtsabklärung ist relativ häufig notwendig (Kindler et al., 2008). Kelle und Dahmen (2020) beschreiben, dass es in der Regel körperliche Anzeichen von Missbrauch oder Verwahrlosung sind, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, wohingegen die Diagnostik bei diffusen Auffälligkeiten weiter durch Gespräche erfolgt und zunächst keine weiteren Verfahren angewendet werden.

Grundlegende Faktoren zur Einschätzung der Gefährdungssituationen sind insgesamt dynamische Prozesse, bei denen gesellschaftliche Normen und individuelle Werte in einem Aushandlungsprozess einer kontinuierlichen gegenseitigen Prüfung und gemeinschaftlicher Weiterentwicklung unterliegen. Ob bestimmte Lebensumstände nun eine Kindeswohlgefährdung darstellen, ist folglich von individuellen, gesellschaftlichen und auch sozialen Aspekten maßgeblich beeinflusst. Erst wenn in dieser Gemengelage klar wird, dass es sich (vermutlich) um eine Kindeswohlgefährdung handelt, können weitere Schritte, zum Beispiel der Einbezug des Jugendamtes oder des medizinischen Systems, eingeleitet werden. Semmler (2012) zieht eine interessante Parallele auf mögliche Aspekte, die diese Einbeziehung erschweren oder erleichtern:

„Die Hemmschwelle für die Alarmierung des Arztes in medizinischen Notfällen, selbst wenn es sich um einen Fehlalarm handelt, ist deutlich niedriger als bei Kindeswohlgefährdungen. Diese Diskrepanz lässt sich womöglich mit der Assoziation von „Arzt gleich Rettung und Hilfe“ und „Jugendamt gleich Kontrolle und Überwachung“ erklären.“ (Semmler, 2012, S. 170)

Der Aspekt der Hilfe durch das Tätigwerden des Jugendamtes steht im Bewusstsein der Bürger:Innen eher im Hintergrund. Besuche des Jugendamtes werden vermutlich als negativ empfunden, da potenziell die Privatsphäre berührt und Interventionen in Grundrechte greifen können (ebd.). Es mag so erscheinen, als ob es für Personen in Notlagen deutlich leichter wäre, das Gesundheitswesen als primären Anlaufpunkt im Hilfesuchprozess zu wählen. Die Einbeziehung des Gesundheitswesens für Familien, deren Begleitung zunächst über das Jugendamt geleistet wurde, ist jedoch oftmals ebenfalls notwendig, sodass eine gegenseitige Inanspruchnahmeförderung

beider Systeme notwendig ist. Diejenigen Institutionen, bei denen bereits (bestenfalls gute) Kontakte zu den Eltern bzw. Kindern bestehen, sind somit verpflichtet diese zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen anzuhalten und Wege zu bahnen (Heynen et al., 2019; Brockmann, 2013; Schneider, 2013). Grundlegend für das Gelingen solcher Überleitungen sind positive Kooperationsbeziehungen zwischen den jeweiligen Institutionen (Brockmann & Lenz, 2010). Neben diesen freiwilligen Inanspruchnahmen kann auch familiengerichtlich z.B. die Inanspruchnahme der öffentlichen Jugendhilfe oder des Gesundheitswesens angeordnet werden, wenn einvernehmlich bei vorliegender Gefährdung keine Lösungen erarbeitet werden konnten (Heynen et al., 2019).

Wie im oben genannten Beispiel auch, sind es häufig Säuglinge und kleinere Kinder, bei denen aktuell sowohl der Bedarf einer fallspezifischen intensiven Zusammenarbeit gesehen wird als auch eine gegenseitige Inanspruchnahme erfolgt. Da im ersten Lebensjahr Kinder ansonsten wenig institutionalisierte Kontakte haben, ist dies sicherlich kausal erklärbar. Als weiterer Fakt kommt hinzu, dass die Gefahr von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung für Kinder bis zum fünften Lebensjahr am größten ist (Künster et al., 2010b). Im Kinder- und Jugendhilfereport von 2019 wird dargestellt, dass bei Kindern unter 3 Jahren und insbesondere bei Säuglingen unter einem Jahr überproportional gehäuft Verfahren nach § 8a SGB 8 zustande kommen (Rauschenbach, Mühlmann, Schilling, Pothmann, Teubner, Fendrich, Tabel, ... Böwing-Schmalenbrock, 2019). Je jünger die betroffenen Kinder sind, umso häufiger ist eine sehr zeitkritische Inanspruchnahme anderer Hilfen, wie hier z.B. im Gesundheitswesen, welche bei älteren Jugendlichen sonst nur in wenigen Fällen sinnvoll ist, notwendig (Ziegenhain, 2007).

Wenn es nun darum geht, welche Gruppen von Ärzt:Innen insgesamt von Kindern und Jugendlichen bzw. für Kinder und Jugendliche durch deren Erziehungsbeauftragte in Anspruch genommen werden, so lassen sich aus der Auswertung von Rattay, Starker, Domanska, Butschalowsky, Gutsche und Kamtsiuris (2014), die anhand der KIGGS-Studiendaten vorgenommen wurde, folgende grundsätzliche Aussagen ableiten:

- Die jährliche Inanspruchnahme niedergelassener Ärzt:Innen bei beiden Geschlechtern liegt bis zum 18. Lebensjahr kontinuierlich oberhalb von 80%.
- Mit zunehmendem Lebensalter werden Kinderärzt:Innen seltener und Allgemeinmediziner:Innen vermehrt konsultiert.
- Die Anzahl der Ärzt:Innenkontakte pro Jahr insgesamt schwankt zwischen knapp weniger als 4 und fast 9 Kontakten im Durchschnitt, wobei in beiden erhobenen Geschlechtern die Kontakthäufigkeit nach den ersten 2 Lebensjahren deutlich abnimmt und bei den Mädchen wesentlich deutlicher als bei den Jungen in der Jugend wieder ansteigt (Rattay et al., 2014).

In der Forschung konnte dadurch eine Gruppe ausgemacht werden, bei denen trotz Anbindung an das Gesundheitswesen die Inanspruchnahme der öffentlichen Jugendhilfe mangelhaft ist. Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen vermeiden aus Schuld, Schamgefühl, Angst, Vorurteilen bzw. Unkenntnis den Kontakt zu professionellen Hilfen, obwohl die Notwendigkeit wahrgenommen wird (Brockmann, 2013; Schneider, 2013). Dies ist besonders schwerwiegend und an dieser Stelle zu erwähnen, da Kinder psychisch kranker Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko haben, Opfer von Kindesmisshandlung zu werden (Clemens, 2018).

#### **1.6.5. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Jugendämter**

Bei der Evaluation der Kinderschutzambulanzen in Bayern gab über die Hälfte der Jugendämter an, sich bei schwierigen Kinderschutzfällen an die bayerische Kinderschutzambulanz zu wenden. Mehrfach wenden sich über ein Drittel der Jugendämter an die Kinderschutzambulanz. Von Ärzt:Innen werden die Angebote der telefonischen Beratung und auch der Online-Beratung angenommen. Privatpersonen, teilweise auf ärztlichen Rat, sowie Jugendämter erfragen Untersuchungen. Insgesamt wird beschrieben, dass eine regionale Ungleichverteilung derart zu beobachten ist, dass nähergelegene Jugendämter und Ärzt:Innen, die Angebote vermehrt in Anspruch nehmen (Dittmann & Raabe, 2017).



Welche Faktoren könnten auslösend für eine Kindeswohlgefährdung unter Einbeziehung von Einrichtungen des Gesundheitswesens sein?

Für eine grundlegende Kategorisierung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kinderwohlgefährdung eignen sich die folgenden Gruppen:

- Gewichtige Anhaltspunkte beim Kind oder Jugendlichen (z.B. nicht plausible Verletzungen, Ängste, Hygienemängel...)
- Gewichtige Anhaltspunkte in Familie und Lebensumfeld (z.B. Gewalt in der Familie, psychisch oder suchterkrankte Elternteile, mangelnde Entwicklungsförderung...)
- Gewichtige Anhaltspunkte für mangelnde Mitwirkungsbereitschaft (z.B. fehlende Problemeinsicht, unzureichende Kooperationsbereitschaft, mangelnde Hilfeannahme...) (Biesel & Urban-Stahl, 2018)

Kommt es zu einer intensiven Abklärung dieser Faktoren, so ist in Bezug auf Alter und Situation des Kindes weiter abzuklären, ob der aktuelle Gesundheitszustand einer medizinischen Vorstellungbedarf (Deutsches Jugendinstitut - DJI, 2006).

Seit 2017 steht zur Beratung die *Medizinische Kinderschutzhotline* zur Verfügung, die sowohl in gesetzlichen, medizinischen als auch weiterführenden Fragen Unterstützung anbietet (Berthold, 2019). Es ist anzunehmen, dass dies einen Meilenstein darstellt, obwohl bereits Kinderschutzhotlines zu anderen Fragestellungen in Betrieb waren (Gädke, 2009). Bei kontinuierlich steigenden Inanspruchnahmezahlen kommt ein Großteil der Anfragen von Personen aus den Heilberufen. Inhaltlich richteten sich die Anfragen auf Handlungsoptionen in konkreten anonymisierten Fällen und auf medizinische Faktenfragen, wobei Kinder- und Jugendmediziner:Innen mit 37% und Kinder- und Jugendlichenpsychiater:Innen und -psychotherapeut:Innen mit 34% die Anfragen dominierten. Die restlichen Anfragen kamen aus Psychiatrie, Chirurgie, Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Zahnmedizin. Bei rund 80% war die Beratung durch die *Medizinische Kinderschutzhotline* die erste Beratung für die Anfragenden (Berthold, 2019; Bühring, 2017).

### **1.6.6. Auslösende Faktoren für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens**

Die auslösenden Faktoren bzw. die Konstellationen der betroffenen Institutionen bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. der Jugendämter unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht. Nachfolgend wird dargestellt, dass soziodemografische Einflüsse der beteiligten Familien(-mitglieder), Faktoren, die handelnde Personen der Jugendhilfe betreffen und die Art der (potenziell) zuweisenden Einrichtung einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haben können.

In mehreren Studien (u.a. Benbenishty & Chen, 2003; Britner & Mossler, 2002) fokussierten die Forschenden ihre Fragestellung darauf, inwieweit sich unterschiedliche Professionen bzw. Gruppen von Professionen darin unterscheiden, in Kinderschutzfällen die betroffenen Kinder außerhalb der Wohnung der Sorgeberechtigten fremdunterzubringen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass unterschiedliche Berufsgruppen in ihren Einschätzungen und insbesondere auch Empfehlungen bzgl. einer Fremdunterbringung divergierende Referenzpunkte haben. Stärker als die Charakteristika des Falles prägten sich die unterschiedlichen Gruppen der Helfenden auf den Fortgang der Hilfen aus (Ackermann, 2017). Wenn auch Angehörige des Gesundheitswesens hier nicht explizit genannt sind, so ist zu vermuten, dass auch diese Gruppe eigene Maßstäbe hat und ebenso wie Sozialarbeiter:Innen, ehrenamtliche Helfende und juristisch ausgebildete Personen ihre eigenen Schwerpunkte setzen. Multiperspektivität als Voraussetzung gelingenden Kinderschutzes, die höher- und niedrighschwellige Angebote in den Kinderschutz einbezieht und die interdisziplinäre Vernetzung unterschiedlichster Fachkräfte voranbringt, ist als elementarer Punkt in Fort- und Weiterbildung zu sehen. Akteur:Innen des Gesundheitswesens werden explizit für eine umfassende Perspektive als notwendig erachtet (Schierer et al., 2022).

Die von Ackermann (2017) im Überblick dargestellten Charakteristika der betroffenen Kinder bzw. Familien in Bezug auf die getroffenen Entscheidungen im Kinderschutz stellen dar, dass die soziodemografischen Daten der Kinder (z.B. Alter und Geschlecht) nicht signifikant mit den Entscheidungen

korrelierten. Attribute der Familie (z.B. Migrationsgeschichte der Eltern, geringes Einkommen, psychische Erkrankungen, alleinerziehende Eltern etc.) erhöhten in einer Studie in Israel die Wahrscheinlichkeit als Kinderschutzfall behandelt zu werden signifikant. Vergleichende Studien in unterschiedlichen Ländern (hier: Kanada und Israel) belegten, dass Faktoren außerhalb der betroffenen Familien starke Auswirkungen auf die Einschätzung zum Kindeswohl und auf die Hilfeangebote haben.

In einer Erhebung von Kotthaus (2010) in den Jugendämtern in NRW (die also potenziell den befragten Jugendämtern der hier vorliegenden Studie entsprechen) stellte dieser heraus, dass es eine Gleichrangigkeit zwischen den von ihm vorgegebenen Entscheidungsfaktoren gab und sich keine signifikant stärker ausprägenden Entscheidungsfaktoren für Entscheidungen über eine Fremdunterbringung beschreiben ließen. Die von Kotthaus zur Auswahl gestellten Faktoren waren: (Fall-)Besprechungen mit Kolleg:Innen, eigene (Berufs-)Erfahrung, Meinungen / Wünsche des Kindes, eigene Diagnostik, Meinungen / Wünsche der Eltern, eigene Intuition, gutachterliche Stellungnahmen, ärztliche / psychologische Berichte, Meinungen / Wünsche des Vormunds, hierarchische Vorgaben im Jugendamt (Kotthaus, 2010). Speziell auf rechtsmedizinische Untersuchungen beziehen sich Leitner et al. (2014) und stellen dar, dass von Fragestellungen der Polizei, der Staatsanwaltschaft bzw. der Gerichte, über Jugendämter bis hin zu konsiliarischen Anfragen anderer Ärzt:Innen ein breites Spektrum in der Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Expertise besteht. Insgesamt erscheinen die Ergebnisse noch sehr heterogen, teilweise (z.B. bei Aussagen, die das Alter der Kinder betreffen) sogar widersprüchlich.

#### **1.6.7. (Anonyme) Beratung**

Ein wichtiges Element in der Sozialen Arbeit, in der Medizin und insbesondere im Kinderschutz ist die gegenseitige multiprofessionelle und interinstitutionelle Beratung. Wenn nicht explizit anders erwähnt, subsummiert diese Forschungsarbeit sowohl anonyme Beratungsanfragen als auch andere Beratungsanfragen gemeinsam. Zwar unterscheiden sich diese Beratungsvorgänge inhaltlich, jedoch ist für die Inanspruchnahme zumeist seitens der Jugendämter nicht vorhersehbar, ob Beratungsanfragen anonym

erfolgen oder nicht. Ferner besteht die Möglichkeit, dass in Beratungsgesprächen nach erster Einschätzung der erfahrenen Fachkraft die Beratung abseits der Anonymität fortgesetzt wird.

Im Kinderschutz sichern gesetzliche Grundlagen die strukturelle Vorhaltung und auch die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten. Ein spezielles Angebot hierbei ist die anonyme Beratung. Im Rechtsbereich wurden mit der Einführung des § 8 im SGB 8 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet, den ASD in Kinderschutzfällen hinzuzuziehen. Die beratende Rolle der Jugendämter gegenüber anderen Fachkräften wurde dadurch deutlich hervorgehoben (Seckinger, 2008).

Die Beratung steht explizit allen Fachkräften im Gesundheitswesen offen. Die Koordination dieses Angebots obliegt den regionalen Jugendämtern (Berthold, 2019). Diese Beratung erfolgt dann jugendamtsseitig durch die eine insoweit erfahrene Fachkraft. Den insoweit erfahrenen Fachkräften obliegt nicht nur die Beratung, sondern auch die anonyme Beratung, bevor das Jugendamt explizit eingeschaltet wird. Aus diesem Grund wird die organisatorische Zuordnung der anonymen Beratung zu den Jugendämtern teilweise als sehr problematisch gesehen (Jud et al., 2016). Bei einer Erhebung zu den Auswirkungen des Bundeskinderschutzgesetz beschreiben Bertsch und Seckinger (2016), dass die Zuversicht im Gesundheitswesen steigt, zum Thema Kinderschutz, kompetente Gesprächspartner:Innen in den Jugendämtern vorzufinden, allgemein jedoch die Etablierung der Beratung noch am Anfang stünde.

Beratung scheint allgemein als gängiges Werkzeug gesehen zu werden, mit dem Ziel, die eigene Unsicherheit in der Einschätzung sozialarbeiterischer Fälle sowie die Ambivalenzen zu überwinden und exakte, in ihren Folgen bestmöglich abschätzbare Entscheidungen zu treffen und dabei den Sozialarbeitenden näher zu kommen. Hierzu werden intensive Normierungs- und Standardisierungstendenzen, insbesondere in den Diskursen zum Kinderschutz und zur Kindeswohlgefährdung gesehen (von Wölfel, 2016).

### 1.6.8. Beratungsanspruch und Inanspruchnahme

Juristische Grundlagen des Beratungsanspruchs finden sich hauptsächlich in § 8b des SGB 8 und im KKG. Das KKG wurde bereits 2011 in Kraft gesetzt. Trotzdem konstatieren Bertsch und Seckinger (2016), dass Expert:Innen aus dem Gesundheitswesen der Beratungsanspruch in ihren Arbeitsbereichen zum Zeitpunkt der Befragungen kaum bekannt war. Im Vergleich gaben 80% der befragten Schulen an, über den Beratungsanspruch informiert zu sein. 50% der übergeordneten Strukturen im Gesundheitswesen (z.B. Ärztekammern, Psychotherapeutenkammern, medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände des Gesundheitswesens) gaben ebenfalls an, ihre Mitglieder über den Beratungsanspruch informiert zu haben (Bertsch & Seckinger, 2016). Zu einem anderen Ergebnis kommen Böwer und Kotthaus bereits zwei Jahre später, die eine Zunahme der Beratungsanfragen und der Meldungen von Hinweisen auf potenzielle Kindeswohlgefährdungen an das Jugendamt beschreiben. Hierbei nutzen insbesondere Mitarbeiter:Innen aus dem Gesundheitswesen und aus Schulen die Möglichkeit, sich in Fällen von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung beraten zu lassen (Böwer & Kotthaus, 2018).

Dass der Beratungsanspruch an die Kinder- und Jugendhilfe von externen Institutionen – insbesondere aus dem Gesundheitsbereich und der Schule – positiv bewertet und genutzt wird, jedoch nicht alle relevanten Adressat:Innen systematisch informiert werden, stellt Mühlmann (2016) im Bereich der *Frühen Hilfen* dar. In seiner Erhebung geben circa zwei Drittel der befragten niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt:Innen an, den Beratungsanspruch zu kennen. Zwischen den Bundesländern sind deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Bei den Pädiater:Innen geben 81% an, dass sie in mindestens einem Verdachtsfall auf Kindeswohlgefährdung die Beratung durch die Jugendhilfe in Anspruch genommen haben. Die Beratung für die Pädiater:Innen kam jedoch nicht nur aus der Jugendhilfe, sondern in fast zwei Drittel der Fälle (65,3%) wurde Beratung sowohl in der Jugendhilfe als auch im Gesundheitswesen in Anspruch genommen. Eine Beratung ausschließlich durch das Gesundheitswesen wurde in 8,7% beschrieben und weniger als 10% ließen sich nicht beraten (Mühlmann, 2016). Befragt wurden hier jedoch

ausschließlich Pädiater:Innen, so dass es durchaus möglich ist, dass andere Fachgebiete (z.B. Frauenärzt:Innen, Allgemeinmediziner:Innen) hier weniger Inanspruchnahme zeigen. Eine mögliche Begründung könnte sein, dass sich Ärzt:Innen häufig durch Sozialarbeitende nicht richtig verstanden fühlen und dass in der Sozialen Arbeit Wissen über ärztliche Tätigkeiten fehlt. Dies sieht von Bismark (2016) als potenzielle Auslöser dafür, dass Ärzt:Innen insbesondere aus Praxen eher Beratung im Gesundheitswesen suchen. Gestützt wird diese Hypothese aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie dadurch, dass Fachärzt:Innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an Kliniken ebenso wie die Mitglieder von Kinderschutzgruppen an Kliniken einer externen Beratung, z.B. durch eine insoweit erfahrene Fachkraft, wenig Nutzen und wenig Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zuschreiben (Betz et al., 2018). Auch die Forderung der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes geht in die Richtung, dass es neben der Beratung durch die insoweit erfahrenen Fachkräfte der Jugendämter auch fachärztliche Konsile leichter einholbar sein müssen (Bundesärztekammer, 2020). Das KKG regelt hier zwar den Austausch mit dem Jugendamt, jedoch nicht den Austausch der Berufsgeheimnisträger:Innen untereinander, der für solche Konsile hilfreich wäre (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Bei der Evaluation des Angebots der bayerischen Kinderschutzambulanz, die 2011 installiert wurde, zeigte sich, dass insbesondere niedergelassene Mediziner:Innen das Angebot der Beratung in Anspruch genommen haben, um sämtliche ihrer potenziellen Kindeswohlgefährdungsfälle beraten zu lassen. Die ebenfalls befragten Jugendämter gaben zu mehr als der Hälfte an, in schwierigen Fällen die Kinderschutzambulanz zu kontaktieren, ein Drittel gab an, noch keinen Kontakt aufgenommen zu haben. Genutzt werden hier neben der Beratung insbesondere die Beurteilung von Verletzungen, die (Foto-)Dokumentation, seltener die Interpretation medizinischer Befunde. Sowohl Ärzt:Innen (knapp mehr als zwei Drittel) und auch Jugendämter (95%) schätzten die Beratung so ein, dass sie eine deutliche Handlungssicherheit gewinnen konnten (Dittmann & Raabe, 2017).

Bereits 2016 beschäftigte sich die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes mit der Fragestellung, welche Institution

verantwortlich dafür ist, die unterschiedlichen Berufsgruppen auf ihren Beratungsanspruch nach § 8b SGB 8 hinzuweisen. Bei 10% der Jugendämter gab es zum damaligen Zeitpunkt keinerlei Regelungen, zumeist sahen sich die Jugendämter selbst verantwortlich für die Kommunikation, aber auch andere Institutionen werden genannt (Pluto et al., 2016). Während Schulen noch fast von allen Jugendämtern informiert werden, reduziert sich die gezielte Information bzgl. des Beratungsanspruchs auf 75% bei den niedergelassenen Ärzt:Innen und sogar auf 67% bei den Kliniken. Die Informationen werden zumeist über Arbeitskreise (93%) und Veranstaltungen (62%) weitergegeben. Ein Drittel der Jugendämter informiert über gezielte Anschreiben. Durch Internetangebote (31%) und andere Kampagnen bzw. Wege wird das Angebot zum derzeitigen Zeitpunkt eher wenig bekannt gemacht (Pluto, 2017). Bei den hier gewählten Formen der Information besteht die Gefahr, dass durch das Vertrauen auf eine Multiplikator:Innenfunktion der Veranstaltungsteilnehmenden und die selektive Teilnahme am Kinderschutz interessierter nur ein geringer Teil der Berufsgruppen erreicht wird (Pluto et al., 2016). Eine flächendeckende Bekanntmachung, wie z.B. die Bereitstellung der anonymen Beratung in jedem Dienstzimmer der Kinderklinik (wie in einem Projekt in Dortmund geschehen) bedarf hohen Engagements (MGFFI, 2009). Für dieses und anderes Engagement bedarf es zusätzlicher Ressourcen, die oftmals erst zeitverzögert zur Verfügung gestellt wurden (Pluto et al., 2016). Deutlich positiver sieht die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes die vorliegenden Daten und konstatiert:

„Auch hier konnten wir feststellen, dass die Regelungen überwiegend entsprechend ihrer Zielsetzung wirken: Der Beratungsanspruch ist bei den relevanten Zielgruppen überwiegend bekannt. Der Beratungsanspruch genießt eine hohe Akzeptanz der Adressatinnen und Adressaten; er wird in Anspruch genommen und positiv bewertet.“  
(Lögering & Zötsch, 2016, S. 27)

Weiterentwicklungsbedarfe wurden in der konkreten Umsetzung z.B. der Bekanntmachung von Beratungsmöglichkeiten oder der Sicherstellung der Erreichbarkeit beschrieben (ebd.). Heynen (2020) beschreibt vielfältige Entwicklungen und positive Effekte im Kinderschutz, sieht jedoch für die Jugendämter eine deutliche Notwendigkeit der kontinuierlichen

Weiterentwicklung, um noch wirksamer zu werden und noch mehr Kinder- und Jugendliche zu erreichen, zum Beispiel über digitale Angebote und den Einbezug anderer Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen. Diesen Ergebnissen widersprechen die Ergebnisse einer Erhebung in Berlin und Brandenburg zum Wissen um die Inanspruchnahme der anonymen Beratung nach § 4 Abs. 2 KKG. Hier wurde deutlich, dass die Jugendämter nur vereinzelt (87%) oder gar nicht (13 %) durch Personen aus dem Gesundheitswesen in Anspruch genommen wurden. Alle Jugendämter berichteten, dass ihrer Meinung nach die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens nicht über ausreichende Kenntnisse zu diesem Paragraphen verfügen (Peters, 2021).

Die voranstehenden Ergebnisse beschreiben trotz ihrer Widersprüchlichkeiten und Inkongruenzen, dass es in der Beratung neben der Institution der insoweit erfahrenen Fachkräfte auch Bedarf an (anonymer) Beratung im Kinderschutz durch Mediziner:Innen gibt. Bei Fachärzt:Innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinderschutzgruppen an Kliniken kann jedoch beschrieben werden, dass diese sich selbst eher als Expert:Innen für das Thema Kinderschutz wahrnehmen und die Hinzuziehung einer insoweit erfahrenen Fachkraft keine gewinnbringende Option in Kinderschutzfällen zu sein scheint (Bertsch & Seckinger, 2016).



## 2. Förderliche und hemmende Kooperations- sowie Netzwerkmerkmale

Kooperation bestimmt als Begrifflichkeit gemeinsames Tun in vielerlei Kontexten. Welche Merkmale kooperativen Handelns bereits als förderlich oder hemmend identifiziert wurden und wie sich diese Merkmale zusammenfassen lassen, wird im folgenden Kapitel dargestellt. In der Kooperation zwischen sozialen Einrichtungen und (somatischer) Medizin lassen sich schon seit Jahrzehnten Modelle finden (Beushausen & Caby, 2012; Schlack, 2009). Kooperation gilt in der Sozialen Arbeit oftmals als zentrales Entwicklungs- und Innovationsinstrument, obwohl keine empirisch gesicherten Ergebnisse über den jeweiligen Erfolg vorliegen (Kessl, 2011). Verstanden wird Kooperation, wie einleitend schon angerissen, als

„ein Verfahren der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Problemlösekompetenz angestrebt wird“ (van Santen & Seckinger, 2003, S. 29).

Oben wurde bereits dargelegt, wie Kooperation im Kinderschutz allenthalben gefordert und partiell auch gefördert wird. Auch Berthold et al. (2019, S. 73) sehen sie als ein „Charakteristikum des Kinderschutzes, dass unterschiedliche Professionen unterschiedliche Einschätzungen der Situation und der eigenen Möglichkeiten vornehmen.“ Dass Kooperation unterschiedliche Funktionen (Informationsermittlung, Beziehungsaufbau, Unterstützung bei der Gefährdungseinschätzung sowie Schutz) erfüllen kann, beschreiben Albrecht, Lattwein und Urban-Stahl (2016) in ihrem Forschungsprojekt zu gemeinsamen Hausbesuchen im Kinderschutz. Der Kooperationsgedanke wird häufig in den Vordergrund gestellt, bei näherer Betrachtung der praktischen Umsetzung treten differenziertere Wahrnehmungen zu Tage.

„Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung bei der Beratung und Versorgung von Familien mit Kindern und Jugendlichen wird bei Festveranstaltungen gerne gefordert und gelobt. Praktiker hingegen wissen aus langjähriger Erfahrung, dass Kooperationen zwischen

Institutionen mit unterschiedlichen Aufgaben, Strukturen und Arbeitsweisen und mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern häufig mit Reibungsverlusten und Frustrationen verbunden sind.“ (Künster et al., 2010b, S. 732)

Die unterschiedliche Wahrnehmung des Reifegrades bzw. der Wirksamkeit und gelebter Wirklichkeit von Kooperationen scheint also ein Problem zu sein, das sich hauptsächlich in der praktischen fallbezogenen Umsetzung manifestiert, wohingegen in der Theorie die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Kooperationen nahezu uneingeschränkt postuliert werden.

„Aber auch wenn Kooperation konstitutiv ist für die Arbeit des ASD, wenn Kooperation und partnerschaftliche Leistungserbringung sich als roter Faden durch die Sozialgesetzbücher ziehen, ist sie nicht per se „gut“.“ (Trede & Ulmer, 2013, S. 199)

Nach Seckinger und van Santen (2019, S. 194) sind Kooperationszusammenhänge „als eigenständige komplexe soziale Gebilde, als transinstitutionelle Handlungszusammenhänge mit einer eigenen Dynamik und einem eigenen Sinnkontext zu verstehen.“ Insbesondere um in dieser Dynamik, die im Kinderschutz durch zeitliche und emotionale Komponenten oftmals noch deutlich katalysiert wird, angemessen handeln zu können, bedarf es neben Kooperationsstrukturen auch Kooperationsprozesse. Es stimmt nicht, dass jeglicher Fall solitär steht und eine Einbindung in strukturelle Zusammenhänge sowie die Weiterentwicklung struktureller Vorgaben aufgrund einzelner Fälle nicht möglich ist. Es besteht ein Bedarf nach einer sowohl organisatorisch (von Strukturen) als auch praxisorientierten (im Einzelfall) konkretisierten Umsetzung, damit sich wiederum perspektivisch auch strukturelle Vorgaben an aktuelle Entwicklungen anpassen können und so nachhaltig wirksam bleiben.

„Diese Gemengelage aus strukturellen und motivationalen Aspekten führt gewöhnlich dazu, dass Verfahrenswege und Absprachen über Kooperation unter diesen erschwerten Bedingungen nur im Einzelfall ausgehandelt oder eingefordert werden. Dann aber besteht die Gefahr des Scheiterns bzw. der fehlenden Nachhaltigkeit von ausgehandelten Vorgehensweisen. Notwendig ist jedoch eine grundsätzliche Aushandlung und Festlegung von verbindlichen Kooperationsstrukturen

und Verfahrensabläufen bzw. von Standards“ (Künster et al., 2010b, S. 733).

Die konkrete Ausgestaltung kooperativer Beziehungen zwischen Organisationen bleibt also den handelnden Personen überlassen, da die hochkomplexen Beziehungen kaum geeignet sind, um legislativ vorgegeben werden zu können. Neben den Vorteilen, die Kooperationsbeziehungen mit sich bringen, sind sie auch durch ihre mannigfachen hemmenden Faktoren geprägt (Frenzke-Kulbach, 2004).

Trede und Ulmer (2013) verweisen deutlich darauf, dass Kooperation nicht selbstreferentiell sein soll, sondern dass es um die konkrete Lösung von individuellen Aufgabenstellungen geht, in denen sich Kooperation als nützlich erweisen muss. Selbst besonders eng kooperierende Fachkräfte laufen Gefahr, dass eine besonders enge Kooperation nicht automatisch eine besonders gute Kooperation wird. Ein „korporatistischer Klüngel“ (Trede & Ulmer, 2013, S. 199) könnte zu vorschnellen Einigungen zwischen den Fachkräften ohne angemessene Einbeziehung der weiteren Beteiligten bzw. Betroffenen führen. Es bedarf einer umfassenden Kenntnis von Kooperationshemmnissen, um mit diesen umgehen zu können, diese positiv zu beeinflussen oder auch bei der (Neu-)Gestaltung von Kooperationen die kooperativen Strukturen anhand bekannter Hemmnisse zu reflektieren. Dem Ductus des Forschungsdesigns folgend, werden auch hier strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen sowie die prozessuale Umsetzung bzw. Interaktion getrennt voneinander betrachtet, wohlwissend, dass eine trennscharfe Kategorisierung oftmals nicht final möglich ist. Demzufolge ist Kooperation nicht ausschließlich eine Bewegung unterschiedlicher Kooperationspartner:Innen aufeinander zu, sondern klare Grenzen sind ebenfalls eine wichtige Voraussetzung, damit Aufgaben und Zuständigkeiten insbesondere für die Leistungsempfänger:Innen, in der Regel die Familienmitglieder, transparent sind. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (Geene, 2016) berichtet z.B. über das Angebot der Familienhebammen und darüber, dass diese von den Familien aufgrund der Finanzierung durch das Jugendamt nicht mehr als Angebot des Gesundheitswesens wahrgenommen werden, sondern den Einsatz der Familienhebammen als vom Jugendamt *angeordnet* empfinden. An diesem Beispiel wird deutlich, wie wichtig eine

kritische Reflexion der Handlungen, Konflikte, Risiken und Nebenwirkungen in kooperativen Prozessen ist, um diese wirksam, bestenfalls belegbar wirksam zu gestalten (Böwer & Kotthaus, 2018).

Kooperationen und ihre Strukturen stellen kein starres Gebilde dar, sondern sind als Prozesse zu verstehen, die das Handeln zwischen den Disziplinen neuartig gestalten und beständig weiterentwickeln (Fegert & Schrapper, 2004). Nachfolgend werden daher bisher identifizierte hemmende und förderliche Faktoren dargestellt, um eine gezielte Reflexion grundsätzlich zu ermöglichen.

## 2.1. Strukturelle Kooperationshemmnisse

Strukturelle Kooperationshemmnisse finden sich sowohl innerhalb der kooperierenden (oder eben nicht kooperierenden) als auch zwischen den Institutionen. Kooperation, die auf den Einzelfall bezogen ist und lediglich vom Engagement einzelner getragen wird, die häufig durch Vorbehalte und Befürchtungen geprägt sind, erfüllen die hohen Erwartungen an kooperatives Handeln, das systematisch organisiert über den Einzelfall hinausgeht nicht (Böwer & Kotthaus, 2018). Eine große Schwierigkeit in der Kooperation zeigt sich darin, dass die oben beschriebene klare Aufgabentrennung und Abgrenzung andererseits einen idealen Nährboden für das bietet, was als *strukturierte Verantwortungslosigkeit* beschrieben werden kann, bei der

„jedes System eine ihm rechtlich zugewiesene Verantwortung hat, der Übergang zwischen den Systemen jedoch strukturell nicht ausreichend geregelt ist und – unabhängig von dieser Notwendigkeit! – vermutlich auch nicht bis ins Detail geregelt werden kann.“ (Ader & Klein, 2011, S. 25)

Böwer und Kotthaus (2018) gehen noch weiter, in dem sie betonen, dass es im Einzelfall sogar fachlich geboten sein kann *hinderliche Werkzeuge*, z.B. standardisierte Checklisten bewusst außer Acht zu lassen, um speziellen Fällen gerecht zu werden. Der Verzicht auf strukturelle Vorgaben, zeigt sich jedoch ebenfalls nicht als wertvolle Unterstützung von Kooperationen. Fehlende unterstützende Strukturen auf Organisationsebene behindern ihrerseits ebenfalls die gemeinsame Praxis (Darlington et al., 2005).

In der Literatur lassen sich vielfältige strukturelle Kooperationshemmnisse finden, die hier zu den folgenden Kategorien zusammengefasst wurden:

- Fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen
- Erschwerende rechtliche Faktoren
- Fehlendes Wissen über die Kooperationspartner:Innen
- Fehlende Kooperationsvorgaben
- Netzwerkdefizite.

### **2.1.1. Fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen**

Dass Kooperation grundsätzlich durch die beteiligten Personen geleistet wird, bedingt, dass nicht vorhandenes oder überlastetes Personal (u.a. Brockmann, 2013; Thyen, 2010) bzw. häufige Wechsel dieser Personen, die dann z.B. in Netzwerken eine Diskontinuität der Ansprechpersonen bedingt (DJI, 2006), grundsätzlich als fehlende Ressourcen für fallunabhängige Kontaktpflege und Kooperation einen negativen Einfluss auf Kooperationsvorgänge haben (DJI, 2006). Die fehlenden personellen Ressourcen wirken sich somit sowohl intern als auch extern auf die Kooperationsprozesse aus.

Neben dem allgemeinen Mangel an Zeit für Kooperation (u.a. Atzeni et al., 2017; DKSB Unna, 2014) werden insbesondere Öffnungszeiten (u.a. Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG-NRW), 2019; Bühring, 2017; LWL, 2015; Semmler, 2012) und Wartezeiten im jeweils anderen System genannt (LWL, 2015).

Unter dem Oberbegriff der finanziellen Faktoren als Kooperationshemmnisse findet sich zunächst übergreifend der Verweis darauf, dass die grundsätzlich unterschiedlichen Finanzierungssysteme (vgl. Paul, 2012) zu einer Kostenverschiebung zwischen SGB 12 und SGB 8 (Pietsch & Trost-Brinkhus, 2015) führen können, bzw., dass Vernetzung als Alibi zur Kostenabwälzung genutzt wird (Suess & Hammer, 2010). Im Medizinischen Kinderschutz werden Leistungen im Sinne des SGB 8 erbracht, ohne dass eine Finanzierung möglich ist. Die Festlegung einer angemessenen Vergütung ist ein noch ungeklärter Punkt in der konkreten Ausgestaltung (Bundesärztekammer, 2020). Konkret heißt das, dass Netzwerkarbeit, Kinderschutzarbeit und

intensive Kinderschutzkooperation gewollt und gefordert, jedoch nicht finanziert sind, was für Krankenhäuser eventuell aufgrund der größeren Struktur noch im geringen Maße aufzufangen ist, jedoch spätestens bei Niedergelassenen schnell in deutliche finanzielle Verluste und zu einer Minderung der Patient:Innenversorgung führt (Deutsches Institut für Urbanistik, 2016). Die Option der Erlöserwirtschaftung im Gesundheitswesen durch den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-945 „(Komplex-) Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“, ist seit 2013 möglich. Sie ist noch sehr arbeitsintensiv, da sie durch jedes Krankenhaus individuell zu verhandeln ist und bisher zu Erlösen führt, die den Aufwand nicht decken (Sucherdt, 2020; Schwier et al., 2019). Die praktische Vernetzung für Patient:Innen bzw. Klient:Innen z.B. durch Sprechstunden der Jugendhilfe im Gesundheitswesen und andersherum bedarf einer Finanzierungsmöglichkeit (Brockmann, 2013). Die Notwendigkeit, unabdingbare Strukturen auch durch Gesetze und Verordnungen zu unterstützen, betonen Böwer und Kotthaus (2018) u.a. bei notwendigen Ressourcen für Kinderschutznetzwerke, fachlichen Empfehlungen und weiteren Standards. Aktuell bestehen neben dem Projekt MeKidS.best (Innovationsfondsprojekt MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet) auch in anderen Bereichen (insbesondere der allseits geforderten Netzwerkarbeit) Projektfinanzierungen, die auf Dauer nicht tragfähig sind und daher der Verstärkung bedürfen (Liel & Rademaker, 2020).

Die vorhandenen Systemgrenzen bedingen, dass zentrale Leistungen des medizinischen Sektors zur Vermittlung von Familien mit psychosozialen Hilfebedarf (Gespräche mit der Familie, Teilnahme an Netzwerktreffen, weitere Aufwände für Kooperation) nicht bzw. nicht angemessen vergütet werden (Renner, Scharmanski, van Staa, Neumann & Paul, 2018). Neben strukturellen Merkmalen und Merkmalen in Bezug auf verhandelte Zusatzentgelte berichtet Schwier (2020), dass fast 30% der Fälle ohne jegliche Finanzierung versorgt wurden. Es mangelt an finanziellen oder gleichwertigen Anreizen (fehlende Vergütung, keine Fortbildungspunkte, ...) (u.a. Atzeni et al., 2017; Pietsch & Trost-Brinkhus, 2015). Die Regelfinanzierung für die medizinische Kinderschutzarbeit ist folglich bislang nicht sichergestellt, sodass

trotz einiger Fortschritte häufig sehr individuell improvisiert werden muss (KKG-NRW, 2019; Nickel & Bernhard, 2015).

In der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe sind unterschiedliche Rechtskreise betroffen. Dies spiegelt sich in der (Nicht-) Finanzierung der jeweiligen (teilweise sogar identischer) Leistungen wider. Mit SGB 5, SGB 8, SGB 9, den Krankenkassen sowie den örtlichen und überörtlichen Trägern sind nicht nur mehrere Rechtskreise, sondern auch eine Vielzahl von Instanzen und Akteur:Innen betroffen (Bertsch & Seckinger, 2016; Fegert et al., 2010). Weiterhin sorgen in Deutschland die private und gesetzliche Krankenversicherung für unterschiedliche Versorgung, wie Böllert (2017) neben der grundsätzlichen Struktur der Krankenversicherung darstellt.

### **2.1.2. Erschwerende rechtliche Faktoren**

Die bereits herausgestellten, grundsätzlich unterschiedlichen Rechtskreise (Fegert et al., 2010) wirken sich nicht nur im Rahmen der Vergütung aus. Schweigepflicht als wichtiger Einflussfaktor auf den Vertrauensschutz ist ein oft betonter Faktor nicht gelingender Kooperation bzw. mangelhafter Kommunikation (u.a. DKSB Unna, 2014; Paul, 2012; Fegert et al., 2010). Auch in Bezug auf konkurrierende sozialrechtliche Bestimmungen hinsichtlich der Leistungspflicht verschiedener Träger:Innen, z.B. bei fehlerhaften Abstimmungen durch unterschiedliche Zuständigkeiten der Hilfesysteme für Kinder mit Behinderungen (Bange, 2020; Thyen, 2010) beeinflussen sowohl Ergebnis als auch der Verlauf der Kooperationsbeziehungen nachhaltig. Auf emotionaler Ebene wird beschrieben, dass dieses Strukturdefizit für Unsicherheit von Ärzt:Innen mit wenig Kenntnis im Bundeskinderschutzgesetz (Bühning, 2017) und auch für eine Rechtsunsicherheit hinsichtlich Datenschutzfragen bei niedergelassenen Ärzt:Innen (Paul, 2012) sorgt.

### **2.1.3. Fehlendes Wissen über die Kooperationspartner:Innen**

Kelle und Dahmen (2020) gehen davon aus, dass insbesondere sozialpädagogische Kooperationsbeziehungen eine interprofessionelle und

multiprofessionelle Fallarbeit durch unterschiedliche Bezüge zum Fall und Aufträge im Fall erschweren. Damit Kooperation gelingen kann, bedarf es folglich eines grundsätzlichen Wissens über die Kooperationspartner:Innen und deren Sicht auf den Fall. So ist es möglich einige Hemmnisse der Zusammenarbeit wie unterschiedliche Erwartungen an die Zusammenarbeit Betz et al. (2018) oder unrealistisch hohe Erwartungen an die anderen (Suess & Hammer, 2010) zu vermeiden. In der Praxis sind die Handlungsabläufe, -logiken, Aufgaben und auch Grenzen den Fachkräften der jeweils an der Fallprozessierung beteiligten Institutionen oftmals fremd (u.a. Loch, 2018; van Santen & Seckinger, 2017a; Pietsch & Trost-Brinkhus, 2015; DKSB Unna, 2014). Dieses fehlende Wissen kann dann folglich dafür sorgen, dass Akteur:Innen in verschiedenen Handlungsfeldern keinen fundierten Zugang dazu haben, was die anderen leisten können und wie sie arbeiten (Pluto, van Santen & Seckinger, 2001). So entstehen unrealistisch hohe Erwartungen an die jeweils andere Profession, die dann in der Realität zwangsläufig enttäuscht werden (Künster et al., 2010b), wie zum Beispiel bei Empfehlungen des Gesundheitswesens an die Jugendhilfe, die diese nicht vorhält (Loch, 2018). Es existiert ein fehlendes gegenseitiges Verständnis (Atzeni et al., 2017), das sich bis hin zu grundsätzlich unterschiedlichen Aufträgen erstrecken kann (Fegert et al., 2010). Als eine mögliche Begründung für das fehlende Wissen im Gesundheitswesen nennt u.a. Paul (2012) eine fehlende Integration von Wissen über andere Hilfesysteme in der ärztlichen Ausbildung. Teilweise sind Zuständigkeiten vor Ort noch nicht geregelt oder den Akteur:Innen des Gesundheitswesens zumindest nicht bekannt (Bertsch & Seckinger, 2016). Den Systemgrenzen wird an dieser Stelle wenig Rechnung getragen, es besteht eine wechselseitige Unkenntnis und die gegenseitigen Erwartungen können sowohl überzogen sein als auch wichtige Handlungsoptionen der Kooperationspartner:Innen außer Acht lassen (Leitner et al., 2014).

#### **2.1.4 Fehlende Kooperationsvorgaben**

Grundsätzlich werden fehlende schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendämtern und Kliniken als Hemmnis angesehen (LWL, 2015).



Im Detail seien an dieser Stelle fehlende verbindliche Verfahrenswege bzw. Vorgehensweisen (u.a. Klatetzki, 2020; Künster et al., 2010b) aber auch klare Regelungen zu Zuständigkeiten insbesondere für Gesundheitseinrichtungen, die mit mehreren Kommunen zusammenarbeiten bemängelt (u.a. KKG-NRW, 2019; Künster et al., 2010b). Gelingende Kooperation ist zumeist noch sehr stark an einzelne Personen gebunden (KKG-NRW, 2019) und bei allen Bemühungen um eine strukturierte Institutionalisierung von Kooperationen durch Kooperationsabsprachen und -verträgen bleibt es schlussendlich immer ein kommunikativer Akt zwischen einzelnen Individuen, durch die Kooperation gelebt und geprägt wird. „Es hängt in einem hohen Maße von den handelnden Personen ab, wie diese Zusammenarbeit im Einzelfall und grundsätzlich funktioniert.“ (KKG-NRW, 2019, S. 2)

#### **2.1.5. Netzwerkdefizite**

Kelle und Dahmen (2020) konstatieren, dass sowohl in Deutschland als auch im Vergleichsland Norwegen verbindliche Netzwerkstrukturen allenthalben gefordert werden und trotz offensichtlich markanter Schwierigkeiten den Stellenwert eines „Allheilmittels“ zuschreiben. Nicht nur in den Jugendämtern und Einrichtungen des Gesundheitswesens, sondern auch in (interprofessionellen) Netzwerken treten strukturelle Hemmnisse auf, die die Kooperationsbeziehungen in diesen Netzwerken negativ beeinflussen. Der oben genannte Mangel an personalen Ressourcen äußert sich zuerst bei der Beteiligung in diesen Netzwerken. Häufig werden Netzwerke mit Vertreter:Innen aus Organisationen bzw. ganzen Berufsständen besetzt (Böwer & Kotthaus 2018). Die Idee, dass diese Einzelmitglieder tatsächlich stellvertretend handeln können, ist in der Praxis nicht umsetzbar aufgrund fehlender Legitimation bzw. organisierter Eingebundenheit von Vertretenden einzelnen Berufsgruppen oder Einrichtungen (van Santen & Seckinger, 2017b). Unklare Rückkopplungsprozesse sowie Verfahren, wie die Vertretungen der Akteur:Innen festgelegt werden, fehlen nicht selten (Kessl et al., 2017).

## **2.2. Prozessuale Kooperationshemmnisse**

Im Prozess, also in der konkreten Umsetzung der Kooperation, wurden bereits vielerlei Hemmnisse identifiziert. Als Oberkategorien lassen sich hier zusammenfassend beschreiben:

- Personale Faktoren
- Defizitärer Umgang mit schriftlichen Grundlagen
- Wahrgenommener Druck
- Fehlendes Arbeiten auf Augenhöhe
- Inkongruente Ziele mit divergierenden konkrete Umsetzungsideen
- Defizitärer Umgang mit Veränderungsnotwendigkeiten
- Fehlende Transparenz über Handlungslogiken
- Sich ausprägende Unterschiede in Sprache, Sozialisation und Selbstverständnis

Diese Oberkategorien werden nachfolgend inhaltlich vertiefend betrachtet.

### **2.2.1. Personale Faktoren**

Als kooperationshemmende Faktoren, die in den handelnden Personen begründet sind und die sich im Prozess auf das konkrete Handeln auswirken, wurde bereits ein breites Spektrum identifiziert und beschrieben. Hier ist zunächst fehlende personale Bereitschaft zur Kooperation zu nennen, also sich mehr oder weniger explizit zu weigern, an kooperativen Prozessen teilzunehmen (z.B. Atzeni et al., 2017; Thole et al., 2012). Weiterhin gibt es Personen, die aus Sorge vor oder bedingt durch hohe Arbeitsbelastung in ihrem Kooperationshandeln gehemmt sind (u.a. Althoff, 2012; Seckinger, 2008). Einige personale Hemmnisse stehen in einem sehr engen Zusammenhang mit organisationalen strukturellen Faktoren. So wird teilweise Kooperation nicht als integraler Bestandteil des institutionellen Handelns begriffen (Böwer & Kotthaus, 2018) oder aufgrund von Ressourcenmangel treten Frustration und Enttäuschung auf (Fegert et al., 2010). Das Thema des Selbstbewusstseins, in der ureigenen Bedeutung sich seiner selbst (und seines

Systems) bewusst zu sein, spielt ebenfalls eine größere Rolle in der Kooperation unter anderem in Bezug auf folgende Punkte:

- Schwierigkeiten, die eigenen Kernkompetenzen zu identifizieren und nach ihnen zu handeln (Suess & Hammer, 2010);
- mangelnde Wahrnehmung eigener Kompetenzen (Atzeni et al., 2017);
- keine realistische Einschätzung der eigenen Stärken und Schwächen (Suess & Hammer, 2010),
- fehlende Selbstreflexion des Helfer:Innensystems (Köhn, 2012);
- Ausblenden der eigenen Affekte auf der Seite der Professionellen (Köhn, 2012).

Teilweise sind jedoch die eigenen Pflichten im Kinderschutz nur mangelhaft bekannt (DKSB Unna, 2014). Auf der anderen Seite ist eine fehlende Bereitschaft zur Perspektivübernahme und Offenheit ein hemmender Faktor ebenso wie mangelnde Eigeninitiative (Atzeni et al., 2017). Jungmann (2004) beschreibt Kooperationsfehler insbesondere in Bezug auf die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und verweist dabei zusätzlich auf die Schwierigkeit, die entsteht, wenn Kooperationsabsprachen auf Fallebene nicht durch intrainstitutionelle Absprachen gesichert getroffen werden können oder im Nachhinein verändert werden.

### **2.2.2. Defizitärer Austausch**

Wenn in kooperativen Handlungen der Informationsaustausch mangelhaft ist, so ist dies sicherlich als gewichtiges Kooperationshemmnis zu verstehen (u.a. Klatetzki, 2020; Atzeni et al., 2017). Neben der rein formalen Leistung der intrainstitutionellen Vorarbeit, erschweren unzureichende Dokumentation (DKSB Unna, 2014) und weitere Aspekte den Austausch. Ein zu viel an Informationen verhindert eine zielgerichtete Entscheidungsfindung und kann Überlastungen bis hin zur Entscheidungsunfähigkeit induzieren (Kelle & Dahmen, 2020). Teilweise wird zunächst rein subjektiv der Informationsfluss als zu spät bzw. zu lückenhaft wahrgenommen (LWL, 2015). Da der Informationsfluss in aller Regel zunehmend mehrdirektional gedacht und legislativ u.a. durch die Novellierung des SGB 8 und des Landeskinderschutzgesetzes NRW gefordert wird, sind die bereits

beschriebenen Hemmnisse fehlender Rückmeldung nach erfolgter Fallübergabe (LWL, 2015) oder schon die Erwartung, dass es aus der Jugendhilfe keine Rückmeldung nach Überleitung gibt (Renner et al., 2018), als Hemmnisse des Kooperationsprozesses zu sehen.

### **2.2.3. Wahrgenommener öffentlicher Druck**

Insbesondere in Kinderschutzfällen wird schnell ein mediales bzw. insgesamt öffentliches Interesse erzeugt bzw. wahrgenommen. Dass der ASD durch eine starke öffentliche Wahrnehmung immer wieder mit Herausforderungen konfrontiert ist, beschreiben auch Birkner und Lippmann (2018) anhand des ASD in Dresden deutlich. Von einem hohen Druck von außen sind sowohl die Jugendämter betroffen, die durch einen hohen Druck der Öffentlichkeit und eine kritische Bewertung der Jugendämter unterstehen (Seckinger, 2008), als auch die Kooperationspartner:Innen im Gesundheitswesen, da viele medizinische Entscheidungen nach wie vor in der alleinigen Verantwortung der ärztlichen Profession verorten (bzw. so wahrgenommen werden) (Atzeni et al., 2017) mit einer Erwartung, dass Ärzt:Innen eine sofortige Entscheidung treffen (Bühning, 2017).

### **2.2.4. Fehlendes Arbeiten auf Augenhöhe**

In der Kooperation sind sowohl eine Zugewandtheit als auch eine gewisse Abgrenzung notwendig. Schnell kommt es hier jedoch zu Übergriffigkeiten, in denen den jeweiligen Kooperationspartner:Innen ihre Fachlichkeit bzw. deren originäre Aufgabe abgesprochen wird (u.a. Atzeni et al., 2017; Pietsch & Trost-Brinkhus, 2015; LWL, 2015; Wetschka, 2012).

Versucht bzw. befürchtet wird, dass durch dominantes Verhalten eine der beteiligten Institutionen bzw. deren handelnde Personen die Oberhand in der Kooperation gewinnt (Ziegenhain et al., 2010; Ziegenhain & Fegert, 2009 in Künster et al., 2010b). Auch der Umgang mit der Wahrnehmung gegenseitiger Aufgabenzuweisung durch die Kooperationspartner:Innen führt zu Schnittstellenproblemen, wie einer gefühlten Nachrangigkeit als

Ausführungsorgan, die bei den Jugendämtern in Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen (in der hier zitierten Literatur insbesondere mit dem Gesundheitsamt) zu Verstimmungen führte. In diesem Kontext wird nicht nur Fachlichkeit abgesprochen, sondern eine wie auch immer wahrgenommene oder formulierte Hierarchie, ein Kompetenzgerangel bzw. Konkurrenzdenken erschwert die Kooperation auf Augenhöhe (DKSB Unna, 2014; Althoff, 2012; Paul 2012, Schroeder, 2009). Ganz besonders kritisch für Kooperationen sind in diesem Kontext diejenigen Handlungen, die in der Form von Ungleichheiten durch Macht und Weisungsbefugnis (Schroeder, 2009) in der Praxis zum Beispiel in Richtung der Jugendhilfe diese als nachrangiges Ausführungsorgan für das Gesundheitsamt und als Kontrollinstanz gegenüber den Familien darstellen (Franzheld, 2017b). Dergleichen verhält es sich, wenn den Familien gegenüber unabgestimmte Arten der Hilfe und nicht die Bedarfe in den fachlichen Empfehlungen durch die Kliniken präsentiert werden (LWL, 2015) und somit das Jugendamt unter Druck gesetzt bzw. der Erfolg der Hilfe gefährdet wird. Auch in Richtung der Einrichtungen des Gesundheitswesens hemmen kritische Bewertungen des ASD bzgl. der Hilfeideen, die von anderen Einrichtungen entwickelt werden, die Kooperation und deren Ergebnisse (Tenhaken, 2015).

### **2.2.5. Inkongruente Ziele mit divergierenden konkreten Umsetzungsideen**

Die Definition des Kooperationsbegriffs, die bereits vorangestellt wurde, thematisiert deutlich, dass es einer „geteilten oder sich überschneidenden Zielsetzung“ bedarf (van Santen & Seckinger, 2003). Fehlt diese basale Anforderung, entsteht folglich ein Kooperationshemmnis. Neben der allgemeinen Schwierigkeit, die im- oder explizit unterschiedliche Ziele (Klatetzki, 2020; Seckinger & van Santen, 2017a) haben, zeigt sich häufig bereits bei der Definition des Problemverständnisses, dass divergierende Meinungen die Kooperation hemmen (u.a. Klatetzki, 2020; Thyen, 2010). Im Kontakt zwischen Beschäftigten aus unterschiedlichen Bereichen führt die Unkenntnis der Methoden, Interventionen und Handlungsperspektiven dazu, dass das Gegenüber als unverständlich, anmaßend und insbesondere inkompetent bewertet wird (Armbruster & Bartels, 2005). Da es nicht so ist, dass Kooperationshemmnisse lediglich zwischen den kooperierenden Einrichtungen entstehen, zählen zu den

divergierenden Sichtweisen auch unterschiedliche Ideen in Bezug auf die Einbeziehung weiterer Parteien. Ein fehlendes Einbeziehen der Kinder und der Familie in die Behandlung (Brockmann & Lenz, 2010) könnte jedoch ebenso wie wenig Aktivität im Familiensystem dazu führen, dass die Helfer:Innensysteme besonders aktiv werden und stellvertretend eine Verstrickung bzw. eine Reinszenierung der familialen Probleme im Helfersystem induzieren (Köhn, 2012). Verstärkt wird die oben beschriebene Schwierigkeit der inkongruenten Ziele auch, wenn nicht nur zwischen den professionellen Institutionen, sondern über die Vermittlung widersprüchlicher bis gegensätzlicher Arbeitsaufträge an Dritte (bspw. die Eltern), diese Divergenzen nach außen getragen werden (Loch, 2018).

#### **2.2.6. Defizitärer Umgang mit Veränderungsnotwendigkeiten**

Organisationen sind keine statischen Gebilde, sondern befinden sich ebenso wie Rahmenbedingungen z.B. legislativer oder soziodemographischer Art, kontinuierlich in Veränderung. „Interorganisationale Kooperation ist somit eine notorisch fragile Angelegenheit.“(Turba, 2020, S. 134) In Kooperationskontexten bedarf es daher mitunter eines suffizienten Umgangs mit diesen Veränderungsnotwendigkeiten, damit keine Hemmnisse wie die nachstehend identifizierten entstehen. Im Zeitverlauf können sich Interessenlagen verändern und ehemals unterschiedliche Organisationen können langfristig sogar miteinander verschmelzen (Kelle & Dahmen, 2020). In der Regel geht es bei Veränderungsnotwendigkeiten um direkte Anforderungen von Dritten, z.B. dadurch, dass den Kooperationspartner:Innen andere Aufgaben zugeschrieben werden, was eine erneute Überarbeitung der existierenden Grenzen zwischen den Organisationen bedingt (siehe BMFSFJ, 2013, S. 253). Weiterhin erfordern Gebiets- und Zuständigkeitsreformen oftmals neu zu strukturierende Kooperationskontakte (Böwer, 2012). Eine inhaltliche Notwendigkeit ergibt sich im Kinderschutz schon allein deswegen, weil der Kinderschutz an sich soziokulturell starken Veränderungen unterliegt (Brandhorst, 2015).

### 2.2.7. Ausprägende Unterschiede in Sprache, Sozialisation und Selbstverständnis

Van Santen und Seckinger (2003, S. 29) definieren das kooperative Handeln „in Abstimmung der Beteiligten“ und legen auch fest, dass die Beteiligten eine Zusammenarbeit als Intention mit in den Kooperationsprozess einbringen.

Für diese Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der öffentlichen Jugendhilfe ist eine gute Verständigung durch unterschiedliche Sprachen bzw. unterschiedliche fachliche Sprachcodes oftmals erschwert (u.a. Loch, 2018; Bühring, 2017; Bertsch & Seckinger, 2016; LWL, 2015; Leitner et al., 2014; Dreistein, 2001; Ziegenhain et al., 2010).

Solch unterschiedliche Sprachen entspringen der beruflichen Ausbildung, dem beruflichen Kontext inklusive der dort stattfindenden Kontakte, kurz: der beruflichen Sozialisation (u.a. Betz et al., 2018; Suess & Hammer, 2010), welche sich konkret auf das berufliche Selbstverständnis auswirkt (u.a. Paul, 2012; Ziegenhain et al., 2012; Ziegenhain et al., 2010). In mannigfaltiger Nuancierung wird generell gesprochen von

- unterschiedlichen *Kulturen* und *Stammessprachen* (Kelle & Dahmen; 2020),
- einer Verhaftung im eigenen Metier (Althoff, 2012),
- unterschiedlich tradierten Werte in den jeweiligen Berufsgruppen des Sozial- bzw. Gesundheitswesens (Schroeder, 2009),
- unterschiedlichen professionellen Handlungslogiken (Betz et al., 2018),
- unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Denkmodellen (Suess & Hammer, 2010),
- unterschiedlichem beruflichen Selbstverständnis (Fegert et al., 2010)
- berufsgruppenbezogenen oder ressortspezifischen Traditionen (Thyen, 2010).

Wenn sich diese Sozialisation im konkreten Kooperationshandeln auswirkt, so entstehen Kooperationshemmnisse durch unterschiedliche Haltungen, Denk- und Arbeitsstile (Leitner et al., 2014; Thole et al., 2012; Fegert et al., 2010; Armbruster & Bartels, 2005) und statusbetonende Kommunikation (Atzeni et al., 2017). Beispielhaft für die oben angesprochenen Arten der Kommunikation bzw. dahinterstehende Werte sei dieser Aspekt an der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe veranschaulicht:

„Akteure des Gesundheitswesen[s] sind gewohnt, Expertenwissen weiterzugeben, das sich hoher Nachfrage erfreut. Sie diagnostizieren bzw. verschaffen sich im Regelfall schnell einen Überblick und leiten daraus direkte, unmittelbare Maßnahmen ab. Eine Prozessorientierung wie in der Jugendhilfe ist ihnen eher fremd.“ (Geene, 2016, S.5).

### **2.3. Schriftliche Regelungen in der Kooperation zwischen Jugendamt und Gesundheitswesen**

Die förderliche Wirkung schriftlicher Kooperationsabsprachen zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Jugendämtern allgemein scheint unumstritten und ist in Fachkreisen Konsens (u.a. Bundesärztekammer, 2020; DKSB Unna (Hrsg.), 2014; Leitner et al., 2014; Gahleitner et al., 2012; Ader & Klein, 2011). An dieser Stelle soll jedoch der Blick geweitet und intensiviert werden für die spezifischen Anforderungen, Inhalte und Hemmnisse schriftlicher Kooperationsabsprachen zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Jugendämtern. Der Jahresbericht der Kinderschutzkommission NRW (2021) empfiehlt, dass insbesondere hinsichtlich der gegenseitigen Verbindlichkeit die Verfahren kontinuierlich geprüft und weiterentwickelt werden. Auch dies weist tendenziell Richtung schriftlicher Kooperationsabsprachen (Landtag NRW, 2022). Einige grundlegende Erkenntnisse zu schriftlichen Vereinbarungen in der Zusammenarbeit stellten Averbek und Hermans zusammen:

„Kooperationsvereinbarungen zwischen Institutionen sind verbindlich und einzelfallübergreifend mit dem Ziel, alltägliche Reibungspunkte im Einzelfall klar zu regeln. Soll Kooperation zum Nutzen der Familien und Kinder gelingen, müssen die Vereinbarungen „die Alltagsprüfung“ bestehen, dass [sic!] heißt sie müssen bei den handelnden Fachkräften der beteiligten Institutionen bekannt sein und von ihnen gelebt werden. Die Vereinbarungen stellen eine Grundlage der Konfliktklärung dar und werden aufgrund reflektierter Erkenntnisse aller Beteiligten in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben.“ (Averbek & Hermans, 2010, S. 749).

Grundsätzlich waren 2015 in einer Erhebung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in ihren eigenen Kliniken, anderen Kliniken und Jugendämtern die Kliniken zu 64 bzw. 71% und die Jugendämter zu 81% der



Meinung, dass schriftliche Kooperationsabsprachen zwischen Jugendämtern und Kliniken sehr wichtig seien (LWL, 2015). Nicht nur in der Kooperation der Jugendämter in Richtung des Gesundheitswesens, sondern auch in der Kooperation der Jugendämter untereinander besteht in Kinderschutzfällen eine hohe Sinnhaftigkeit darin, Routinen verbindlich abzustimmen, um die Arbeit im Fall, aber auch die fallbearbeitenden Mitarbeitenden abzusichern (Franzheld, 2017b).

Davon ausgehend, dass in beiden Systemen strukturierte Arbeit anhand von Standards, Leitlinien im Gesundheitswesen (siehe u.a. Klomann et al. 2019; Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) und nach Verfahrensstandards im Jugendamt (Matzner, 2017) nicht unbekannt sind, ist anzunehmen, dass auch Absprachen, die über die eigene Einrichtung hinaus wirksam sind, angenommen werden können. Bislang jedoch wird dieses Instrument nur bedingt genutzt. In der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes wird dargestellt, dass Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit bis dato nur in 40,1% der Netzwerke erarbeitet wurden (Bericht Evaluation BKSG, 2015). Eine Verortung auf kommunaler Ebene wird in der Literatur eher präferiert (u.a. Bathke et.al., 2018; Gitter, 2012.) Eine potenzielle Verortung auf der Länderebene sehen Gahleitner et al. (2012) ebenfalls möglich.

Als größter Vorteil einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung wird beschrieben, dass in den oftmals krisenhaften Situationen sicher und abgestimmt gehandelt werden kann und durch eine große Klarheit zwischen den helfenden Systemen das Augenmerk verstärkt auf das Kindeswohl gerichtet sein kann (Leitner et al., 2014).

Konkrete Vereinbarungen zwischen den Fachkräften der beteiligten Disziplinen helfen dabei, ein gemeinsames Bild der komplexen Situationen zu erheben und sicher zu stellen, dass alle Informationen genutzt werden können, z.B. im Rahmen der Gefährdungseinschätzung. Hierbei helfen klar definierte Rollen, Arbeitsaufträge, Kompetenz- und Verantwortungszuschreibungen (Schneider & Gutmann, 2022) sowie Absprachen zu Hierarchien (Tenhaken, 2015).

Inhaltlich bedarf es folglich sowohl der Regelung fallbezogenen als auch einer fallunabhängigen Kooperation, die über eine festzulegende

Kommunikationsstrategie kontinuierlich an alle betroffenen Mitarbeitenden zu kommunizieren ist (Schneider & Guthmann, 2022).

Bei der konkreten Ausgestaltung von Kooperationsverträgen werden folgende Punkte gefordert:

- Konzeption incl. rechtlicher Grundlagen, zeitlichen, räumlichen und fachlichen Ressourcen,
- Strukturgebung durch Zeit- und Personalplanung, Festlegung einer Kommunikationsstruktur,
- Abläufe des konkreten Zusammenwirkens incl. Rückmeldungen, Sichern der Schnittstellen und dem Festlegen gemeinsamer Standards,
- Festlegung von Zielen und deren regelmäßige Überprüfung sowie Weiterentwicklung unter Einbeziehung der interessierten Parteien (auch Klient:innen und Mitarbeitende) (Armbruster & Bartels, 2005).

Regelungen bei Konflikten werden durch Lenz (2010) noch als wichtige Inhalte wirksamer Kooperationsabsprachen (wenn auch in Bezug auf die Zusammenarbeit bei psychisch erkrankten Elternteilen) ergänzt.

Böwer (2012) plädiert dafür möglichst wenige, dafür sehr konkrete Absprachen zwischen ASD und den Partner:Innen zu treffen, damit die spezifischen Gestaltungsmöglichkeiten sich in einem klar beschriebenen Rahmen entfalten können. In Bezug auf die zeitlichen Komponenten solcher Vereinbarungen ist festzuhalten, dass die Erarbeitung unter Einbezug aller Beteiligten einerseits an sich schon, nicht kurzfristig lösbar ist und sich in der konkreten Umsetzung der Vereinbarungen kontinuierlich die Notwendigkeit der Überarbeitung vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen (z.B. rechtlicher Grundlagen) und aufgrund der Rückmeldungen aus der Praxis ergibt (Bathke et al., 2018). Dieser Entstehungsprozess beinhaltet in Bezug auf gegenseitiges Kennenlernen bereits ein großes Potenzial (Schwier, 2019).

Inhaltliche Absprachen zu gegenseitigen Schweigepflichtsentbindungen, die strukturell bei den Patient:Innen und deren Sorgeberechtigten angefragt werden, werden als Unterstützung der Kooperation gesehen und sollten daher auch in Kooperationsvereinbarungen thematisiert werden (Brockmann & Lenz, 2010). Wie an anderer Stelle thematisiert, werden diese Kooperationsvereinbarungen i.d.R. auf regionaler oder lokaler Ebene

beschlossen, wodurch die jeweiligen Inhalte mit beeinflusst, erweitert oder konkretisiert werden können.

Wie andere Instrumente der Kooperation (siehe z.B. Netzwerkarbeit), sind auch Kooperationsvereinbarungen mit Umsetzungsproblemen behaftet, die teilweise sogar interinstitutionelle Kooperation verhindern (vgl. Brockmann & Lenz, 2010). Diese Herausforderungen sorgen vermutlich mit dafür, dass schriftliche Kooperationsverträge noch längst kein Standard in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen sind, wie Armbruster und Bartels (2005) feststellen. Weitere Veröffentlichungen fokussieren bestimmte Herausforderungen, von denen einzelne hier betrachtet werden sollen. Einige Herausforderungen entstehen bereits durch die Strukturen der Kooperationspartner:Innen, denn Herausforderungen für die Entwicklung und Einführung von formalen Kooperationsabsprachen und damit auch vergebenen Chancen der Steuerung und Kontrolle entstehen durch die Versäulung von Ressorts, wodurch kooperative Bemühungen erschwert werden (Gahleitner et al., 2012). Wenn es dann zur Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen gekommen ist, so ist festzustellen, dass diese Regelungen durch eine Vielzahl an schriftlichen Regelungen immer die Aufgabe beinhalten, dass diese durchgesetzt und bekannt gemacht werden müssen, so dass diese eine Anlaufzeit benötigen (Böwer, 2012). In der Praxis, die Bertsch und Seckinger stark in die Erhebung zum Bundeskinderschutzgesetz eingebunden haben, wird partiell von vorhandenen Kooperationsvereinbarungen berichtet, jedoch entfalten diese aufgrund fehlender Weiterentwicklungen bzw. aufgrund von Alltagsferne ihr Potenzial nur bedingt (Bertsch & Seckinger, 2016). Eine große Herausforderung stellt dar, dass die Kooperationsvereinbarungen einerseits eine Struktur bieten sollen, diese jedoch ohne Einschränkung der eigenen Arbeit, so fordern es die Fachkräfte bei den Interviews zur Evaluation der Wirkung des Bundeskinderschutzgesetzes (Bertsch & Seckinger, 2016). Selbst bei einem hohen Grad der Standardisierung in der Sozialen Arbeit wird schlussendlich professionelles Handeln in diesem Bereich immer durch Individualität geprägt sein und keiner kausalen Herstellungslogik folgen, da die Standardisierbarkeit sehr begrenzt ist. Die Prozessabläufe und die Koordination des Zusammenspiels verschiedener Hilfen ist unterdessen

steuerbar. Wenngleich Organisationen miteinander eine Kooperation eingehen und Sozialarbeitende organisational eingebunden sind, so bedarf es doch einer regelmäßigen Reflexion des individuellen Handelns in diesem Rahmen, damit Verantwortung kollektiv getragen werden kann (Böwer & Kotthaus, 2018). Kooperationsverträge werden zunehmend als Instrument in der Kooperation eingesetzt, jedoch wird auch davor gewarnt, diesen schriftlichen Absprachen zu viel Bedeutung beizumessen, da es häufig bei strukturellen Absprachen bleibe, eine gemeinsame Weiterentwicklung, die dann im Prozess tragfähige Handlungssicherheit liefere, bleibe jedoch oft aus (Tenhaken, 2015).

Dass insbesondere der Punkt der Durchdringung notwendiger Bearbeitung bedarf, verdeutlicht eine Erhebung in Jugendämtern und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, die u.a. zu dem Ergebnis kommt, dass besonders hohe Zustimmung aus den beteiligten Gruppen (zwischen 73% und 86%) zu der Fragestellung der Entwicklung von Strategien kam, damit allen Fachkräften die Inhalte von Kooperationsvereinbarungen bekannt sind (LWL, 2015). Wie auch immer Strukturen gestaltet seien mögen, insbesondere im Kinderschutz sind Abweichungen von der Norm stets möglich. „Ein Blick in den Alltag des ASD spricht für Regelwerke und Strukturen, die einerseits Halt und Orientierung geben, andererseits aber auch fallorientierte Flexibilität erlauben.“ (Böwer & Kotthaus, 2018, S. 89).

In einzelnen Projekten (hier: Hannover) wird deutlich, wie komplex allein Netzwerke im Kinderschutz zu steuern sind. Dort wurden Kooperationsvereinbarungen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, mit einem Kinder- und Jugendkrankenhaus, sowie Leitlinien zur Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst erarbeitet und teilweise auch evaluiert (Amme, 2015). Kooperationsvereinbarungen sind somit sowohl inhaltlich als auch quantitativ und in der Innen- als auch Außenkommunikation höchst anspruchsvoll und lebendig. Beispielhaft werden Entstehen und Ausgestaltung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe bei Nagy, Blütgen, Leitner, Troalic und Bock (2014) beschrieben.

In einer Bewertung der Kooperation zieht Renner (2010) ein deutlich ernüchterndes Fazit und berichtet aus der Erhebung bei den Projektleitungen

in Modellprojekten der *Frühen Hilfen*, dass dort die Kooperation mit Akteur:Innen des Gesundheitssystems fast durchgängig negativ beurteilt wurde. Insbesondere niedergelassene Gynäkolog:Innen und niedergelassene Kinderärzt:Innen wurden in der Qualität der Kooperation schlecht beurteilt, Hebammen im Durchschnitt etwas besser. Renner (2010) sieht weiterhin ein geringes Eigeninteresse niedergelassener Pädiater:Innen und beschreibt daher, dass kooperationswillige Einrichtungen besonders viele Ressourcen einbringen müssen, um Kooperationsbeziehungen zu pflegen.

„Die Aufrechterhaltung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen [...], Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie Geburtskliniken [...] erfordert deutlich höhere Anstrengungen als die Kooperation mit den anderen potenziellen Partnern.“ (Renner, 2010, S. 5)

In einer Erhebung von Peters (2021) bewerten Kinder- und Jugendpsychiatrien, Notärzt:Innen und Jugendämter interprofessionelle Kooperation als wesentliche Voraussetzung für einen gelingenden Medizinischen Kinderschutz. Als Schwierigkeiten wurden hier benannt: Schwierigkeiten in der fachlichen (33,3%) und organisatorischen (28,6%) Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wißmann et al. (2019) legen dar, dass sich zwar fast drei Viertel der Kinder- und Jugendmediziner:Innen eine enge Kooperation mit den Jugendämtern wünschen, 24% die Interventionen der öffentlichen Jugendhilfe aber gleichzeitig als unzureichend bewerten. Weiterer Kritikpunkt ist eine fehlende Erreichbarkeit der Jugendämter, die 61% der Notärzt:Innen bemängeln (Peters, 2021).

#### **2.4. Spezifische Hemmnisse der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe**

Spezifische Kooperationshemmnisse, die in der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe identifiziert wurden, ergeben sich größtenteils aus den oben allgemein benannten Kooperationshemmnissen, sollen jedoch nicht unerwähnt bleiben, da sie konkrete Auswirkungen auf das

jeweilige Kooperationsverhalten und das Kooperationsergebnis haben können.

Strukturell sind fehlende Informationen z.B. seitens des Gesundheitswesens über die über Angebote der Jugendhilfe (Renner et al., 2018) oder seitens der Jugendhilfe über die Psychopathologie (Brockmann & Lenz, 2010) beschrieben. Weitere spezifische strukturelle Hemmnisse sind u.a. Verständigungsprobleme aufgrund unterschiedlicher theoretischer Orientierungen im Alltag zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe (Martinius et al., 1996) sowie eine fehlende Vernetzung in die Strukturen der Jugendhilfe bei niedergelassenen Ärzt:Innen (Paul, 2012). Franzheld (2017b) sieht Schnittstellenprobleme dort entstehen, wo durch fehlende gemeinsame Leitbilder und Arbeitsaufträge medizinischem und pädagogischem Handeln keine Orientierung gegeben wird. Auch personenbezogene Faktoren wurden dezidiert analysiert, mit den Ergebnissen, dass Vorbehalte niedergelassener Ärzt:Innen gegenüber der Jugendhilfe wahrgenommen werden (Renner et al., 2018). Ebenso werden negative Erwartungen an die Jugendhilfe der niedergelassenen Ärzt:Innen (Paul, 2012) bzw. die Vorteile der Distanz, die der ASD zu den Adressat:Innen hat, seitens des Gesundheitswesens nicht als potenzieller Vorteil bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen wahrgenommen (Tenhaken, 2015). Weiterhin besteht verbreitet die Befürchtung, dass psychisch kranken Eltern vom Jugendamt zu schnell die Erziehungsfähigkeit abgesprochen würde (Brockmann & Lenz, 2010).

## **2.5. Kooperationshemmnisse als Grundlage und Perspektive gelingender Praxis**

Weshalb bedarf es einer derart dezidierten Betrachtung von Kooperationshemmnissen, wenn die Fragestellung des Forschungsprojektes sich doch auf die Faktoren der Inanspruchnahme und damit eher auf die gelingenden Faktoren bezieht? Insbesondere in Kinderschutzfällen ist es oftmals eine Vielzahl von sogenannten Funktionsbereichen der Gesellschaft, mit denen die öffentliche Jugendhilfe in Kontakt tritt. Aufgrund der

mannigfaltigen Einflüsse auf die einzelnen Institutionen und Personen, aber auch auf die Kooperationszusammenhänge ist es ratsam, möglichst wenig eigene Erwartungen an Kooperationspartner:Innen zu formulieren, da die Gefahr besteht, dass diese selbstkreierten Erwartungen durch andere Einrichtungen nicht erfüllbar sind (DJI, 2006).

Immer mehr rückt der Begriff des risikobasierten Denkens in den Mittelpunkt des Handelns, sowohl im Gesundheitswesen, aber auch im Sozialwesen und fordert die Handelnden auf, auch Management- und Organisationsrisiken z.B. in der Steuerung von Einrichtungen und Beurteilung von externen Risiken durch Veränderungen des Umfeldes zu identifizieren und diese zu bearbeiten (Hensen, 2016).

Wichtig wird es folglich sein, ein differenzierteres und fundierteres Bild von Kooperationen und ihren Einflussfaktoren zu entwickeln. Böllert (2017) spricht von naivem Kooperationsoptimismus und mahnt, die oben dargestellten Kooperationshemmnisse bewusst wahrzunehmen. Eine vertiefte Kenntnis um die Risiken und Herausforderungen von Kooperationen muss ebenso wie ein ressourcenausgestattetes Kooperationsmanagement ein Element perspektivischer Weiterentwicklung von Kooperationen sein. So können sich verbindliche Verfahrensroutinen in der Kooperation, der in Leistungsgestaltung und Leistungsabwicklung sehr ungleichen Partner:Innen entwickeln bzw. durch die Diskussion dieser Faktoren Gelingensbedingungen herausbilden (Atzeni et al., 2017).

Ob dies durch die Identifikation eines tief verwurzelten und sich nur langsam aufweichenden Standesdenkens bedingt wird, wie u.a. von Helfer (1978) sehr hart formuliert „Es ist die Verantwortung des Arztberufes, die von uns die Führung auf diesem Gebiet verlangt“ bzw. von Kelle und Dahmen (2020), deutlich weicher als Wahrnehmung von Asymmetrien in Machtbeziehungen lokaler Netzwerke beschrieben wird oder ob zeitliche Faktoren wie das Verhältnis von Berufen mit älterer (hier: Ärzt:Innen) zu Berufen mit kürzerer Berufsgeschichte, wie es die Soziale Arbeit betrifft (Frenzke-Kulbach, 2004), ins Feld geführt werden, gilt es zu untersuchen. Klomann und Rätz (2020) beschreiben die Suche nach dem Sozialpädagogischen im Kinderschutz als dringliches Anliegen und kommen zu der Conclusio, dass viele andere

Teilbereiche (die Gerichte, die Polizei...) jeweils Teilbereiche bearbeiten, die tatsächliche Hilfe und Unterstützung jedoch Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe sei.

Meysen et al. (2009) beschreiben unzureichende Kooperation bzw. nicht hinreichende Vernetzung zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe neben Schwierigkeiten in der Einschätzung als zweiten großen Faktor bei der Installation angemessener Hilfen. Der gegenwärtige Stand wird zuweilen noch sehr kritisch gesehen und bezieht weitere wichtige Akteur:Innen mit ein. Im schulischen Bereich trafen Liel und Rademaker (2020) ein nahezu vernichtendes Urteil bzgl. der im 13. Kinder- und Jugendbericht geforderten Zusammenarbeit von Schule, Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen von Gesundheitsförderung. In zehn Jahren sei nahezu keine Entwicklung im Sinne des Kinder- und Jugendberichts wahrzunehmen.

Abschließend nun ein Blick auf den Praxisbezug der entdeckten Kooperationshemmnisse. Der Aufbau und die Pflege von Kooperation ist keine Aufgabe die nebenbei, von allein, von jeder Person und insbesondere nicht ohne vertiefte Kenntnisse geleistet werden kann, denn ohne eine angemessene professionelle institutionelle Verankerung kann weder das Gesundheitswesen noch die Jugendhilfe den Ansprüchen moderner Kooperation gerecht werden (Fischer & Geene, 2017). Die Beteiligten an Kooperationen müssen Ressourcen einsetzen, um sich gute Kooperationen zu leisten, statt unbefriedigende oder sogar risikobehaftete Kooperationen zu riskieren, die die eigenen Mitarbeitenden und Patient:Innen und Klient:Innen demotivieren oder in ihrer Gesundheit gefährden.

Das Problem unterschiedlicher Rechtskreise, das in der formaljuristischen Trennung zwischen SGB 5 und SGB 8 einen Großteil der Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe sieht (vgl. z.B. Bahners, 2020), muss an dieser Stelle deutlich zurückgestellt werden, denn das die oben beschriebenen prozessualen Kooperationshemmnisse wirken, scheint deutlich umfassender, tiefgreifender und schwieriger bearbeitbar zu sein, als die strukturellen Hemmnisse zu denen selbstverständlich die unterschiedlichen Rechtskreise als wichtiger Faktor gehören. Auch ein rückbezügliches Verhalten mit dem Hinweis auf fehlende personale



Ressourcen würde der aktuellen Situation nicht gerecht, da Böwer (2012) in einer Studie aufzeigt, dass trotz knapper zeitlicher Ressourcen fachlicher Austausch innerhalb der ASD als auch mit Externen möglich war.

## **2.6. Faktoren, die Kooperationen positiv beeinflussen**

Bei der Vielzahl beschriebener Herausforderungen und Hemmnisse in der Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist zu betonen, dass Kooperation in der Regel trotz aller Widrigkeiten trotzdem irgendwie gelingt. Die Faktoren, die dieses Gelingen erleichtern und fördern bedürfen ebenfalls einer eingehenden Betrachtung.

Empathie im Sinne der Antizipation des Handelns der Kooperationspartner:Innen wird als ein wichtiger Aspekt gelingender Kooperationsbeziehungen gesehen (Thole et al., 2012; Fegert, Knorr, Künster, Schöllhorn & Ziegenhain, 2010; Suess & Hammer, 2010; Ramb, 1995). Diese Empathie beschreibt eine Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit des Handelns der Kooperationspartner:Innen. Um das sicherstellen zu können, bedarf es weiterer Grundlagen. Die gegenseitige Qualifizierung und Fortbildung, Netzwerkarbeit, Intensivierung der Forschung, angemessene Personal- und Hilferessourcen, Förderung der Partizipation sowie der Aufbau *Früher Hilfen* werden als (nicht abschließend aufgeführte) Faktoren zur Verbesserung des Kinderschutzes gesehen (Suess & Hammer, 2010).

Kenntnisse über Funktionsweisen, Handlungslogiken und Aufgaben der Kooperationspartner:Innen, die spezifisch aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden, sind wichtige Grundlage gelingender Kooperation (Peters, 2021; Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Ebenso wird Kooperation auf Augenhöhe, deren Fehlen ein Kooperationshemmnis ist, erwartbar als förderlicher Faktor gesehen (Wetschke, 2020; Turba, 2019; Loch, 2018; Schneider, 2013; Ziegenhain et al., 2010; Fegert & Schrapper, 2004; LWL, 2002).

Multiprofessionelle Kooperation als Ganzes (Frenzke-Kulbach, 2004), wobei dezidierte Systemkenntnisse in Jugendhilfe, Eingliederungshilfe (SGB 9 und

SGB 12), Gesundheitshilfe, *Frühen Hilfen*, das Vorhandensein von Protagonist:Innen (Kümmernde), eine klare Steuerung sowie das Einbringen von Ressourcen (Pietsch & Trost-Brinkhues, 2015; Fegert & Schrapper, 2004) werden ebenfalls als positiv gestaltende Elemente beschrieben. In der Praxis werden gegenseitige Hospitationen, regionale Arbeitskreise, gegenseitige gemeinsame Fortbildung und Qualifizierung, verlässliche Strukturen, die Einbeziehung aller Beteiligten, geregelte Übergaben, eine Abstimmung der Angebote, eine Clearingstelle sowie der Einbezug in disziplinübergreifende Ausbildung als förderliche Faktoren genannt (Fegert & Schrapper, 2004). Klare Entscheidungsprozesse inkl. Rückmeldeschleifen, sowie Verantwortungsstrukturen stärken die Kooperation auf Dauer in ihrer Fachlichkeit und Handlungsfähigkeit. Wichtig ist, dass es gelingt, Strukturen sowohl für die fallübergreifende Kooperation nach § 3 KKG und in der fallspezifischen Kooperation nach § 4 KKG aufzubauen und aufrechtzuerhalten (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019).

Dass Kooperationen nicht nur potenziell krisenanfällig sind, sondern dass Krisen zur Weiterentwicklung von Kooperationen und damit kontinuierlicher Bestandteil kooperativen Handelns sind, wurde bei der Darstellung der Kooperationshemmnisse bereits deutlich. Averbek und Hermans schlagen hierzu die Installation von Kooperationsmediator:Innen vor, die Konflikte moderieren im Fall und fallübergreifend Ansprechpersonen sowohl den Fallbeteiligten als auch der Institutionsleitung beratend zur Seite zu stehen, was teilweise auch unter dem Begriff einer Clearingstelle subsummiert wird (Averbek & Hermans, 2010; Fegert & Schrapper, 2004). Weitergehend ist eine regelmäßige Evaluation der Kooperation (und zwar nicht nur zwischen den Institutionen, sondern auch bei den betroffenen Familien) ein wichtiges Argument der Qualitätsentwicklung, das zur Steuerung der Prozesse positiv beiträgt (Bathke et al., 2018). Fischer & Geene (2017) fokussieren an dieser Stelle mehr auf das Management der Netzwerke, was die Einbindung der Netzwerkmitglieder, der Aufrechterhaltung der Netzwerkstrukturen und der Arbeit für die Außendarstellung und Transparenz des Netzwerks dient.

Wie bereits dargestellt gibt es identifizierte Kooperationshemmnisse, die durch die handelnden Personen in die Prozesse eingebracht werden. Die Fähigkeit

eigene Befindlichkeiten zu erkennen und diese gegenüber professionellem Handeln zurückzustellen ist folgerichtig ein Faktor, der die Kooperation positiv beeinflusst (Gläss, 2006), wobei auch eine Reflexionsfähigkeit (Loch, 2018) bzw. ganz praktisch die Fähigkeit in verständlicher Form zu dokumentieren (Gläss, 2006), gelingende Kooperation ermöglichen. Neben strukturellen und prozessualen Faktoren, in denen persönliche Ansichten oftmals aufgehen, ist es sicherlich sinnvoll einen kurzen Blick auf die Motivationen zu richten, die sich auf Kooperationen auswirken, da deutlich ist, dass auch persönliche Erwartungen und Einstellungen im Vorfeld an Kooperationsbeziehungen ebendiese und ihr Gelingen prägen können (Kelle & Dahmen, 2020; Liel & Rademaker, 2020; Plafky, 2020; Tenhaken, 2015). Kooperationsbeziehungen müssen sich folglich aus der jeweils individuellen (institutionellen) Sicht lohnen (Gahleitner et al., 2012; Ader & Klein, 2011). Van Santen und Seckinger (2003) stellen einige identifizierte motivationale Aspekte nebeneinander und beschreiben dabei sowohl den Wunsch nach Austausch, Gestaltungsmöglichkeiten, Wissenszuwachs, Darstellung eigener Fähigkeiten und eigenen Handelns als auch private Aspekte (neue Personen kennenzulernen...) als tragend. Zu Konflikten kommt es dann, wenn die jeweiligen Motive zur Kooperation (egal ob institutionell oder persönlich) mit den Zielen ebendieser nicht kompatibel sind (Böwer & Kotthaus, 2018).

## **2.7. Einstellungen und Erwartungen im Medizinischen Kinderschutz**

Kooperation lässt sich nicht nur auf einer Ebene beschreiben, sondern ist eine vielschichtige Anordnung unterschiedlicher Prozesse. Sowohl intrainstitutionelle als auch interinstitutionelle Kooperation, weiterhin der Faktor der jeweils beteiligten Personen sowie der jeweils durch die beteiligten Personen repräsentierten Systeme, scheinen einen Einfluss darauf zu haben, was die Einzelperson sich als Einstellung der Kooperation zwischen Sozial- und Gesundheitswesen an sich, sowie der Erwartungen an die Kooperation und deren konkrete Ergebnisse bzw. Auswirkungen aneignet und somit auch in das Kooperationsgeschehen einbringt. Unterschiedliche Teamstrukturen, Hierarchien, Herangehensweisen zur Falllösung, Arbeitsstrukturen und unterschiedliche berufliche Erfahrungen bewirken nicht selten, dass Bedenken

in Bezug auf Missverständnisse, eine Beeinflussung durch die andere Profession, sowie eine, als unterlegen wahrgenommene, Position in der Zusammenarbeit zu finden sind (Ziegenhain et al., 2010). Insbesondere dann, wenn die Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit aufgrund hoher Komplexität wachsen, sprechen Meysen et al. (2009) von Reibungsverlusten in der Kooperation und deuten darauf hin, dass solche Kooperationen konfliktbehafteter zu sein scheinen, da neben rein fachlichen auch persönliche emotionale Aspekte die Interaktion beeinflussen. „Neben den realen Organisationsstrukturen und Möglichkeiten von Kooperationspartnern dürften aber auch die angesprochenen emotionalen Herausforderungen im Kinderschutz ebenso wie Emotionen und / oder Vorurteile entscheidend zum Gelingen oder aber auch Misslingen von Kooperation und Vernetzung beitragen.“ (Ziegenhain et al., 2010, S. 45)

Selbst innerhalb des Gesundheitswesens wurden in der Vergangenheit unterschiedliche Stränge und Schwierigkeiten herausgearbeitet, insbesondere zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitenden, wobei eine Dekonstruktion der Dominanz des ärztlichen Dienstes in der Medizin, eine zunehmende Professionalisierung der Pflege und eine Zunahme der Zusammenarbeit auf Augenhöhe beschrieben werden (Atzeni et al., 2017). Neben diesen Herausforderungen zwischen den einzelnen Personen, ihren Professionen und der jeweiligen beruflichen Sozialisation, prägen unterschiedliche Kooperationserwartungen und Sichtweisen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen die Kooperationen auch zwischen Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (Ader & Klein, 2011). Als weiteres Merkmal in der spannungsbeladenen Interaktion treten unrealistisch hohe Erwartungen der jeweils anderen Profession gegenüber auf, die dann zwangsläufig enttäuscht werden (Ziegenhain et al., 2010). Durch legislative Unterstützung der Kooperation wie durch den § 8a SGB 8 im Jahr 2005, durch das Bundeskinderschutzgesetz 2012 sowie das KKG wurde auf die Stärkung der gemeinsamen Verantwortungsübernahme hingezielt. Damit die so entstandenen Instrumentarien auch genutzt werden können, sind eine ausgeprägte persönliche Rollenklarheit, eine Transparenz über die Rollen der Beteiligten und eine reflektierte Betrachtung der jeweiligen Zuschreibungen

und Rollenerwartungen notwendig (Klomann, 2010; Böwer & Kotthaus, 2018). Diese Einstellungen, Emotionen und die Organisationskultur nehmen auch auf der Entscheidungsebene Einfluss in Kinderschutzthemen, wie Plafky (2020) anhand der Studien von Benbenishty et al. (2015) sowie O'Connor und Leanard (2014) belegt.

Wie oben dargestellt, schwingt neben der emotionalen Eingebundenheit der beteiligten Personen eine bestimmte mehr oder minder sachlich korrekte Sichtweise über die Aufgaben und Möglichkeiten der anderen beteiligten Personen mit. Neben dem subjektiven Blickwinkel haben alle Organisationen ihren jeweiligen individuellen Auftrag z.B. in Bezug auf die Entdeckung, Beurteilung und dem Anbieten von Hilfen. Hier haben Einrichtungen ein spezielles Wissen ebenso wie spezielle rechtliche Grundlagen (Berthold, 2019). Sozialpädagogische Sichtweisen entsprechen folglich häufig nicht der ärztlichen Sicht, was durch die berufliche Sozialisation, unterschiedliche Rahmenbedingungen sowie differierende Handlungslogiken bedingt ist. Die jeweiligen gegenseitigen Erwartungen werden aufgrund dieser Unterschiede nicht erfüllt (Bertsch & Seckinger, 2016). Eine institutionelle Rahmung der Kooperation scheint also nicht nur für die praktischen Kooperationszusammenhänge, sondern auch für den emotionalen Zugang zur Kooperation bzw. zur Einstellung den Kooperationspartner:Innen gegenüber grundlegend zu sein.

Gemeinsame Erfahrungen beeinflussen die zukünftige Inanspruchnahme. Die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe wird sowohl jugendhilfeseitig als auch ärztlich als schwierig eingeschätzt. Es fehlen sowohl positive Erlebnisse als auch äußere Anreize, um die Kooperation zu intensivieren, fachliche Begleitung der Kooperation zeigt einen positiven Einfluss auf die Kooperationshemmnisse (Liel & Rademaker, 2020). Bei der Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanzen konnte gut beschrieben werden, dass sowohl Ärzt:Innen als auch Jugendämter insgesamt sehr zufrieden mit der dortigen Beratung waren. Nach einer ersten Vorstellung eines Kindes zur körperlichen Untersuchung gaben die Jugendämter an, dass sie bei einem erneuten Fall die Inanspruchnahme wiederholen würden (Dittmann & Raabe, 2017). Hier zeigt sich deutlich, wie ein positiv bewerteter

Kontakt die Chance einer erneuten Inanspruchnahme steigert. So können beispielsweise die unterschiedlichen Codes, die in den jeweiligen Institutionen zur Verständigung genutzt werden, in gemeinsamen Treffen mit unterschiedlichen Akteur:Innen des Gesundheitswesens der Jugendhilfe bekannt werden (BMFSFJ, 2015). Kinderschutzgruppen an Kliniken berichten von teilweise lang andauernder und guter Zusammenarbeit aus Sicht des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe (Bertsch & Seckinger, 2016). In der Netzwerkarbeit scheint es einen Effekt zu geben, der die Schwierigkeiten fachlicher Art in den Schatten stellt, nämlich die Installierung informeller Kommunikationswege, die dann genutzt werden, um pragmatisch niedrigschwellig in den Austausch zu kommen und Strukturen aktiv gestalten zu können (Kelle & Dahmen, 2020).

### **2.7.1. Wahrnehmung und Umsetzung der Fallverantwortung**

Eine Letztverantwortung im Sinne des Wächteramtes zeigt sich strukturell in den Aufgaben des ASD. Dieser beansprucht diese Letztverantwortlichkeit als Alleinstellungsmerkmal für sich, wie Böwer (2012) in seiner Studie aus Interviews beschreibt. Daraus resultierend erwächst jedoch, dass weitergehende Einbindungen anderer Institutionen sehr kritisch gesehen werden, u.a. aus dem Grunde, dass das Alleinstellungsmerkmal des ASD damit weniger erkennbar wird und die Trennschärfe leidet. Mitarbeitende im Gesundheitswesen stehen an der Stelle im Fallverlauf, in der das Jugendamt hinzugezogen wird, einer inhaltlich einschneidenden Herausforderung gegenüber. Es geht nämlich an dieser Stelle nicht um die auftragshafte Abarbeitung der Intention, die aus dem Gesundheitswesen an das Jugendamt herangetragen wurde, sondern das Jugendamt steht mit seiner eigenen Fachlichkeit und der Verantwortung eigene Entscheidungen herbeizuführen in einem anderen Rechtskreis und dies birgt Konfliktpotenzial, da die Steuerung der Prozesse im Jugendamt nicht durch das Gesundheitswesen zu beeinflussen ist (Meysen et al., 2009).

Ader und Klein (2011) beschreiben, dass es andersherum zu einer schwierigen Situation bzgl. der Verantwortungswahrnehmung kommen kann, nämlich indem die Mitarbeitenden beider beteiligter Organisationen die

Verantwortung für den Fall nicht übernehmen bzw. abgeben wollen. Wenn die jeweils andere Seite dies zurückweist, entstehen schwierige und für die beteiligten Kinder sehr gefährliche Situationen des Verantwortungsvakuums. Bei multiplen beteiligten Akteur:Innen, z.B. innerhalb der Gefährdungseinschätzung oder bei Entscheidungsprozessen wird von Mitarbeitenden im ASD durch den Gesetzgeber zunehmend ein gegenseitiger Einbezug in Kinderschutzfälle erwartet. Durch diese Offenheit untereinander und die Falltransparenz entstehen Kenntnisse über nicht optimal verlaufende Fälle, die ebenfalls ein Spannungsverhältnis begründen können (Kelle & Dahmen, 2020). Bei unklarer Verantwortung für einzelne Aufgaben zwischen den Kooperationspartner:Innen entsteht ein Gefühl der Unzufriedenheit, was insgesamt zu einer negativen Bewertung der Kooperation führt (Tenhaken, 2015).

### **2.7.2. Wirkung des subjektiven Handelns einzelner Beteiligter**

Während Meysen et al. (2009) beschreiben, dass die tradierten und persönlichen Erfahrungen der Ärzt:Innen die Annäherung an das Jugendamt erschweren, weil ein Verlust der eigenen Autonomie im Prozess der Hilfestellung erlebt wird, beschreiben Bertsch und Seckinger (2016), dass diejenigen Fachkräfte im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, die sich selbst eine höhere Expertise im Kinderschutz zusprechen, als arrogant wahrgenommen werden. Die aufgestellten Erwartungen werden also nicht erfüllt, sondern den beteiligten Fachkräften wird unzureichende Kompetenz im Kinderschutz zugeschrieben. So sind beispielsweise Fachärzt:Innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eher der Meinung, dass die Mitarbeitenden im Jugendamt sich stärker an den Empfehlungen der Psychiatrie orientieren sollten (Bertsch & Seckinger, 2016).

Zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Jugendhilfe zeigen sich ebenso Ambivalenzen, bei denen Unterstellungen, gegenseitige Abwertung der Arbeit, sowie die Ablehnung der jeweils durch das andere System zugeschriebenen Verantwortung als maßgebliche Schwierigkeiten identifiziert wurden. Ausgelöst wird die Ambivalenz dadurch, dass die Einsicht anerkannt ist, dass eine gelingende Zusammenarbeit der Disziplinen

maßgeblich ist (Ader & Klein, 2011). Wirth (2016) und Denner (2016) nahmen sich der Analyse der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe an und beleuchteten diese aus unterschiedlichen Blickwinkeln, nämlich der des Landesjugendamtes und der der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Beide beschrieben deutlich, dass die Kooperationsbemühungen beidseitig gewollt sind und strukturell unterstützt werden müssen, damit diese wirksam werden können. Weber und Eschweiler (2017) nehmen aus ihrer Perspektive, der der Landesjugendämter in NRW, Stellung und postulieren kontinuierliche Weiterentwicklungsnotwendigkeit und erkennen Entwicklungsschritte im Kinderschutz. Wenn Einrichtungen im Rahmen der Herstellung höherer Transparenz der kooperierenden Einrichtung im Zuge von Wissensvermittlung bemüht sind Abläufe im Kinderschutz zu erklären, so wird dieses Verhalten tendenziell als anmaßend empfunden (Kelle & Dahmen, 2020).

### **2.7.3. Lösungsansätze für gelingende Kooperation**

Um die oben skizzierten Herausforderungen zu bewältigen, bedarf es auf unterschiedlichsten Ebenen Entwicklungen, die die Kooperationen stärken und teilweise auf neue Füße stellen, mit dem Ziel keine impliziten wechselseitig überhöhten oder herabsetzenden Erwartungen zu haben, sondern sich gegenseitig auf sprachlicher Ebene, aber auch in ineinandergreifenden Denk- und Arbeitsstilen zu unterstützen. Hierzu sind profilierte Konzepte, Kenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Arbeit und der Arbeit des anderen, die Fähigkeit eines Perspektivenwechsels, die Bereitschaft zur kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe, die Akzeptanz von Unterschieden der Systeme und Personen sowie die Erarbeitung gemeinsamer Grundlagen und Werte entscheidend (Böllert, 2017). Auch die oben angesprochenen Kenntnisse und Sichtweisen bedürfen einer gemeinsamen konsensuellen Erarbeitung und sollten nicht besserwissend den Kooperationspartner:Innen gegenüber erläutert werden (Kelle & Dahmen, 2020). Solche interprofessionellen Projekte müssen durch eine interprofessionelle Begleitgruppe gestützt werden, damit Ängste reduziert werden und Vorbehalte schon in der Aus- und Weiterbildung minimiert werden können (Schroeder, 2009). In der fallbezogenen Zusammenarbeit gilt es dann,



gemeinsame Strukturen zu erarbeiten, die weniger stark situations-, einrichtungs- und personenabhängig sind, sondern ein eingeübtes Procedere über den Einzelfall hinaus darstellen. Langfristig geplante Verlegungen und Übergaben sowie das Entwickeln einer gemeinsamen Sprache können hierfür einen guten Rahmen schaffen (Fegert & Schrapper, 2004).

Nach diesem groben Abriss der bereits identifizierten Faktoren, die die gegenseitige Einstellung und die gegenseitige Erwartungshaltung beschreiben, kann man schlussfolgern, dass ein ausgewogenes Wechselspiel zwischen der klaren Abgrenzung und der Behauptung individueller Möglichkeiten und Grenzen, sowie der gemeinsamen Erarbeitung eines Mindestmaßes gemeinsamer Überzeugungen und Zielen grundlegend ist (Ader & Klein, 2011). Bei scheinbar sehr gut etablierten Kooperationspartner:Innen bedarf es kritischer (Selbst-)Reflexion der Sozialen Arbeit, um die eigenen Positionen in diesen Aushandlungsprozessen behaupten zu können (Sommer & Thiessen, 2020). Um die oben angesprochene Transparenz und potenzielle Verantwortungsdiffusion für die beteiligten Organisationen herzustellen, bedarf es der gegenseitigen Erwartungskklärung sowie einer Zuordnung der Fallverantwortung trotz gemeinsamer Verantwortungsübernahme (Tenhaken, 2015). Auf Grundlage dieses reflektierten Selbstbewusstseins und gemeinsamer Ziele wird dann fallspezifisch weitergearbeitet und werden individuelle Absprachen getroffen, Aufgaben verteilt und Verantwortungen klar zugeordnet. Fallübergreifende Entwicklungen wie Standards, Haltungen, Wertschätzung und die Bereitschaft zur weiteren Kooperation entwickelt sich aus positiven Erfahrungen im Kooperationskontext (Künstler, 2010). Um dann aus schwierigen Verläufen zu lernen, bedarf es der gegenseitigen Rückmeldung, auch in Form von Beschwerden. Hierbei können die vier Beschwerdezufriedenheitsdimensionen (Zugänglichkeit, Interaktionsqualität, Reaktionsschnelligkeit und Angemessenheit / Fairness des Ergebnisses) erste Anhaltspunkte sein, um Rückmeldungen und deren Bearbeitung einschätzen und nutzbar machen zu können (Stauss & Seidel, 2002). Durch diese Schritte kann Kooperation auf Augenhöhe entstehen, die Bevormundung, Widerstand, gegenseitiges

Vorschreiben und Unterstellen, sowie Überheblichkeiten hinter sich lässt und alle Beteiligten kontinuierlich aufeinander zu bewegt (Meysen et al., 2009).

## **2.8. Netzwerke**

Spätestens seit den 1990er Jahren werden im Zuge der Selbstorganisation Netzwerke im Sozial- und Gesundheitswesen als Arbeitsprinzip verstärkt eingesetzt (Liel & Rademaker, 2020). Mittlerweile sind Netzwerke etabliert und teilweise auch gesetzlich normiert, so dass interinstitutionelle Arbeit immer selbstverständlicher geworden ist, wobei die so gemachten Erfahrungen auch für eine Desillusionierung in Bezug auf die Potenziale der Netzwerkarbeit sorgen können (Fischer & Geene, 2017).

In Abgrenzung zur Kooperation stellt eine Vernetzung eine sich verselbständigte verstärkte Zusammenarbeit dar.

„Vernetzung wird verstanden als Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer Struktur, die der Förderung von kooperativen Arrangements unterschiedlicher Personen oder Institutionen dienlich ist.“  
(Lenz, 2010, S. 42)

Eine von Kelle und Dahmen (2020) bemühte Definition betont noch mehr die gegenseitige Abhängigkeit der Beteiligten, hinterfragt jedoch auch deutlich, ob solche idealtypischen Netzwerke im Kontext von Konkurrenz, Macht und Hierarchie überhaupt realistisch sind.

In Abgrenzung zu Kooperation und Koordination geht Vernetzung darüber hinaus und entwickelt Strukturen, die Kooperationen zwischen Personen und Institutionen zukünftig sicherstellen, was in der Regel erst nach einem längeren Prozess gelingen kann (Kindler et al., 2006). Unter Netzwerken lassen sich als dauerhafte und gering formalisierte Beziehungsstrukturen verstehen. Sie dienen als analytische Kategorie, „um soziale Beziehungsstrukturen über klar abgrenzbare soziale Gebilde hinaus zu untersuchen“ (Wegmann & Zimmermann, 2001, S. 251). Mehr durch die Struktur als durch das Ziel nähert sich diese Definition: „Netzwerke sind

definiert als eine durch Beziehungen eines bestimmten Typus verbundene Menge an sozialen Einheiten, wie Personen, Positionen, Organisationen.“ (Ziegenhain et al., 2010, S. 54) In Bezug auf die Arbeitsweise nähert sich eine weitere Beschreibung der Ziele der Netzwerke. Diese seien als „ein kooperatives Zusammenspiel der relevanten Akteure zu fördern“, um Hilfeprozesse mittels einer bedarfsorientierten Initiierung von Kooperationen zu optimieren (Lohmann, Lenzmann, Bastian, Böttcher & Ziegler, 2010, S. 197) Netzwerken von Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen wird sowohl eine zunehmende Bedeutung zugeschrieben als auch ein Vertrauen in die Arbeit von Netzwerken beigemessen, wie die Erhebung vom Fischer und Geene (2017) zeigt. In Netzwerken sind folglich nicht nur gemeinsame Ziele, sondern auch wechselseitige Beziehungen, Vertrauen, Verlässlichkeit, Macht und Hierarchien wichtige Elemente, die zu regeln und zu beachten sind (Fischer & Geene, 2017).

Als Paradoxie in der Netzwerkarbeit wird beschrieben, dass die Akteur:Innen durch die jeweils von ihnen vertretene Institution und deren Stellung im Kinderschutz eine grundlegend fest determinierte Stellung haben, andererseits jedoch sowohl die persönliche Motivation und die Reaktion auf dynamische Lagen wie die Veränderung gesetzlicher Grundlagen immer wieder eine neue Ausbalancierung dieser Struktur erfordert. Netzwerke haben folglich sowohl Prozesse, die *top-down* verlaufen, z.B. bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, andererseits aber auch *bottom-up-Prozesse*, die individuell motiviert sind und von Einzelnen in das Netzwerk getragen werden (Ziegenhain et al., 2010). Es besteht hierbei die Gefahr, dass strukturelle Inhalte derart im Vordergrund stehen, dass die eigentliche Gestaltung der Beziehung unter den Teilnehmenden aus dem Fokus gerät (Brockmann & Lenz, 2010).

### **2.8.1. Kinderschutznetzwerke**

Oftmals wurden die Netzwerke *Früher Hilfen* noch gemeinsam mit den Netzwerken Kinderschutz gedacht (Künster et al., 2010b; Sann & Landua, 2010). In der Praxis werden die Netzwerke oftmals deckungsgleich umgesetzt. Bereits 2010 berichteten 90% der Jugendämter und 85% der

Gesundheitsämter von der Existenz dieser Netzwerke (Fischer, 2015; Sann & Landua, 2010). Netzwerke sind insbesondere in den *Frühen Hilfen* flächendeckend vorhanden. In der Evaluation der Inhalte zeigte sich jedoch, dass diese nicht übergreifend festgelegt sind, sondern oftmals sehr individuell ausgestaltet werden. Selbst innerhalb der Netzwerke herrscht oftmals keine Einigkeit hierüber, sodass selbst eine Einigung innerhalb der Netzwerke schon als positive Weiterentwicklung gesehen wird (Deutsches Institut für Urbanistik, 2016). Bei der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes gaben 92,5% der Jugendämter an, Netzwerke für Kinderschutz und / oder *Frühe Hilfen* vorzuhalten (BFSFJ, 2016). Kinderschutznetzwerke sind nicht deckungsgleich mit den Netzwerken *Früher Hilfen* zu sehen, da weitere Altersgruppen einbezogen werden und sich dadurch auch eine umfassendere Zahl der Akteur:Innen ergibt. Der § 3 Abs.2 des KKG zählt hier Akteur:Innen auf, die nach Möglichkeit einzubeziehen sind (Böwer & Kotthaus, 2018). Das Verhältnis zwischen den *Frühen Hilfen* und dem Kinderschutz ist zusätzlich neben dem Bedarf an Netzwerken oftmals noch nicht abschließend geregelt (Künster et al, 2010a). Weiterhin wird zum Verhältnis zwischen den Netzwerken der *Frühen Hilfen* und dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung aktuell konstatiert, dass für NRW die grundsätzliche Empfehlung besteht, beide Bereiche als separate Arbeitsbereiche zu behandeln. Das Landeskinderschutzgesetz NRW (2022) regelt in § 9 eindeutig, dass das Jugendamt Kinderschutznetzwerke in verantwortlicher Position einzurichten und zu koordinieren hat. Netzwerke *Früher Hilfen* sollen dort einbezogen werden (§ 9 Abs. 4, 12). Damit ist eindeutig beschrieben, dass diese Netzwerke nicht deckungsgleich sein können. Die Schwerpunktlegung der Netzwerke soll derart ausgestaltet sein, dass die Netzwerke *Früher Hilfen* für die Klärung struktureller Fragen zur Angebotsgestaltung und -entwicklung im Bereich von *Schwangerschaft / Kinder von 0-3 Jahren* zuständig sind. Die Kinderschutz-Netzwerke befassen sich in der Hauptsache mit der Erarbeitung und Abstimmung von Verfahren bei Kindeswohlgefährdung. Fachliche Leitlinien und Definitionen können übergreifend definiert und somit bei der Zusammenarbeit an den Schnittstellen hilfreich unterstützend sein (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MKFFI), 2022, S. 9). Besonders diese Definitionen

stellen jedoch im Netzwerk-Alltag große Herausforderungen dar, da das Ringen um die Definitionsmacht im Rahmen multiprofessioneller Interaktion und bei der Beteiligung unterschiedlichster Partner:Innen konflikträchtig ist (Ebert et al., 2007). Die Netzwerke *Früher Hilfen* gelten mithin als Paradebeispiel gelingender Vernetzung (Böwer & Kotthaus, 2018).

### **2.8.2. Netzwerkstruktur und Netzwerkmanagement**

Innerhalb kurzer Zeit konnte ein deutlicher Zuwachs sowohl bei den Netzwerken *Früher Hilfen* als auch bei den Kinderschutznetzwerken verzeichnet werden, wie Pluto (2017), Paul (2012) und das nordrheinwestfälische Ministerium für Kinder, Jugend, Familien, Flucht und Integration (MKFFI, 2022) beschrieben. Zu beachten ist, dass sich Pluto (2017) auf eine Erhebung aus 2014 bezieht und sich die Veröffentlichung aus 2022 auf die Datenlage aus 2017 bezieht und hier eine Aufspaltung für NRW und das gesamte Bundesgebiet vorgenommen wurde.

Der Anteil der Jugendamtsbezirke, in denen beide Netzwerke vorhanden sind, stieg von 51,6% auf 78,7% bundesweit und 75,1% in NRW an. Dass weder ein Netzwerk *Früher Hilfen* noch ein Kinderschutznetzwerk vorhanden sind, betrifft bereits zum Zeitpunkt der Erhebung 2017 nahezu keinen Jugendamtsbezirk mehr, wobei 2012 noch 2,7% der Jugendamtsbezirke keines der beiden Netzwerke vorhielt. Diejenigen Jugendamtsbezirke, in denen ausschließlich ein Netzwerk *Früher Hilfen* vorhanden war, betrug 2012 15,7% und 2017 18,9% (NRW 24,9%). Dass nur ein Netzwerk Kinderschutz vorhanden war, betraf 2012 12,6% und betraf 2017 bundesweit 0,4% und in NRW keinen Jugendamtsbezirk (MKFFI, 2022; Pluto, 2017; Paul, 2012). In der Deutung dieser Zahlen ist zu beachten, dass durch das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) im Übergang 2011 / 2012 die Netzwerke *Früher Hilfen* gefordert wurden. Allein aufgrund der o.a. Datenlage lässt sich also vermuten, dass bereits existierende Kinderschutznetzwerke im Rahmen der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben durch das KKG zu Netzwerken *Früher Hilfen* wurden. Mit dem Landeskinderschutzgesetz NRW aus dem Sommer 2021, wird nun die Installation und Begleitung eines Kinderschutznetzwerkes in den

Jugendamtsbezirken in NRW gefordert, sodass anzunehmen ist, dass die Zahl der Kinderschutznetzwerke zeitnah hier deutlich ansteigen wird und die Aussage von Liel und Rademaker (2020), dass die Netzwerke *Früher Hilfen*, als die am weitesten verbreiteten und etablierten Netzwerke im Kinderschutz angesehen werden, zeitnah zumindest für NRW zu revidieren ist. In Rheinland-Pfalz erging ein ähnliches Gesetz mit der Pflicht zur Netzwerkbildung bereits in 2008 (Körner & Hörmann, 2019), ebenso wie zu anderen Zeitpunkten in verschiedenen anderen Landesgesetzen (Böwer & Kotthaus, 2018), was eine deutliche Spannbreite zwischen den Bundesländern aufzeigt (vgl. Amme, 2015). Mehr als 90% der Jugendämter kooperieren mit folgenden 15 Einrichtungen: Schule, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Hebammen, Kinderärzt:Innen, Gesundheitsämtern, Familiengerichte, Sozialämter, Schulämter, Polizei, Jugendgerichten, Frühförderereinrichtungen für behinderte Kinder, Arbeitsagenturen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Geburtskliniken und Frauenhäuser. Sechs dieser Einrichtungen kommen aus dem Gesundheitswesen (Pluto et al., 2007). Sowohl die Häufigkeit der Einbindung von Akteur:Innen des Gesundheitswesens in die Netzwerke *Früher Hilfen* stiegen in einer Betrachtung zu Beginn der Einführung der Netzwerke *Früher Hilfen* (2013 im Vergleich zu 2015) konsequent über unterschiedliche Einrichtungen hinweg, als auch die Bewertung der Kooperationsqualität durch die Beteiligten (Paul, 2018).

Bei der Analyse von Netzwerken im Kinderschutz ließen sich fünf zentrale Einrichtungen beschreiben, die zentrale Position in den Netzwerken innehatten: Kinderärzt:Innen, Jugendämter, Kindertagesstätten, Geburtskliniken und niedergelassene Hausärzt:Innen. Insbesondere die Gesundheitsämter wiesen Kontakte zu vielen anderen Netzwerkmitgliedern auf (Künster et al., 2010a). In das Netzwerk Kinderschutz sollen Vertretungen insbesondere folgender Einrichtungen oder Berufsgruppen einbezogen werden: Dies betrifft Jugendämter, insbesondere die Allgemeinen Sozialen Dienste, Träger:Innen von Einrichtungen und Diensten, mit denen Vereinbarungen gemäß § 8a Absatz 4 des SGB 8 bestehen, insoweit erfahrene Fachkräfte, Geheimnisträger gemäß § 4 Absatz 1 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz, Schulen, Gesundheitsämter,

Polizei- und Ordnungsbehörden, Familiengerichte, Staatsanwaltschaften, Verfahrensbeistände, Träger der Eingliederungshilfe für Minderjährige nach dem 9. SGB vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) geändert worden ist, und Netzwerke *Früher Hilfen*.

Ob in Netzwerken, analog zu Gruppen natürlicher Personen, das Engagement Einzelner bei zunehmender Gruppengröße abnimmt, lässt sich bisher nicht empirisch stützen (van Santen & Seckinger, 2017a). Bei einigen Institutionen und Diensten des Gesundheitswesens funktioniert der Einbezug in die Netzwerke *Früher Hilfen gut bis sehr gut* (zum Beispiel sind in 88% der Netzwerke Familienhebammen vertreten, Geburtskliniken bei 76,9% und Kinderkliniken bei 63,4%) teilweise jedoch auch nicht, da Hausärzt:Innen lediglich in 18,8% der lokalen Netzwerke vertreten sind. Psychiater:Innen und Psychotherapeut:Innen sind zwischen 20% und 35% vertreten (Liel & Rademaker, 2020; Pluto, 2017). Die Zusammenarbeit im Netzwerk schließt in der Praxis nicht aus, dass auch mit anderen Institutionen bzw. Personengruppen im Kinderschutz kooperiert wird (Böwer & Kotthaus, 2018). Tiefergehende Analysen zur jeweiligen Stellung im Netzwerk und den damit verbundenen Aufgaben bzw. Implikationen werden hier nicht weiter ausgebreitet, lassen sich jedoch aufbereitet für Netzwerke aus dem Kinderschutz finden (u.a. Künster et al., 2010b).

### **2.8.3. Netzwerkmanagement**

Als Qualitätsmerkmale funktionierender Netzwerke werden die Bereitstellung einer Struktur, eine kontinuierliche Evaluation incl. der Zufriedenheit der Teilnehmenden, eine angemessene Zeitdimension und kurze Entscheidungswege als wichtige Aspekte angeführt (Goldbeck et al., 2005). Um Netzwerke nachhaltig und stabil zu strukturieren, bedarf es mittelfristig einer Personenunabhängigkeit sowie einem gelingenden Wechselspiel von Veränderungen und solchen Phasen, in denen die Veränderungen verankert werden müssen (Ziegenhain et al., 2010).

In der Leitung und Begleitung von Netzwerken ist es wichtig, die Reibungsverluste zwischen den beteiligten Personen und Institutionen zu (er-)kennen, zu mindern oder zu überwinden. Das Wissen um potenzielle Konfliktfelder und ihre Auswirkungen ist ein wichtiger Baustein bei der Weiterentwicklung des Kinderschutzes (Ziegenhain et al., 2010). Potenzielle Konfliktfelder in der Netzwerkarbeit ebenso wie in der Kooperation sind fehlende eindeutige Absprachen, innerhalb der Organisationen zu Befugnis, Informationsweitergabe und Unterstützung, damit die Personen im Netzwerk stellvertretend für ihre Organisation agieren kann (Böwer & Kotthaus, 2018). Diese langfristige Arbeit ist durch Diskontinuität der teilnehmenden Personen bzw. durch kurzfristige besondere Aufgaben gefährdet. Wenn keine langfristigen gemeinsamen Prozesse durchgeführt werden können, wird das Potenzial der Netzwerke zur Weiterentwicklung gehemmt (Fischer & Geene, 2017).

Eine kontinuierliche Pflege der Netzwerke mit Schaffung ausgewogener Verhältnisse, individueller Kontakt- und Partner:Innenpflege sowie akteurspezifischen Aktionen ist notwendig, um Spannungen abzubauen (Ebert et al., 2007). Mit zunehmender Anzahl an Netzwerkpartner:Innen vergrößert sich ebenfalls der Koordinationsaufwand und die Verbindlichkeit sinkt. Es wächst die Gefahr, dass einzelne Mitglieder lediglich aus Statusgründen teilnehmen. Das schwierige Zusammenspiel zwischen Offenheit und Verbindlichkeit ist somit kontinuierliches Thema in der Netzwerkarbeit (Böwer & Kotthaus, 2018). Bezugnehmend auf die Motivation zur Beteiligung in den Netzwerken gibt es deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Ist einerseits das Jugendamt sowohl in den *Frühen Hilfen* als auch in den Kinderschutznetzwerken zur Teilnahme und zur Koordinierung verpflichtet, so nehmen die anderen Netzwerkpartner:Innen freiwillig an den Netzwerken teil. Eine Refinanzierung der Teilnahme an den Netzwerken ist in der Regel nicht vorgesehen und erschwert insbesondere Selbstständigen (z.B. Ärzt:Innen und Hebammen) die Teilnahme (Geene, 2016). Zu den Aufgaben der Netzwerkkoordination gehört für das Jugendamt die ständige Mitgliederakquise, die Organisation von Netzwerktreffen und Fortbildungen, damit die Mitglieder möglichst viele positive Erfahrungen im Netzwerk machen können (Fischer & Geene, 2017). Durch eine zunehmende Formalisierung



oder durch den Verlust der Eigenständigkeit einzelner Netzwerkpartner:Innen sind Übergänge von Netzwerken in andere Gebilde möglich (Fischer & Geene, 2017).

### **Inhalte der Netzwerkarbeit**

Gefordert wird, dass im Rahmen der Netzwerkarbeit gemeinsame und gegenseitige Fortbildungen zu fachlichen und rechtlichen Themen stattfinden (Landeskinderschutzgesetz NRW, 2022; Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Der inhaltlich erhoffte Nutzen durch Netzwerke ist das Überwinden von Schnittstellenproblemen oder die Gestaltung von Übergängen (Liel & Rademaker, 2020). Es gibt jedoch nicht ausschließlich eine Wirkung aus den Institutionen heraus in die Netzwerke, sondern Netzwerkarbeit kann auch in den beteiligten Organisationen für einen Wandel der Organisationen sorgen (Sommer & Thiessen, 2020; Liel & Rademaker, 2020). Ob Netzwerke wirksam sind, kann jeweils nur an den vom Netzwerk selbst definierten Zielen bemessen werden, sodass grundsätzliche Aussagen nahezu unmöglich sind, weshalb teilweise eine Bewertung durch die vertretenen Institutionen erfolgt (Pluto et al., 2016).

### **Spezifische Netzwerkhemmnisse**

Neben der Differenzierung in strukturelle und prozessuale Kooperationshemmnisse bedarf es an dieser Stelle, neben den oben bereits erwähnten personenbezogenen Hemmnissen, der Betrachtung von Hemmnissen, die in der Netzwerkarbeit auftreten.

Allein bei der Besetzung von Netzwerken ist es häufig schwierig, eine Struktur aufzubauen, die die Legitimierung der Vertretenden und auch eine Gestaltung von Rückkopplungsprozessen z.B. in einzelne Berufsstände oder stark ausdifferenzierte Organisationen hinweg sicherstellt. Beispielhaft seien hier sowohl große Fachgesellschaften als auch Berufsgruppen wie Ergotherapeut:Innen genannt (Böwer & Kotthaus, 2018). In den Netzwerken wird eine gegenseitige Abhängigkeit zum Ausdruck gebracht, die jedoch von grundsätzlich autonomen Organisationen mit eigenen Zielen ausgeht, was sich in diversen Spannungsfeldern ausprägen kann (Kelle & Dahmen, 2020). Bei großen Netzwerken stellt oftmals selbst die Kommunikation innerhalb des

Netzwerks eine Herausforderung dar, die durch Fragen von Zuständigkeit, Entscheidungsbefugnissen und Legitimationen zu sehr komplexen Prozessen werden (Böwer & Kotthaus, 2018), so dass Netzwerkarbeit an sich, selbst bei Klarheit innerhalb der einzelnen Organisationen und Personen durch Fallstricke ganz eigener Art zu einem Kooperationshemmnis werden kann.

### 3. Methodische Bearbeitung der Forschungsfrage

#### 3.1. Forschungsfrage

Auf der Basis des aktuellen Forschungsstands sowie angelehnt an das Forschungsprojekt MeKidS.best zur Implementierung der „AWMF S3+-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019) wurde die folgende forschungsleitende Fragestellung erarbeitet:

**„Welche strukturellen und prozessualen Faktoren der Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe lassen sich identifizieren und beschreiben?“**

Da die Sichtweise der öffentlichen Jugendhilfe erforscht wird, erscheint ein partizipativer Ansatz obligatorisch. Analog zur Einschätzung von Schneider (2013) wird für die vorliegende Forschungsarbeit die standardisierte Erhebung mittels quantitativer und qualitativer Methodik gewählt. Zur Abbildung der relevanten manifesten Merkmale wird die quantitative Erhebung genutzt, während der qualitative Part der Studie die Innenperspektive der Organisation und die sozialen Sachverhalte durch individuelle Schilderungen in der Tiefe erhebt. Bestandteile der Erhebung sind sowohl systematische Beschreibungen der Interaktion der Systeme öffentlicher Jugendhilfe und des Gesundheitswesens als auch die Bewertung der bisherigen und potenziellen Interaktion. In geringerem Maße werden auch mögliche perspektivische Bedarfe aus Sicht der Mitarbeitenden in den Jugendämtern erhoben. Schierer et al. (2022) beschreiben, dass organisationale Strukturen und Prozesse nicht aufgrund rein autonomen Handelns Einzelner zu erklären sind, sondern, dass diese in formale Organisationsstrukturen und gesellschaftliche Strukturen eingebettet zu bewerten sind, die keiner rein technisch-rationalen Logik folgen, sondern in Interaktionsprozesse eingebunden sind (Schieerer et al., 2022).

### 3.2. Feldzugang

Motiviert durch die berufliche Erfahrung des Verfassers, der seit zwei Jahrzehnten an der Schnittstelle der Systeme des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit in die dortige Praxis involviert ist, ergab sich mit dem Bezug zum Kinderschutz ergänzend ein hochaktuelles, zudem gesamtgesellschaftlich stark wahrgenommenes Schwerpunktthema. Dem Projekt gingen konkrete berufliche Erfahrungen u.a. im Pflege- und Erziehungsdienst, Kliniksozialdienst sowie dem Qualitätsmanagement einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einer Tätigkeit in den ambulanten Hilfen zur Erziehung, in jugend- und sportverbandlicher Leitungs- und Ausbildungstätigkeit u.a. im Kinderschutz, sowie die Studiengänge Soziale Arbeit (Abschluss M.A. für gesundheitsfördernde Soziale Arbeit) und Humanmedizin (ohne Abschluss) voraus.

Der Zugang zum Feld wurde durch den Forschenden auf drei unterschiedlichen Wegen gebahnt. Durch die langjährige Berufstätigkeit im Feld und angrenzenden Professionen bestanden bereits Kontakte zu Mitarbeitenden in den Allgemeinen Sozialen Diensten der Jugendämter. Durch die Mitarbeit im Rahmen des Projekts *MeKidS.best* sind 18 Jugendämter aus NRW aktuell intensiv mit dem Medizinischen Kinderschutz befasst. In den regelmäßigen Treffen der projektinternen *AG Jugendämter* konnte für die Beteiligung an der Befragung geworben werden. Weiterhin wurde im Vorfeld (analog den Empfehlungen von Gandelgruber (2019)) ein Empfehlungsschreiben der kommunalen Spitzenverbände bzw. der Landesjugendämter in Westfalen-Lippe und Rheinland angefragt, um den Feldzugang neben den Informationen im Rahmen des Projektes *MeKidS.best* zu erleichtern und die Ausfüllbereitschaft zu erhöhen (Gandelgruber, 2019). Auch Schneider (2013) betont die wichtige Funktion angesehener Multiplikator:Innen als Türöffner:In, um eine Ausfüll- und Rücksendebereitschaft der befragten Personen zu erhöhen. Leider konnten keine expliziten Empfehlungsschreiben erreicht werden, jedoch unterstützten die jeweiligen Referent:Innen das Forschungsprojekt und verwiesen darauf, dass ihre Mitarbeit im korrespondierenden Projekt *MeKidS.best* erwähnt werden kann. Mit dieser Information wurde schriftlich und telefonisch eine

Kaltakquise bei den Jugendämtern in NRW durchgeführt, in der zunächst die Jugendamtsleitungen, bei Nichterreichbarkeit auch deren Stellvertretungen bzw. die kinderschutzbeauftragten Personen der jeweiligen Jugendämter kontaktiert wurden. Durch die unterschiedlichen Zugänge wurde sowohl *bottom-up* durch die Ansprache der Praktiker:Innen, als auch *top-down*, durch die Ansprache der Amtsleitungen strategisch eine hohe Rücklaufquote anvisiert.

Während sämtlicher Zugänge zum Feld wurden die von Schneider (2013) als wesentlich erachteten Bereiche der Herstellung einer Vertrauensbasis, des Herausstellens der Vorteile der Teilnahme sowie die relativ geringen Kosten (hier: zeitlicher, organisatorischer Aufwand) in den Vordergrund gestellt. Um eine angemessene Anzahl an Fragebögen zu erhalten, aber auch um gute Aussagen für das betreffende Bundesland machen zu können und hierbei auf die Besonderheiten der Attribute der erhobenen kommunalen Strukturen eingehen zu können, wurden die Jugendämter im Bundesland NRW komplett in die Untersuchung eingeschlossen. Die Auswahl der Grundgesamtheit erfolgte anhand der Leitfragen des DJI (Gandelgruber, 2019, S. 8), wobei die Entscheidungen getroffen wurden, aus jedem Jugendamt diejenigen Personen zu befragen, die in besonderer Art für die strukturellen Themen im Kinderschutz stehen (i.d.R. die kinderschutzbeauftragten Personen). Sollte diese Stelle nicht besetzt oder erreichbar sein, so wurden Mitarbeitende in Führungspositionen aus dem ASD angeschrieben. Weiter wurden als teilnehmende Personen fallverantwortliche Sachbearbeitende im ASD ausgewählt, die insbesondere mit der praktischen Umsetzung des Kinderschutzes be- und vertraut sind.

Die Einschlusskriterien für die Teilnehmenden an der vorliegenden Studie sind

- Mitarbeitende der Jugendämter in NRW,
- welche mindestens sechs Monate im ASD bzw. im Kinderschutz des Jugendamtes tätig sind.
- Jede Person kann nur entweder als Leitungskraft bzw. kinderschutzbeauftragte Person oder als sachbearbeitende Person befragt werden.

Der spezifischen Situation der Jugendamtsmitarbeitenden (insbesondere im Hinblick auf das einerseits als wichtig erachtete Thema der Zusammenarbeit

im Kinderschutz, andererseits auch in Bezug auf die hohe Arbeitsverdichtung) wurde durch die Form der Erhebung (online, jederzeit ausfüllbar, keine Adressierung, kein postalischer Versand) und durch die inhaltliche Begrenzung des Fragebogens Rechnung getragen. Die Befragung wurde zusätzlich in den entsprechenden Gremien des Projekts *MeKidS.best* (Evaluationsgruppe, Publikationsgremium, AG Jugendämter, AG Sozialarbeit) vorgestellt. Ziel dieser Gespräche waren die Erstellung einer guten Passung des Projekts im Feld und die Förderung der Akzeptanz der geplanten Befragung bei den Kooperationspartner:Innen.

Für das vorliegende Forschungsprojekt dauerte die Feldphase der quantitativen Erhebung von Mai 2021 (Pre-Test) bis zum 21. Dezember 2021. Der Netto - Erhebungszeitraum war vom 26. August 2021 bis zum 21. Dezember 2021. Die Interviews der qualitativen Erhebung wurden geführt zwischen dem 18. Mai und dem 01. Juli 2022. Durch eine parallel stattfindende Analyse konnten bei Annäherung an eine theoretische Sättigung die Interviews im Sommer 2022 abgeschlossen werden und es bedurfte keiner weiteren Interviews nach den Haupturlaubszeiten in den Sommerferien. Vor dem Versand des Links zum Fragebogen wurde eine Ankündigung mit ausführlichen Informationen versandt. Neben der Informationsvermittlung konnten so die recherchierten Adressen überprüft werden. Unzustellbare E-Mails konnten als Indikatoren dienen, um die Adressrecherche erneut anzustoßen. Die Inhalte der Ankündigungsmail orientierten sich an den Aspekten, die das DJI (Gandelgruber, 2019, S. 23) aufführt.

Um möglichst aktuelle Kontaktdaten der Ansprechpersonen in den Jugendämtern nutzen zu können (insbesondere bei den kinderschutzbeauftragten Personen), wurden die veröffentlichten Listen der Landesjugendämter genutzt. Bei Lücken wurde auf den jeweiligen Internetseiten recherchiert. Mit dem Informationsanschreiben vor der Erhebung wurden die Leitungen der Jugendämter darum gebeten, aktuelle Kontaktdaten für die Erhebung zu benennen. Die Liste der Landesjugendämter wurde erst eingesetzt, wenn die Daten der Jugendamtsleitungen nicht eingingen (vgl. Gandelgruber, 2019).

### 3.3. Systematische Literaturrecherche

Die Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit wurde in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich definiert und begründet.

Nachfolgend wird die Auswahl der Suchbegriffe und deren Kombination beschrieben, um die umfassende Literaturrecherche transparent darzustellen. Gesichtet wurde grundsätzlich die Literatur nach den definierten unten aufgeführten Schlagwörtern. Um den Umfang quantitativ einzugrenzen, wurde eine inhaltlich begründete chronologische Zäsur der Literatursammlung im Jahr 2012 (Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes) gesetzt, partiell wurde die Recherche jedoch deutlich erweitert, z.B. bei der Recherche zu historischen Entwicklungen im Medizinischen Kinderschutz bzw. in der Kooperation der beiden Hilfesysteme. Im weiteren Verlauf der Bearbeitung wurde zunehmend deutlich, dass eine Ausweitung auf den Zeitraum bis zum Jahr 2000 und teilweise darüberhinausgehend notwendig ist, um die rasanten Entwicklungen im Medizinischen Kinderschutz angemessen differenziert beschreiben zu können. Boolesche Operanden wurden nicht genutzt, sondern die Schlagwörter, wie unten angegeben, jeweils einzeln und in Kombination erfragt. Dieses Verfahren wurde gewählt, um die teilweise divergierende Nutzung der Begrifflichkeiten *Kinderschutz* und *Kindeswohl* auch in Bezug auf die Repräsentation in der Literatur darstellen zu können.

Schlagwort (-kombinationen)	PsyIndex (Abruf 14.03.2021)	Pubmed Central (Abruf 14.03.2021)
Kinderschutz	325	28
Medizinischer Kinderschutz	6	4
Kinderschutz + Medizin	19	8
Medizinischer Kinderschutz + Jugendamt	0	1
Medizinischer Kinderschutz + Jugendhilfe	2	3
Kindeswohl + Medizin	8	2
Kinderschutz + Inanspruchnahme	4	2
Kinderschutz + Kooperation	71	6
Jugendamt + Kinderschutz	26	3
Jugendamt + Medizin	10	3
Jugendamt + Kooperation	75	5

<b>Schlagwort (-kombinationen)</b>	<b>PsyIndex (Abruf 14.03.2021)</b>	<b>Pubmed Central (Abruf 14.03.2021)</b>
Jugendhilfe + Kinderschutz	175	9
Jugendhilfe + Medizin	60	9
Jugendhilfe + Kooperation	427	12
Gesundheitswesen + Jugendhilfe	109	5
Gesundheitswesen + Kooperation	535	71
Gesundheitswesen + Kinderschutz	22	5
Gesundheitswesen Kindeswohl	4	1
Kooperation Struktur + Jugendamt	4	1
Kooperation Struktur + Jugendhilfe	15	3
Kooperation Struktur + Gesundheit	20	29
Kooperation Struktur + Medizin	23	37
Kooperation Struktur + Kinderschutz	2	0
Kooperation Struktur + Kindeswohl	2	0
Kooperation Struktur + Jugendamt	4	1
Kooperation Struktur + Jugendhilfe	15	3
Kooperation Prozess + Jugendamt	4	3
Kooperation Prozess + Jugendhilfe	12	2
Kooperation Prozess + Gesundheit	23	35
Kooperation Prozess + Medizin	23	39
Kooperation Prozess + Kinderschutz	3	1
Kooperation Prozess + Kindeswohl	0	0
Inanspruchnahme Kindeswohl	3	0
Inanspruchnahme Kindeswohl	3	0
Inanspruchnahme Jugendamt	9	3
youth welfare service	138	12 (Abruf 31.03.2021)
youth welfare service + collaboration	2	2 (Abruf 31.03.2021)
youth welfare service + cooperation	32	4 (Abruf 31.03.2021)
Youth welfare service + child protection	1	1 (Abruf 31.03.2021)
child protection + collaboration	17	151 (Abruf 31.03.2021)
child protection + cooperation	65	107 (Abruf 31.03.2021)
medical child protection + cooperation	7	3 (Abruf 31.03.2021)
child protection + medical	34	806 (Abruf 31.03.2021)
utilisation child protection	0	882 (Abruf 31.03.2021)

*Tabelle 2 Literaturrecherche in Datenbanken*

Genutzt wurden die fachspezifischen Datenbanken Pubmed.gov / Pubmed central und PsyIndex (EBSCO), sowie die Datenbanken der Hochschulbibliotheken der Katholischen Hochschule NRW und der



Evangelischen Hochschule Bochum. Es wurden Artikel in den Sprachen deutsch und englisch einbezogen.

### **3.4. Operationalisierung der Forschungsfrage im Fragebogen**

Die Operationalisierung der zentralen Inhalte der Forschungsfrage führte zu vier thematischen Oberbegriffen, die sich nachfolgend in 105 Items, in 19 Skalen weiter aufgliedern.

Die thematischen Oberbegriffe sind:

- strukturelle Faktoren (29 Items),
- prozessuale Faktoren incl. Inanspruchnahme(-auslöser) (53 Items),
- (Wissen um Medizinischen) Kinderschutz (8 Items),
- soziodemographische Daten der ausfüllenden Personen bzw. deren Ämter und Kommunen (15 Items).

Sämtliche Items des Itemkatalogs wurden wissenschaftlich verankert, indem bereits vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. veröffentlichte Theorien den entsprechenden Items zugeordnet wurden. Ließ sich für ein Item keine Entsprechung in der recherchierten Literatur finden, wurde die Frage auf ihre Aussagekraft und Wichtigkeit hin im Besonderen überprüft und erst nach dieser kritischen Analyse ggf. im Fragebogen abgebildet (u.a. Schneider, 2013; Porst, 2011). Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die Fragen eine inhaltliche Relevanz für den betrachteten Forschungsgegenstand besitzen und den erhobenen Werten (zumindest inhaltlichen, oftmals auch quantitativen) Aussagen als Vergleichswerte gegenübergestellt werden können. Eine hypothesengeleitete Auswertung mit Annahmen über Zusammenhänge vermuteter Phänomene wurde durch die Erstellung von Hypothesen und eine Zuordnung der diesbezüglich zu betrachtenden Items frühzeitig erstellt (Schneider, 2013). Items, die zur Beantwortung lediglich einzelner Fragestellungen herangezogen wurden, wurden insbesondere auf ihre Notwendigkeit hin überprüft. Aufgrund des so entstandenen Itemkatalogs wurde davon ausgegangen die Hypothesen verifizieren oder falsifizieren zu

können. Auch falsifizierte Hypothesen können für die qualitative Erhebung nützliche Anhaltspunkte für eine inhaltliche tiefergehende Betrachtung sein.

### **3.5. Mixed-Methods-Ansatz**

Innerhalb des Mixed-Methods-Designs wurde zunächst eine quantitative Online-Befragung durchgeführt. Dieses integrative Design erscheint sehr geeignet, um auf methodischer Ebene qualitative und quantitative Forschung zu verbinden (Schneider, 2013; Brannen, 2005). Mit den so gewonnenen Erkenntnissen wurden die Hypothesen so weit wie möglich analysiert. An den Stellen jedoch, an denen eine Beantwortung mit den Ergebnissen der quantitativen Erhebung nicht möglich war, wurden zum tieferen Verständnis Items bezüglich dieser Hypothesen in den Interviewleitfaden aufgenommen. Die Umsetzung erfolgte in Anlehnung an Baur und Blasius (2014). Bei der Auswertung der Interviews wiederum ergaben sich neben den qualitativen auch quantitative Ergebnisse, z.B. bei der Häufigkeit der Zustimmung zu bestimmten Aussagen oder der eigeninitiativen Erwähnung bestimmter Inhalte durch die Teilnehmenden. Diese quantitativen Ergebnisse wurden ebenfalls genutzt, sodass sich das gemischtmethodische Forschungsdesign folgendermaßen beschreiben lässt:

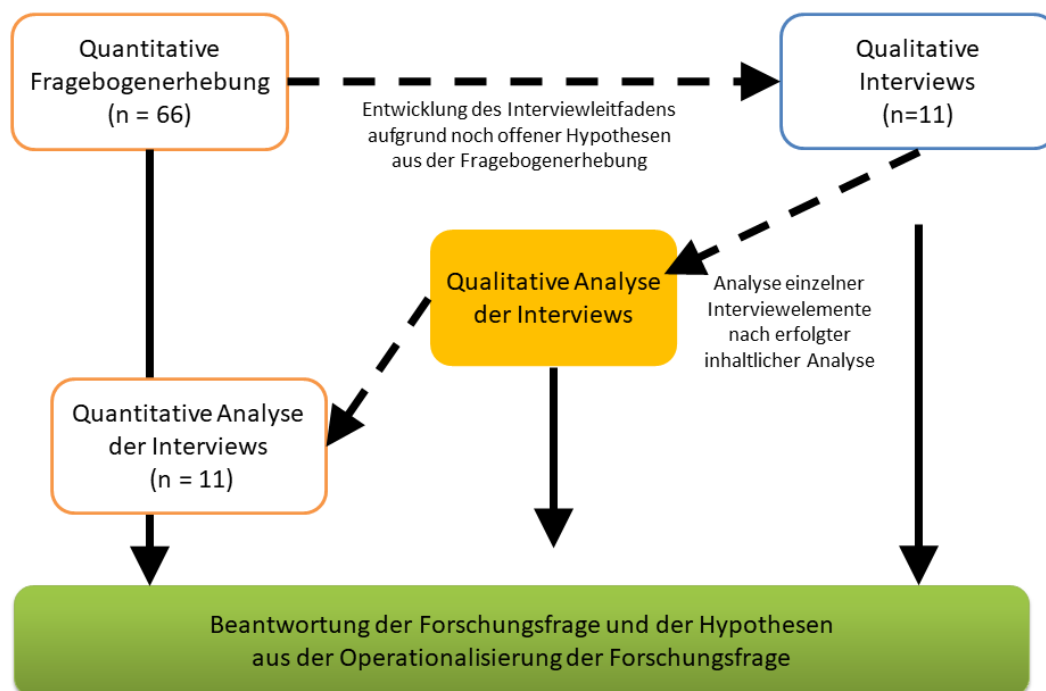


Abbildung 2 Forschungsdesign – Quelle: eigene Darstellung

Adressat:Innen der Erhebungen waren jeweils die Fachkräfte des Jugendamtes. Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren: Tätigkeit als kinderschutzbeauftragte Person bzw. Mitarbeitende im Allgemeinen Sozialen Dienst (bzw. seiner äquivalenten anderen Benennung). Die Beschäftigten sollten mindestens sechs Monate im ASD bzw. in der kinderschutzbeauftragten Funktion tätig sein. Diese Expert:Innen sind wichtig für eine Forschungsfrage, die sich nur aus dem System der öffentlichen Jugendhilfe heraus beantworten lässt. Die Studienteilnehmenden verfügen über ein institutionelles Wissen, das wichtig ist, um eine gemeinsame Wirklichkeit konstruieren zu können. Analog zu Böwer (2012) wurde genau die mittlere Führungsebene bzw. diejenigen Stabsstellen gewählt, die sowohl organisationale Zusammenhänge gestalten bzw. daran beteiligt sind als auch die jeweiligen individuellen Alltagswelten der internen Prozesse, der Familienklientel und auch die konkreten Kooperationsabläufe kennen.

„Denn im Gegensatz zu höheren Vorgesetzten (z.B. Amtsleitern) ist zu erwarten, dass sie weniger vermittelt beobachten, d.h. dass sie aus

eigener Anschauung über Alltagspraxen der Schutzauftragsgestaltung berichten können, und zugleich nahe daran Führungsaufgaben bewältigen müssen.“ (Böwer, 2012, S. 118)

Der Mixed-Methods-Ansatz hat in der Sozialforschung eine lange Historie und hat sich insbesondere in den letzten fünf Jahrzehnten in vielen programmatischen Diskussionen niedergeschlagen. In der praktischen Betrachtung sozialer Strukturen entstehen

„jeweils spezifische Probleme beim Einsatz sowohl von qualitativen als auch von quantitativen Methoden, die in Mixed-Methods-Designs durch die Stärken der jeweils anderen Methodentradition entdeckt und bearbeitet werden können.“ (Kelle, 2017, S. 1)

Als Strategien zur Integration werden von den zehn gelisteten Strategien nach Kuckartz (2017, S. 23) hauptsächlich die Strategie 10 (Survey als Vorbereitung für eine qualitative Studie) und Strategie 3 Quantitizing (Datentransformation von qualitativ zu quantitativ) eingesetzt. O` Cathain, Murphy und Nicholl (2008) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass Mixed-Methods-Ansätze in der Gesundheitsforschung verbreitet sind, jedoch einer hohen Transparenz bedürfen, um nachvollziehbar zu sein. Bryman (2006) betont ebenfalls große Vorteile eines gemischtmethodischen Designs, sieht jedoch in der konkreten Betrachtung einzelner Fälle dann Schwierigkeiten in der Rückverfolgbarkeit der Daten, die durch Transformationen in den jeweiligen Ergebnissen aufgehen. In der Praxis jedoch bietet der Mixed-Methods-Ansatz gute Lösungsmöglichkeiten für Herausforderungen, die sonst schwer zu lösen wären, wie eine breite quantitative Basis und eine vertiefte qualitative Auswertung der vorliegenden Daten zeigen. Zu einem ähnlichen Schluss kommen Baur, Kelle und Kuckartz (2017), die ergänzend betonen, dass gegenüber monomethodischen Ansätzen nicht nur Vorteile bestehen, sondern dass sie im Hinblick auf die Flexibilität und die Möglichkeit komplexe Situationen gut zu beschreiben, aktuell die Methoden der Wahl sind. So ist es zum einen möglich Hypothesen zu formulieren, was in der qualitativen Forschung eher unüblich ist (Kuckartz, 2018) und zum anderen doch induktiv aus den Interviews ungebundene Kategorien abzuleiten.

### 3.6. Fragebögen – die quantitative Erhebung

Die vorliegende Forschungsfrage bedurfte einer individuellen Operationalisierung, da die Fragestellung in dieser spezifischen Konstellation bisher nicht erforscht wurde. Hierzu wurden die strukturellen und prozessualen Faktoren der Inanspruchnahme der Forschungsfrage in Skalen und nachfolgend auf Itemebene operationalisiert. Weiterhin wurden grundlegende Daten zum betreffenden Jugendamt, zu den ausfüllenden Erhebungsteilnehmer:Innen, sowie zur Kinderschutz-Netzwerkarbeit und zu den Rahmenbedingungen der kinderschutzbezogenen Kooperation erhoben.

Obwohl der Online-Fragebogen umfassend ist und von seiner Ausfülldauer über den Empfehlungen von 25 Fragen bzw. bei 15 Minuten liegt (Magerhans, 2016; Baur & Blasius, 2014), wurde dennoch aufgrund der sehr spezifischen und attraktiven Forschungsfrage sowie des eng geführten Adressat:Innenkreises und des intensiven Feldzugangs eine hohe Rücklaufquote erwartet. Die inhaltlichen Schritte in Anlehnung an Schneider (2013) zur Fragestellung, gründlichen inhaltlichen Recherche, bewussten Entscheidung für die gewählten Erhebungsinstrumente, Operationalisierung des Forschungsgegenstandes mit Hypothesen und zum Personenbezug, einer bewussten Fragebogenkonstruktion, einer Überprüfung des Instruments bis hin zu einer standardisierten Durchführung wurden im Forschungsprojekt umgesetzt. Durch die Literaturrecherche, Vorgespräche, Diskussionen und Pre-Tests wurde im Erarbeitungsprozess eine systematisch-intuitive Konstruktion angestrebt.

Um für die Ausfüllenden ein Gefühl der Monotonie zu vermeiden, wurden (je nach inhaltlichen Möglichkeiten) unterschiedliche Aufgabentypen verwendet: Single-Choice, Multiple-Choice, (ordinale) Intervallskalen sowie Freitextantworten. Im quantitativen Messinstrument wurden nahezu keine Freitextantworten erwartet bzw. ermöglicht. Dies sollte einerseits die Bearbeitungsdauer senken, trägt jedoch auch dem Forschungsdesign insgesamt Rechnung, da die qualitativen Interviews die qualitativen Inhalte besser abbilden können. Den Argumentationen von Beckmann et al. (2018) folgend, scheint der Fragebogen in der Erhebung von Jugendämtern ein

sinnvolles Instrument zu sein, da es zunächst darum geht Zahlenverhältnisse bzw. Grundlagen der Thematik zu erheben. Die inhaltlichen und fachlichen Gütekriterien nach Schneider (2013) konnten durch die dargestellte Vorgehensweise bei der technischen und inhaltlichen Konstruktion erreicht werden. Abschließend wurde der präfinale Fragebogen mit der *Checkliste für den fertigen Fragebogen* (Schneider, 2013, S. 131) abgeglichen. Die von Moosbrugger und Brandt (2013) herausgestellten Aspekte der sprachlichen Klarheit und der Vermeidung von Mehrdeutigkeit wurde durch die relativ große Anzahl der Pre-Tests in einer heterogenen Gruppe Rechnung getragen. Neben der praktischen Überprüfung durch die Pre-Tests und Diskussionen im Vorfeld wurden die Fragen anhand der *Gebote für die Formulierung von Fragen* (Porst, 2011, S. 95) überprüft. Eine Zwischenspeicherung des Fragebogens konnte technisch nicht umgesetzt werden, da ansonsten die Nutzung des Fragebogens durch zwei Mitglieder der Organisation über denselben anonymen Code nicht möglich gewesen wäre, was den Datenschutz bzw. die inhaltliche Aussagekraft deutlich geschwächt hätte.

### **3.7. Erhebung mittels Online-Fragebogen**

In der quantitativen Erhebung wurde als Erhebungsinstrument ein Online-Fragebogen eingesetzt. Die Entscheidung für eine Online-Befragung erfolgte aus folgenden Gründen:

- die Zielgruppen möglichst zeitnah und direkt erreichen,
- das Risiko von manuellen Übertragungsfehlern der Daten geringhalten,
- Online-Erhebungen sparen Zeit beim Versand, dem Ausfüllen, der Rücksendung und bei der Auswertung der Fragebögen.

Die Online-Erhebung garantiert eine hohe Standardisierung des Tests. Da das technische Design derart angelegt war, dass Fragen nicht übersprungen werden konnten, wurden Fragen, bei denen ein Abbruch am ehesten zu befürchten war, an das Ende des Fragebogens gestellt. Ein sog. Fortschrittsindikator (Schneider, 2013) gibt den Proband:Innen jederzeit

Informationen über den aktuellen Bearbeitungsfortschritt. Der Link zum Online-Fragebogen wurde circa zehn Tage (leichte Verzögerungen aufgrund der Adress-Recherche bei fehlerhaften Adressen) nach der Ankündigungsmail an die Teilnehmenden bzw. deren Interessensbekundung versendet. Die technische Umsetzung erfolgte mit dem Programm *limesurvey* und mit technischer Unterstützung durch die Universität Witten/Herdecke.

### **3.8. Fragenkatalog**

Methodisch besteht der Fragebogen aus Items zur Meinung, zum Verhalten, zu Fakten, zu Einschätzungen, zu soziodemographischen Fakten, zu Bewertungen und zu Handlungen in Bezug auf die Forschungsfrage (Schneider, 2013). Bei der Abfrage struktureller Inhalte, die auf das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein eines Merkmals abzielen, sind in der Regel dichotome Auswahlmöglichkeiten angegeben, bei weiter gefassten Auswahlmöglichkeiten bildet sich dies auch durch eine höhere Anzahl der Antwortmöglichkeiten ab (Moosbrugger & Brandt, 2013). Für die Bewertungsfragen wurden hauptsächlich vierstufige und eine einzelne fünfstufige Likert-Skala eingesetzt und eine prozentuale Zustimmung abgefragt.

Die demographischen Daten wurden am Ende des Fragebogens verortet (Schneider, 2013) und der Einstieg analog zu Beckmann et al. (2018) mit interessanten, jedoch leicht zu beantwortenden Fragen gesetzt. Potenziell eher heikle Fragestellungen, die mitunter dazu führen könnten, dass die Befragung abgebrochen wird, wurden am Ende des Fragebogens platziert (Beckmann et al., 2018; Gläser & Laudel, 2010).

Eine wiederholte Rückkopplung des Fragebogens mit den zu Grunde liegenden Hypothesen erfolgte analog zur Erhebung der „Beruflichen Realitäten im ASD“ von Beckmann et al. (2018). Durch dieses Vorgehen kann das wissenschaftlich erhobene Vorwissen vollumfänglich genutzt und Fragen ohne Rückbindung zur forschungsleitenden Fragestellung eliminiert werden. In einem zirkulären Prozess wurde der Fragebogen sowohl inhaltlich als auch formal wiederholt überarbeitet. Für die formale Überarbeitung wurden „Die 10

Gebote der Frageformulierung“ (Porst, 2000, S. 3) sowie die „Checkliste für Forschungsfragebogen in der Sozialen Arbeit“ herangezogen (Schneider, 2013, S. 30).

Bei der Beantwortung von Fragebögen werden Antworttendenzen mit sozialer Erwünschtheit, positiver Selbstdarstellung, der verstärkten Zustimmung (Akquieszenz), der Bevorzugung mittlerer oder extremer Antwortmöglichkeiten beschrieben (Schneider, 2013). Durch die Antwortoptionen mit i.d.R. geradzahlig gestuften Skalierungen werden diese Effekte teilweise ausgeschlossen. Die Bevorzugung extremer Antworten kann jedoch nicht verhindert werden. Je nach Fragestellung werden dichotome oder polytome Variablen als Antwortmöglichkeit vorgehalten, wobei sowohl Einfach- als auch Mehrfachantwortoptionen gegeben werden. Insbesondere bei den subjektiven Beurteilungsfragestellungen werden vierstufige Likert-Skalen vorgehalten. Verfälschende Aspekte werden so bewusst reduziert (Moosbrugger & Brandt, 2013). Der ausdrückliche Hinweis auf die Anonymität der Erhebung sowie die explizite Aufforderung zur Benennung auch kritischer Inhalte war erwünscht, da sich durch diese Inhalte größere inhaltliche Verbesserungen empfehlen und Probleme identifizieren lassen. Die von Schneider (2013) vorgeschlagene unterschiedliche Polung der Antworten wurde nur partiell umgesetzt, um dem Umfang der Befragung Rechnung zu tragen, insofern als dass die Probanden sich schnell zwischen den Antwortoptionen orientieren konnten. Potenziell heikle Fragen wurden eher indirekt gestellt (Stegemann & Schwab, 2012).

### **3.9. Pre-Test**

Durch den erwähnten Pre-Test wurden bereits einzelne Fragen sowie der gesamte Fragebogen auf Reliabilität überprüft. Der Pre-Test wurde an mehreren Zeitpunkten der Erstellung des Erhebungsinstruments durchgeführt:

Die Plausibilität der Fragen, das Wording, die Nutzung von Termini technici, die Vollständigkeit von Auswahllisten sowie die Schlüssigkeit der Antwortoptionen wurden durch zwei Personen, die potenziell dem



Adressat:Innenkreis zuzurechnen wären, jedoch aktuell aufgrund der Übernahme übergeordneter Funktionen bzw. durch Elternzeit nicht als Sachbearbeitende im ASD tätig sind, überprüft. Weiterhin wurden die Fragen mehreren Personen aus dem medizinischen Bereich und in der schulischen Lehre (forschende Ärztin, Sozialdienstmitarbeiterin einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Studienrätin, Psychologin in einem Kinderschutzteam einer Kinderklinik sowie einer forschenden Soziologin) zum Pre-Test übermittelt. Als Grundlage wurden die Fragestellungen eines Pre-Tests von Schneider (2013) in die Reflexionsgespräche einbezogen.

Die Bedienbarkeit des Online-Fragebogens im Programm *limesurvey* wurde durch Mitarbeitende im Projekt *MeKidS.best* sowie durch die Personen aus der Gruppe des inhaltlichen Pre-Tests validiert. Der Fragebogen wurde in einem zusätzlichen Pre-Test mit unterschiedlicher Hard- und Software durch den Forschenden getestet. Sowohl mit unterschiedlicher PC-Hardware als auch mit unterschiedlichen Internetbrowsern wurde getestet, um Kompatibilitäts- und Darstellungsprobleme, die zu einem Abbruch führen können, zu verhindern (Wagner & Hering, 2014).

Die Rekrutierung der Pre-Test-Proband:Innen erfolgte über persönliche Kontakte des Forschenden und über den Kontakt zu teilnehmenden Organisationen im Projekt *MeKidS.best*. Durch diese Vorgehensweise konnten inhaltliche sowie formale Schwierigkeiten in einem nächsten Schritt beseitigt werden und der Fragebogen fachlich weiterentwickelt werden. Die überarbeitete Version des Erhebungsinstrumentes wurde abschließend externen forschungserfahrenen Personen zur Begutachtung vorgelegt, um auf deren Expertise zurückgreifen zu können und eine endgültige Version zu erarbeiten. Das Erhebungsinstrument zeigte an einigen Stellen Überarbeitungsbedarf, wobei die Rückmeldungen der Pre-Test Proband:Innen teilweise noch mit in die Reflexionsgespräche übertragen wurden, um alternative Lösungen zu finden. Der Leitfaden für die qualitative Erhebung wurde ebenfalls im Kreise der Konsortialführung des Projekts *MeKidS.best* diskutiert. Interviews als geplante Pre-Testung wurden nicht durchgeführt, da in den Interviews einerseits die Möglichkeit der Erklärung und Nachfrage bei Unklarheiten bestand, andererseits hätten einzelne Fragestellungen auch

ohne Pre-Test noch angepasst werden können, wenn in den ersten Interviews Schwierigkeiten aufgetreten wären.

### **3.10. Interviews – die qualitative Erhebung**

Die zweite Erhebungswelle erfolgte über leitfadengestützte Interviews mit Expert:Innen und fällt in diesem gemischtmethodischen Setting in den Bereich qualitativer Forschung, die zunehmend in den Sozialwissenschaften Einzug erhält. Mannigfaltige Beispiele für Settings und Inhalte qualitativer Forschung in der Sozialen Arbeit liefern Schweppe (2003) und Schneider et al. (2013). Der Interview-Leitfaden enthält neben Vorbemerkungen, einer soziodemografischen Einstiegs- und einer Abschlussfrage drei Themenblöcke, die mit der oben dargestellten Operationalisierung der Forschungsfrage korrespondieren. Um den Endpunkt der Datenerhebung in der qualitativen Erhebung zu definieren, wurde entsprechend der Forschungsmethodologie eine theoretische Sättigung angestrebt, wie sie bereits in ähnlichen Ansätzen (u.a.in der Erhebung von Heinitz, 2020) zu finden ist. Die Interviews enthalten eine Operationalisierung in Anlehnung an die quantitative Erhebung (Gläser & Laudel, 2010, S. 132).

Erhoben wurden in drei Gesprächskategorien inhaltliche Fragestellungen

- zu Strukturen (Effekte von Kinderschutznetzwerken, Kontakte zu Einrichtungen des Medizinischen Kinderschutzes, Bekanntheit der anonymen Beratungsmöglichkeit),
- zu Prozessen (auslösende Faktoren der Inanspruchnahme, Diskrepanz von Beratungswunsch und Inanspruchnahme, Zusammenarbeit auf Augenhöhe),
- zum Medizinische Kinderschutz (Kinderschutzleitlinie, Angebote im und bestmögliche Unterstützung durch den Medizinischen Kinderschutz).

Weiterhin wurden rudimentäre soziodemographische Daten (Alter, Berufserfahrung, Einwohnendenzahl der Kommune) sowie die Beteiligung am Projekt *MeKidS.best* im Rahmen des Interviews erhoben, bzw. aus anderen Quellen, z.B. den Internetseiten der Städte, ergänzt.

Um den unterschiedlichen Einwohnendenzahlen der Kommunen und damit zusammenhängend ggf. auch der räumlichen Ausdehnung, der Anzahl der Mitarbeitenden in den Organisationen und der Anzahl der Organisationen ansatzweise gerecht zu werden, wurde der Bereich der Kommunen unter 100.000 Einwohnenden durch eine doppelte Besetzung dieser Untersuchungsgruppe Rechnung getragen. Somit nähert sich die Verteilung der Kommunen der interviewten Fachpersonen (50% unter und über 100.000 Einwohnende) der Quote, die im quantitativen Teil der Erhebung (56% geben weniger als 100.000 Einwohnende an) abgebildet wird. Da in NRW lediglich 28 Kommunen mehr als 100.000 Einwohnende (Landesbetrieb IT-NRW, 2020) zählen, jedoch 396 Städte und Gemeinden zählt (Ministerium für Heimat, Bau, Kommunales und Digitalisierung des Landes Nordrhein-Westfalen (MHKBG), 2022), wäre eine Überrepräsentation dieser Kommunen auch vor diesem Hintergrund nicht vertretbar. Um sowohl alle notwendigen Informationen zu beschaffen, aber auch eine individuelle Sichtweise auf den betrachteten Forschungsgegenstand zu ermöglichen, wurden sowohl mehrere Personen aus unterschiedlichen strukturellen Zusammenhängen befragt als auch die Inhalte trianguliert, wie in der Bearbeitung von leitfadengestützten Expert:Inneninterviews vorgesehen (Gläser & Laudel, 2010).

Die Befragungsteilnehmenden wurden nach den folgenden Variablen ausgewählt: Terminiert wurden jeweils sechs Teilnehmende aus den Jugendämtern, die sich am Projekt *MeKidS.best* beteiligen und ebenfalls sechs Teilnehmende aus Jugendämtern, die dort nicht partizipieren. Für das Sampling waren die zentralen Variablen: die Größe der Kommune, eine Beteiligung der Kommune am Projekt *MeKidS.best* sowie die unterschiedlichen Strukturen und Prozesse im Kinderschutz. Als intervenierende nicht variierende Variable galten die Tätigkeit und grundsätzliche Erfahrung im Kinderschutz mit Schnittstellen zum Medizinischen Kinderschutz (Gläser & Laudel, 2010). Ein Termin mit einem Jugendamt ohne Beteiligung am Projekt *MeKidS.best* ist mehrfach abgesagt worden, so dass schlussendlich elf Interviews ausgewertet werden konnten. Aufgrund der Doppel-Nutzung der Zugangscodes für die quantitative Erhebung konnte nicht sichergestellt werden, dass genau definierte Personen

erreicht werden, weshalb eine Auswahl von Teilnehmenden aus dem Kreis definierter low- bzw. high-responder in der Fragebogenerhebung nicht umgesetzt werden konnte. Im Sinne einer maximalen Kontrastierung (Kuckartz, 2017) wäre dies ein möglicher Zugang gewesen, der jedoch nicht weiterverfolgt werden konnte.

Als Zielgröße, um eine inhaltliche theoretische Sättigung erreichen zu können, waren zunächst zwischen acht und zehn Interviews geplant. Die Auswertung der Interviews erfolgte parallel zur weiteren Datenerhebung, wie grundsätzlich bei dieser Art von Datenerhebungen möglich (Kuckartz, 2018). Als Zielgröße für die Dauer eines Interviews wurde maximal eine Stunde angegeben. Das Wording der Fragen wurde mit einer Studienrätin mit dem Fach Germanistik besprochen und angepasst. Größere Mängel, die sich erst im Interview gezeigt hätten, hätten nach dem Auftreten angepasst werden können (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 107). Weiterhin wurden die Interviews allesamt durch denselben Interviewer durchgeführt, um diesbezügliche Verzerrungseffekte zu verringern.

Die Interviews wurden transkribiert und mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018, S. 45) aufbereitet und die Audioaufzeichnungen der Interviews wurden in digitaler Form bis zum Abschluss des Promotionsverfahrens archiviert. Die Analyse des qualitativen Datenmaterials erfolgte computergestützt durch den Einsatz des Datenverarbeitungsprogramm (MAXQDA), das hier sämtliche Möglichkeiten digitaler Unterstützung der Auswertung bietet (Rädiker & Kuckartz, 2020). Die in den Interviews entstandenen Audiodateien wurden nach dem Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2015) verschriftlicht. Dabei wurden Angaben, die Rückschlüsse auf Personen oder Orte geben, anonymisiert. Die Anforderungen an den Interviewer wurden analog zu Helfferich (2011, S. 51) überprüft und vor Beginn des Zeitraums der Interviewdurchführung aufgefrischt.

Das Material wurde genutzt um einzelne Hypothesen, deren Beantwortung allein durch die quantitativen Auswertungen nicht leistbar war zu ergänzen, zu vertiefen, bzw. die Ergebnisse durch praxisbezogene Beispiele zu untermauern. Der Leitfaden diente mehr der Orientierung, denn als starres

Gerüst. So konnten durch die Gesprächspartner:Innen eingebrachte Themen ebenfalls berücksichtigt werden, was eine Erweiterung der relevanten Aspekte ermöglichte (Reinders, 2005). Kodierungen wurden zunächst offen, dann zunehmend fokussierter vorgenommen. Das Codebuch wurde im Anhang beigefügt. Die Leitfragen und die genutzten Ergänzungsfragen orientieren sich an den sechs Phasen eines Interviews in Anlehnung an Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014), wobei die Phasen nicht in der dort angegebenen Reihenfolge durchlaufen wurden, sondern dem Leitfaden-Sampling anhand der drei Bereiche Struktur, Prozesse und Medizinischem Kinderschutz untergeordnet wurden. Bei der induktiven Ableitung der Kategorien stellte sich eine zunehmende Sättigung ein, sodass nach Interview elf von einer theoretischen Sättigung des Kategoriensystems ausgegangen werden konnte (Kuckartz, 2018). Nachfolgend eine Tabelle zu den Interviewpartner:Innen:

Interview Nummer	Alter in Jahren	Einwohnende der Kommune	Geschlecht	Dauer des Interviews in Minuten
1	51	40.000 - 100.000	weiblich	49
2	37	40.000 - 100.000	weiblich	27
3	36	150.000 - 300.000	weiblich	43
4	57	300.000 - 500.000	weiblich	40
5	54	<40.000	weiblich	23
6	26	40.000 - 100.000	weiblich	40
7	32 und 41	150.000 - 300.000	männlich	57
8	44	>500.000	weiblich	35
9	45	300.000 - 500.000	weiblich	23
10	53	40.000 - 100.000	weiblich	29
11	34	>500.000	männlich	24

*Tabelle 3 Soziodemografie der Interviewteilernehmer:Innen*

Die Interviews dauerten durchschnittlich 36 Minuten. Das kürzeste Interview belief sich auf 23 Minuten, das längste dauerte 57 Minuten. Die Interviews wurden im Zeitraum vom 18. Mai 2022 bis zum 29. Juni 2022 durchgeführt. Von den Teilnehmenden an den Interviews waren neun Personen weiblich und drei Personen männlich. Ein Interview wurde aufgrund zeitlicher Überlappung des Interviewtermins mit interner Umstrukturierung im Jugendamt und damit verbundener (Nicht-)Zuständigkeit mit zwei Personen geführt. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 42,3 Jahre alt. Die jüngste Person war 27 Jahre und die älteste Person 57 Jahre alt. Die Datenauswertung erfolgte eher induktiv und es wurden, während der Kodiervorgänge Kategorien entwickelt, diese überprüft, angepasst, verworfen und erweitert. Da teilweise Kategorien auch a priori aus dem quantitativen Forschungsteil übernommen wurden, kann das Vorgehen insgesamt auch nach Kuckartz (2017, S. 64) als *Mischform* der Kategorienbildung beschrieben werden. Mit fortschreitender Anzahl der Interviews wurden hier immer weniger Anpassungen notwendig, so dass mit Analyse der elf Interviews eine theoretische Sättigung erreicht werden konnte. *Case Summaries* (Kuckartz, 2017, S. 58) wurden zur Akzentuierung und gezielten Betrachtung der jeweiligen Interviews erstellt. Die Transkription erfolgte über einen professionellen Dienstleister und die Ergebnisse wurden später durch den Forschenden weiterbearbeitet und Textstellen, die durch den Transkriptionsdienstleister als unverständlich markiert wurden, wurden, soweit sie relevante Sequenzen betrafen, nachbearbeitet.

Alle Transskripte wurden mehrfach durchgearbeitet. Durch diese Verdichtung von Text und Kodierungen wurde sich zunehmend einer theoretischen Sättigung angenähert. Als weiterer wichtiger Faktor ist zu erwähnen, dass bei der Designerstellung des qualitativen Studienteils bereits Hypothesen und Vordaten vorhanden waren und größtenteils spezifische Fragestellungen zu beantworten waren. Der Kodierprozess wurde induktiv angelegt. Zu jeder Code-Kategorie wurde eine definierende paraphrasierende Beschreibung erstellt (vgl. Kuckartz, 2018). Das finale Codesystem ist als Anhang dieser Arbeit im Anhang beigefügt.

### 3.11. Wissenschaftliche Gütekriterien des Fragebogeninstruments

Vor der Nutzung der Erhebungsinstrumente wurden diese bzgl. ihrer Testgütekriterien betrachtet, um sicherzustellen, dass eine Wissenschaftlichkeit gegeben ist. Als übergeordnete Gütekriterien gesehen werden Objektivität, Reliabilität und Validität (Kuckartz, 2017, S. 202). Unverfälschte Daten sind durch das gewählte Konzept nur insoweit zu garantieren, dass sie nach Dateneingabe elektronisch verarbeitet und ausgewertet wurden, was Übertragungsfehler ausschließt. Bewusste Manipulationen durch das Übergehen der Instruktion auf Hilfe durch z.B. Vorgesetzte zu verzichten, können nicht ausgeschlossen werden. Durch die Vergabe eines persönlichen Zugangscodes konnte eine Mehrfachbeantwortung ausgeschlossen werden, allerdings konnte die Identität des / der Teilnehmenden nicht überprüft werden. Eine nicht wahrheitsgetreue Beantwortung der Fragen ist zudem jederzeit möglich gewesen.

Die oben dargestellte Entwicklung des quantitativen Erhebungsinstruments dient u.a. der Nachvollziehbarkeit im Sinne einer objektiven Erstellung, Überarbeitung und Verbreitung des Fragenkatalogs. Ein standardisierter Fragebogen mit *limesurvey*, damit auch bei unterschiedlicher Hard- und Software das gleiche Layout für die Teilnehmenden vorgehalten wurde, sorgte für eine hohe Durchführungsobjektivität. Die schriftlichen Instruktionen, der Hinweis auf den Verzicht parteilicher Hilfestellungen, das einheitliche Testmaterial, eindeutige Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten (teilweise mit Ausfüllhinweisen versehen) stellten die Möglichkeit einer objektiven Durchführung sicher. Durch die Testsituation am eigenen Arbeitsplatz der Teilnehmenden, die Anonymisierung der Daten, sowie dem Einsatz der Auswertungssoftware PSPP konnten Testleitereffekte strukturiert reduziert werden. Im Rahmen der Auswertung des Datenmaterials wurden in den o.a. Auswertungsrunden verschiedene Interpretationsvorschläge gemacht und in einem systematischen Prozess innerhalb verschiedener Gremien mit den beteiligten Statusgruppen diskutiert, damit eine weitestgehende Objektivität durch unterschiedliche Perspektiven erreicht werden konnte (Moosbrugger & Brandt, 2013).

Die Reliabilität des quantitativen Testinstruments wurde hauptsächlich im Hinblick auf die Konsistenz betrachtet. In Bezug auf ihre zeitliche Konsistenz bzw. auf Parallelgruppen konnte im ausgewählten Forschungssetting keine Aussage getroffen werden, es ist jedoch zu vermuten, dass bei einem, wie beschriebenen, sich sehr schnell entwickelnden Forschungsfeld eine zeitliche Reliabilität in Frage zu stellen ist. Eine Überprüfung der Reliabilität mittels Cronbachs Alpha wurde durchgeführt. Bei

Bei der Operationalisierung der einzelnen Merkmale wurde auf eine Vergleichbarkeit mit bereits getesteten Verfahren geachtet und zudem wurden die Inhalte mit Fachkräften der beteiligten Bereiche Gesundheitswesen und Jugendamt diskutiert. Eine Orientierung erfolgte an der Checkliste zur internen (Kuckartz, 2017, S. 204) und externen (Kuckartz, 2017, S. 218) Studiengüte. Die Inhaltsvalidität wurde durch die zirkuläre Betrachtung der Hypothesen in Bezug auf ihre Operationalisierung sowie die wissenschaftliche Verankerung der Hypothesen sichergestellt. Bereits identifizierte Faktoren der Inanspruchnahme in Bezug auf den Kinderschutz wurden ebenso abgebildet, wie potenziell neue Faktoren, die sich aus Fachpublikationen ableiten ließen (u.a. Schneider, 2013; Moosbrugger & Brandt, 2013 ).

### **3.12. Durchführung der quantitativen Erhebung**

In der Durchführung der Erhebung konnten die oben skizzierten Vorgaben umgesetzt werden. Die Links zur Erhebung wurden mit der Rücksendefrist von zwei Wochen versehen. Nach diesen zwei Wochen wurden noch mehrere Nachfassaktionen durchgeführt. Da bei Online-Erhebungen davon auszugehen war, dass ein großer Teil bereits unmittelbar ausgefüllt wird, wurde dieser Zeitraum relativ kurzgehalten. Ein Erhebungszeitraum incl. Nachfassaktionen von zwei Monaten erschien insgesamt angemessen. Gewählt wurde der Zeitraum der Sommerferien, trotz der Gefahr in überfüllte Mailpostfächer in der Urlaubszeit zu posten (Gandelgruber, 2019). Da Nassfassaktionen bereits geplant waren, bestand die Hoffnung, dass in der Urlaubszeit durch ausfallende Veranstaltungen und Regelbesprechungen zeitliche Ressourcen zur Teilnahme bereitstehen. Die Nachfassaktionen



wurden ebenfalls genutzt, um das hohe Interesse an der Beteiligung der Jugendämter und die Seriosität der Erhebung zu unterstreichen. So werden auch diejenigen Teilnehmenden erneut angesprochen, die die Fragebögen ggf. aufgrund von Zeitdruck oder einer besonderen Situation beim Erhalt der Befragung trotz Interesses noch nicht ausgefüllt und abgesendet hatten (Schneider, 2013). Im November 2021 erfolgte weiterhin Kaltakquisen bei Jugendämtern aus NRW, bei denen versucht wurde telefonisch für eine Teilnahme zu werben. Als letzte Nachfassaktion erfolgte im Dezember 2021 eine Mail an diejenigen Personen, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme ausgesprochen und folglich einen Zugangscode erhalten hatten und deren Code noch nicht ein- oder zweimal genutzt wurde.

### **3.13. Rücklaufquote und Nachfassaktionen**

Als erste Anhaltspunkte für die zu erwartende Rücklaufquote wurden u.a. eine Erhebung in den Kinderschutzambulanzen in Bayern, bei der Dittmann und Raabe (2017) einen Rücklauf von 68% erreichten, herangezogen. Das DJI erzielte 2014 bei seinen Jugendamtsbefragungen Rücklaufquoten von 62% (2004) und von 64% (2014). Es wird jedoch in ähnlichen bzw. angrenzenden Feldern z.B. in Jugendzentren (2017), Kindertagesstätten (2012) und bei Jugendamtsleitungen (2009) auch von deutlich niedrigeren Rücklaufquoten um die 40% berichtet, was auf die Länge der Messinstrumente bzw. auf die Teilnehmendenklientel zurückzuführen sein dürfte (Gandelgruber, 2019). Beckmann et al. (2018) erhielten bei einer postalischen Befragung der Jugendämter eine Rücklaufquote von 32%, die sie als gut im Rahmen einer empirischen Sozialforschungsstudie erachteten. Während davon auszugehen ist, dass die Länge des Fragebogens, die Rücklaufquote reduzieren könnte, so ist davon auszugehen, dass die Aktualität des Themas, der Alltagsbezug der Teilnehmenden, die hauptberuflichen Strukturen, sowie die strukturelle Unterstützung durch die Landesjugendämter die Rückläufe verstärken können.

### 3.14. Datenschutz

Es werden im Projekt keine Patient:Innendaten erhoben. Die erhobenen Daten beziehen sich auf die Interviewpartner:Innen. Diese werden im Rahmen der Auswertung pseudonymisiert und die Angaben zu größeren Datengruppen (z.B. in Altersclustern) zusammengefasst. Demzufolge sind keine Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Einrichtungen möglich. Da die units im Projekt MeKidS.best mit mehreren Jugendämtern zusammenarbeiten und die Jugendämter auch mit mehreren Kliniken zusammenarbeiten, lässt sich anhand der Liste der beteiligten units und der Größe der Kommunen der Jugendämter ebenfalls kein Rückschluss ziehen. Auch Fakten über die betroffenen Einrichtungen werden anonymisiert. Eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang) für die Teilnehmer:Innen mit der Information, dass sie sich jederzeit namentlich aus sämtlichen Daten des Projektes streichen lassen können, wird vor der Teilnahme ausgehändigt und unterschrieben (Kuckartz, 2017). Die Klarnamen (zur Vereinbarung der Interviewtermine etc.) werden auf einem lokalen Rechner gespeichert und sind nur dem Promovenden zugänglich. Es findet keine Zuordnung der erhobenen Daten zu den Klarnamen von Einrichtungen bzw. Interviewpartnern statt. In Bezug auf § 17 der DSGVO wird geregelt: Die Löschung der Daten der Fragebogenerhebung ist nicht möglich, da sonst keinerlei Rückverfolgung der Daten möglich ist. Die Interviewdaten sind so lange löscherbar, wie es dem Promovenden möglich ist, das Interview zweifelsfrei aus eigenem Erinnern zu identifizieren. Ab dem Vorliegen von vier bis fünf Interviews ist davon auszugehen, dass keine Zuordnung mehr möglich ist und somit die Löschung der Daten nicht mehr ermöglicht werden kann. Bei beantragter Löschung werden zusätzlich die Korrespondenzverläufe (i.d.R. E-Mails) ebenfalls gelöscht. Für die Datenverarbeitung ist ausschließlich der Promovend zuständig, daher ist keine Anlage eines Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten lt. DSGVO zu erstellen (gem. § 30 DSGVO Abs. 5). Die Grundsätze der DSGVO im Sinne der Datensparsamkeit werden erfüllt. Weiterhin werden die Daten lt. § 89 DSGVO verarbeitet. Es wurde ein besonderes Augenmerk auf die Einhaltung der Datenschutzrichtlinien gelegt, insbesondere in Bezug auf die Anonymität der Teilnehmenden. Die Konstruktion der Erhebung in Bezug auf den

Datenschutz wurde auch im Rahmen des Placets durch die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke betrachtet. Durch die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Anonymität wurden die Daten des Zugangscoderversands (durch die MedEcon Ruhr GmbH) und das Auswerten der Daten durch den Promovenden strikt getrennt. Die Nutzung des MedEcon-Ruhr-Servers war dem Promovenden ebenso unmöglich wie der Zugang zu den *limesurvey* Daten des Promovenden, die bei der Universität Witten/Herdecke gehostet wurden, wodurch eine Zusammenführung und damit Entanonymisierung der Daten technisch und organisatorisch unmöglich war. Bei den Interviews wurden die Teilnehmenden schriftlich und mündlich über die Nutzung ihrer Daten und über die Widerspruchs- sowie Lösungsrechte informiert. Es wurden Ansprechpersonen für die Verwirklichung dieser Rechte genannt und die Zustimmung zur Nutzung der Daten wurde schriftlich von allen Interviewpartner:Innen erteilt.

## 4 Deskriptive Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden zunächst deskriptiv die Ergebnisse der quantitativen und der qualitativen Studie vorgestellt. Im darauffolgenden Kapitel 5 folgt eine hypothesengeleitete Auswertung. Die Operationalisierung in strukturelle und prozessuale Faktoren, den Themenkomplex rund um den Medizinischen Kinderschutz sowie soziodemographische Fragestellungen finden sich in beiden Teilen der Ergebnisdarstellung wieder. Die dargestellten strukturellen Faktoren, die in der Studie erhoben wurden, beziehen sich grundsätzlich auf die Struktur der jeweiligen Kommune bzw. des Jugendamtes der Kommune. Sie fokussieren in einem zweiten Schritt auf Strukturen im Kinderschutz und speziell im Medizinischen Kinderschutz sowie abschließend auch auf Kooperations- und Netzwerkstrukturen.

Bei einer einleitenden Frage geben 92% der Antwortenden an, ihnen sei eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und medizinischen Einrichtungen im Kinderschutz *sehr wichtig*.

### 4.1. Soziodemographische Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Im Befragungszeitraum vom 26.08.2021 bis zum 21.12.2021 wurden 66 Fragebögen auswertbar ausgefüllt. Vier zusätzliche Fragebögen wurden frühzeitig abgebrochen und daher nicht in die Grundgesamtheit aufgenommen. Zum Erhebungszeitpunkt verfügte NRW über 187 Jugendämter, wodurch maximal 374 Personen hätten teilnehmen können, wenn sich alle Jugendämter mit den vorgesehenen zwei Personen (Stabstelle Kinderschutz und fallbearbeitende Person aus dem ASD) beteiligt hätten. Die einfließende Zahl in die Grundgesamtheit aller Antwortenden umfasst somit 17,65% der potenziell Teilnehmenden. Aus 28 Jugendämtern wurde der Fragebogen von zwei Personen ausgefüllt, demzufolge nahm aus 10 Jugendämtern lediglich eine Person teil. Insgesamt konnten Daten über 38 Jugendämter in NRW erhoben werden, womit die vorliegende Studie auf einer Rücklaufquote von 20,32% fußt.

Die Datenerhebung erfolgt mittels *limesurvey* (Version 3.25.12), die Auswertung erfolgt via *PSPP Version 1.4.1* und *Excel* (Office 365). Die Datensätze wurden aufbereitet, indem die nicht vollständig bearbeiteten Datensätze entfernt wurden. Nachkommastellen der Ergebnisse wurden (so sie nicht explizit zur Veranschaulichung genannt werden) nach den mathematisch in den jeweiligen oben genannten Verarbeitungsprogrammen auf eine ganze Prozentzahl gerundet.

Für die Beantwortung der Forschungshypothesen wird je nach Fragestellung mit beiden oder jeweils einer der Grundgesamtheiten gearbeitet. Bei den entsprechenden Auswertungen wird angemerkt, sollte es sich um die Untersuchungsgruppe  $n=38$  handeln. In einigen wenigen Fällen wurden nur die Antworten der fallbearbeitenden Personen aus dem ASD genutzt, da es sich um spezifische Fragestellungen konkreter Umsetzung handelte. Auch dies wird jeweils in der Auswertung erwähnt. Um bei der Auswertung der Strukturen im Jugendamt, der Netzwerkstrukturen etc. keinen Bias durch die doppelte Beantwortung der Fragen aus den vollständig teilnehmenden Jugendämtern abzubilden, wurden aus diesen Jugendämtern jeweils nur die Antworten einer Person einbezogen. Definitorisch wurde festgelegt, dass die jeweils zeitlich zuerst antwortende Person hier eingeschlossen wird. Der unten eingefügten Tabelle ist zu entnehmen, dass es sich bei den soziodemografischen Daten in der Regel um geringe Unterschiede handelt.

	<b>n=66 Teilnehmende</b>	<b>n=38 Teilnehmende</b>
<b>Geschlecht</b>		
männlich	18%	18%
weiblich	82%	82%
<b>Alter</b>		
jünger als 25	0%	0%
25 - 35 Jahre	36%	34%
36 - 45 Jahre	26%	32%
46 - 55 Jahre	18%	13%

56 Jahre oder älter	20%	21%
<b>Anzahl der Kinderschutzfälle die die / der Studienteilnehmende in 2020 verantwortlich bearbeitet hat</b>	49 Fälle im Durchschnitt Standardabweichung 127	34 Fälle im Durchschnitt Standardabweichung 45
<b>Berufsjahre im Jugendamt (gemeint ist ASD, BSD, Jugendhilfedienst, Kinderschutzteam etc.)</b>	Durchschnitt 11,1 Standardabweichung 8,0	Durchschnitt 11,0 Standardabweichung 7,9
<b>Berufsjahre als Fachkraft in der Sozialen Arbeit nach erstem einschlägigen Hochschulabschluss</b>	Durchschnitt 15,19 Standardabweichung 9,69	Durchschnitt 15,63 Standardabweichung 10,01
<b>Position im Jugendamt</b>	52% Stabstelle Kinderschutz o.ä. 48% ASD	50% Stabstelle Kinderschutz o.ä. 50% ASD
<b>Einwohnende der Kommune des Jugendamtes</b>		
Bis zu 9999 Einwohnende	3%	3%
10.000 bis 49.999	32%	34%
50.000 bis 99.999	21%	21%
100.000 bis 199.999	15%	13%
200.000 bis 499.999	24%	26%
500.000 und mehr	5%	3%
<b>Anzahl Mitarbeitende im ASD</b>		
11 oder weniger Personen	29%	32%

12 - 25 Personen	23%	24%
26 - 50 Personen	24%	21%
51 - 100 Personen	9%	11%
101 - 200 Personen	14%	13%
mehr als 200 Personen	2 %	0%
<b>Art der Kommune</b>		
Kreisfreie Stadt	41%	45%
Kreisangehörige Gemeinde	52%	47%
Landkreis	8%	8%
Da 2021 in NRW 396 Kommunen gelistet waren und die Jugendämter oftmals für mehrere Kommunen zuständig sind, ist eine Aussage über die Repräsentativität nicht möglich.		

Tabelle 4 Merkmale der Untersuchungsgruppen n=66 und n=38

## 4.2. Erfahrung und Ausbildungsinhalte

Die teilnehmenden Jugendamtsmitarbeitenden schätzen ihre Erfahrung im Kinderschutz hoch ein. Differenziert nach Position im Jugendamt geben die Mitarbeitenden der Kinderschutzstabstellen zu 41,2% an, dass sie über *viel* Erfahrung in der Bearbeitung von Kinderschutzfällen verfügen. 55,9% schätzen, dass sie über *sehr viel* Erfahrung verfügen. Die Mitarbeitenden aus dem ASD schätzen ihre Erfahrung mit 50% bei *viel* Erfahrung und 43,8% mit *sehr viel* Erfahrung im Schnitt geringer ein. Eine ausreichende Thematisierung der Inhalte zu *Medizin, Kinderschutz* und *Medizinischem Kinderschutz* wird von den Studienteilnehmenden oftmals nicht beschrieben. Von diesen Inhalten wird der *Medizinische Kinderschutz* am wenigsten thematisiert, nämlich bei 50% der Befragten *gar nicht* und 48% stimmen nur *wenig* zu. Ausreichend medizinische Grundlagen erhalten zu haben geben 5% *mit voller Zustimmung* an und 30% stimmen *etwas* zu, jedoch geben auch hier mit 29% fast ein Drittel der Teilnehmenden an, dass medizinische Grundlagen nicht ausreichend

thematisiert wurden. Ein nahezu ähnliches Ergebnis liefert die Frage nach der ausreichenden Thematisierung des Kinderschutzes. Hier stimmen 27% *nicht zu* und 32% *wenig zu*, dass eine ausreichende Thematisierung stattgefunden hat. Eine bedingte Zustimmung (*stimme etwas zu*) geben 36% und *volle Zustimmung* ebenso wie bei medizinischen Grundlagen lediglich 5%.

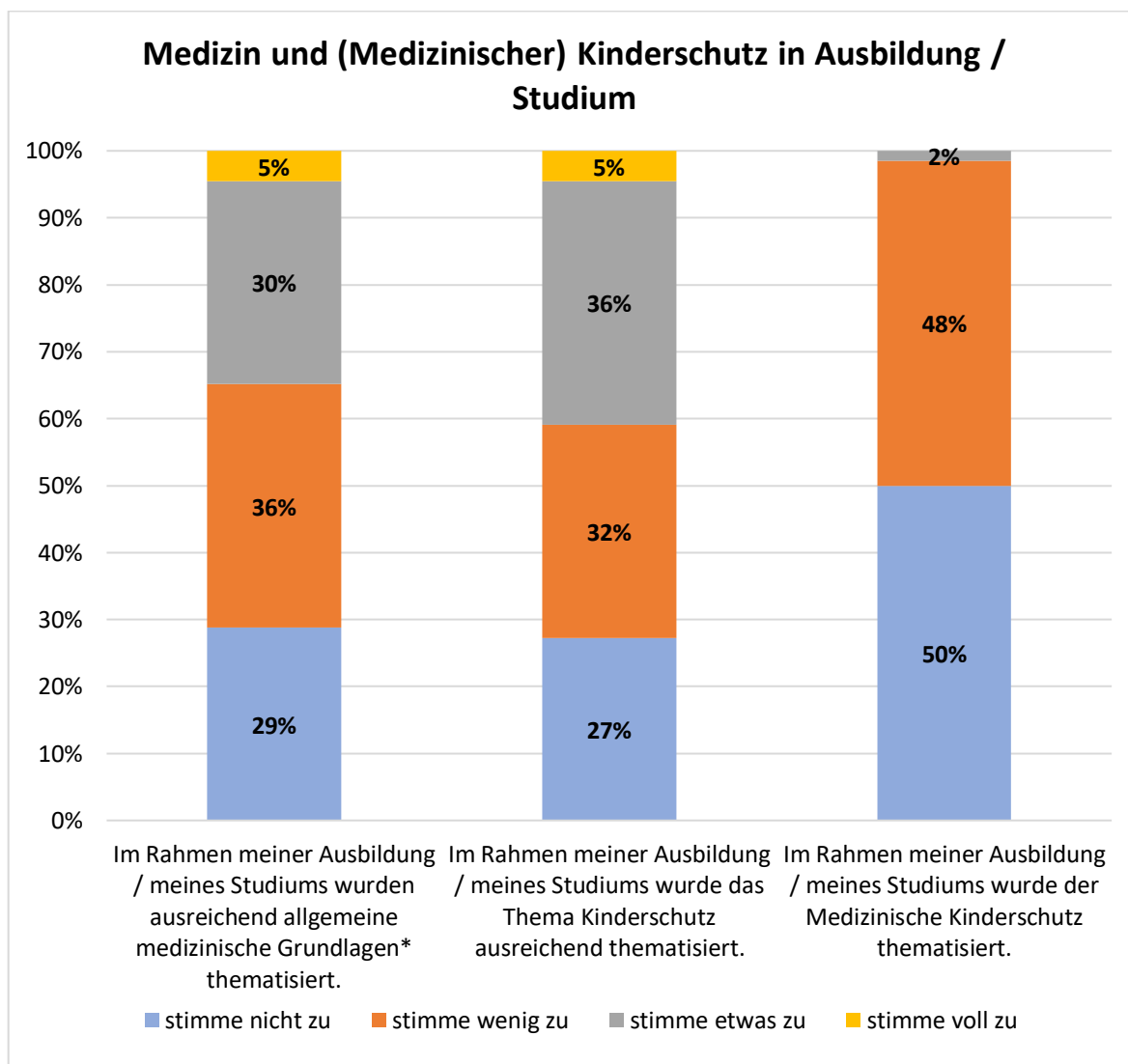


Abbildung 3 Medizin und (Medizinischer) Kinderschutz in Ausbildung / Studium (n=66)

In Bezug auf das Studium wurde noch erhoben, ob die Teilnehmenden einen Studiengang *Kinderschutz* abgelöst vom Studium der Sozialen Arbeit befürworten würden. Hier stimmten 32% zu, 47% lehnten diese Idee ab und die übrigen hatten keine festgelegte Meinung. Für die interne Konsistenz dieser Skala aus drei Fragen zu bestimmen, wurde ein Cronbachs Alpha mit .66 berechnet.



Der Wissenserwerb zum Medizinischen Kinderschutz im Rahmen der Einarbeitung wurde ebenfalls beleuchtet. Hier ergab die Reliabilitätsprüfung dieser Skala ein Cronbachs Alpha von .75.

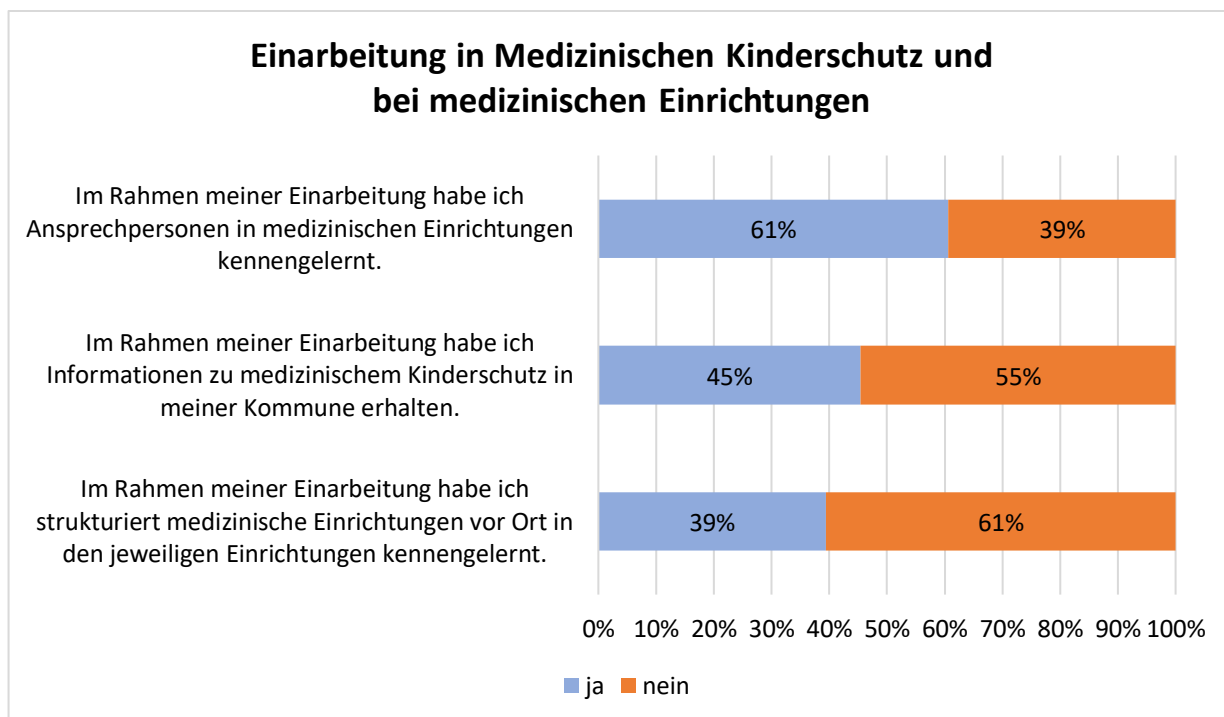


Abbildung 4 Einarbeitung im Medizinischen Kinderschutz und in medizinischen Einrichtungen (n=66)

Mehr als 60% haben in der Einarbeitung Ansprechpersonen aus medizinischen Einrichtungen kennengelernt. Weniger als die Hälfte der Jugendamtsmitarbeitenden gab an, in der Einarbeitung Informationen zum Medizinischen Kinderschutz erhalten zu haben (45%). Strukturiert vor Ort wurden bei 39% medizinische Einrichtungen vorgestellt.

Bei näherer Betrachtung, in welchen medizinischen Einrichtungen den Jugendamtsmitarbeitenden persönlich bekannte Ansprechpersonen für Kinderschutzthemen arbeiten (Die Reliabilität dieser Skala ergab ein Cronbachs Alpha von .73.), zeigt sich folgendes Bild:

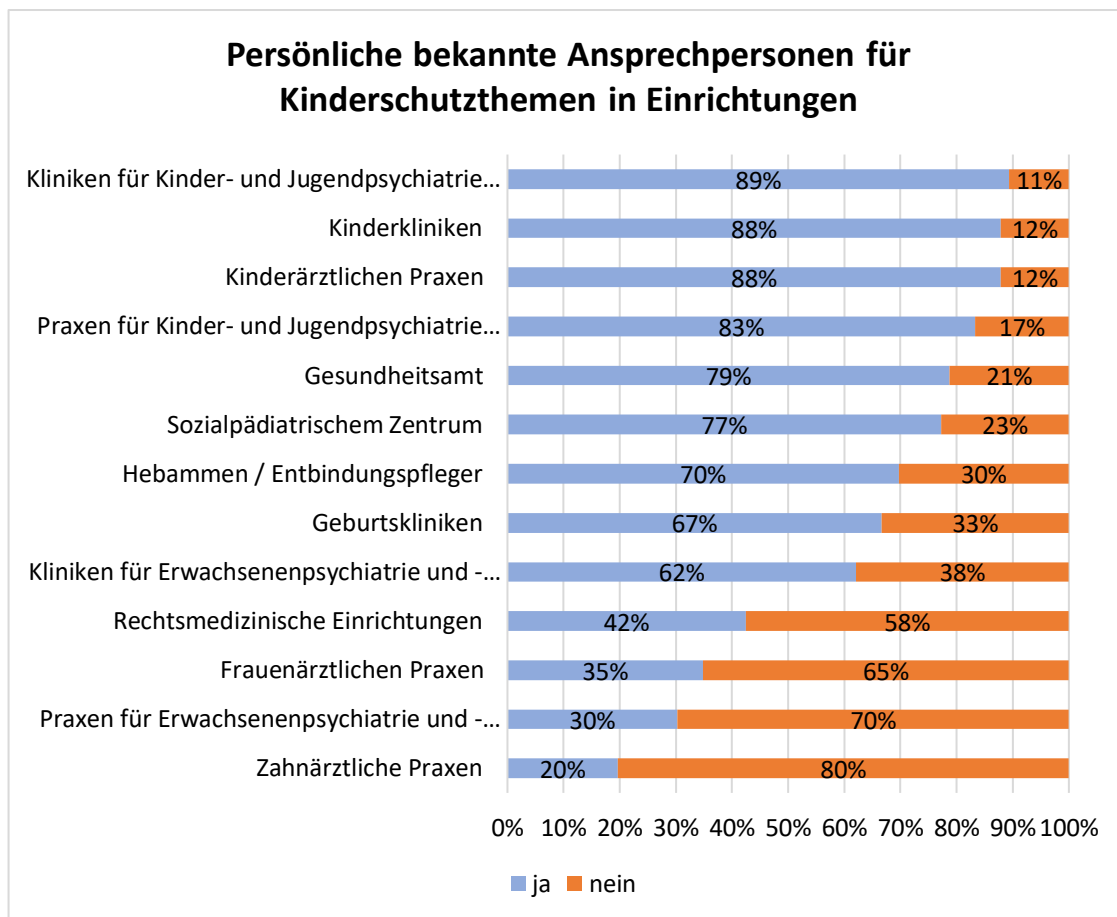


Abbildung 5 Ansprechpersonen im Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen (n=66)

In Kliniken und Praxen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der pädiatrischen Kliniken und Praxen sind diese Ansprechpersonen über 80% der Jugendamtsmitarbeitenden *bekannt*. Ebenfalls bei mehr als 2/3 der Befragten sind auch in Gesundheitsamt, Sozialpädiatrischen Zentren, bei Hebammen und Entbindungspflegern sowie in Geburtskliniken Kinderschutzansprechpersonen *persönlich bekannt*. Kliniken (62%) und Praxen für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (30%), rechtsmedizinische Einrichtungen (42%) sowie frauenärztliche Praxen (35%) sind *weniger bekannt* und mit 20% *wenig* diesbezüglich *bekannt* sind Ansprechpersonen in zahnärztlichen Praxen.

Wenn Ansprechpersonen persönlich bekannt sind, so stellt sich einerseits die Frage, ob die Befragten davon ausgehen, aktuelle Kontaktdaten zu haben und auch, ob ebenfalls Kontaktdaten für Vertretungsfälle bekannt sind.

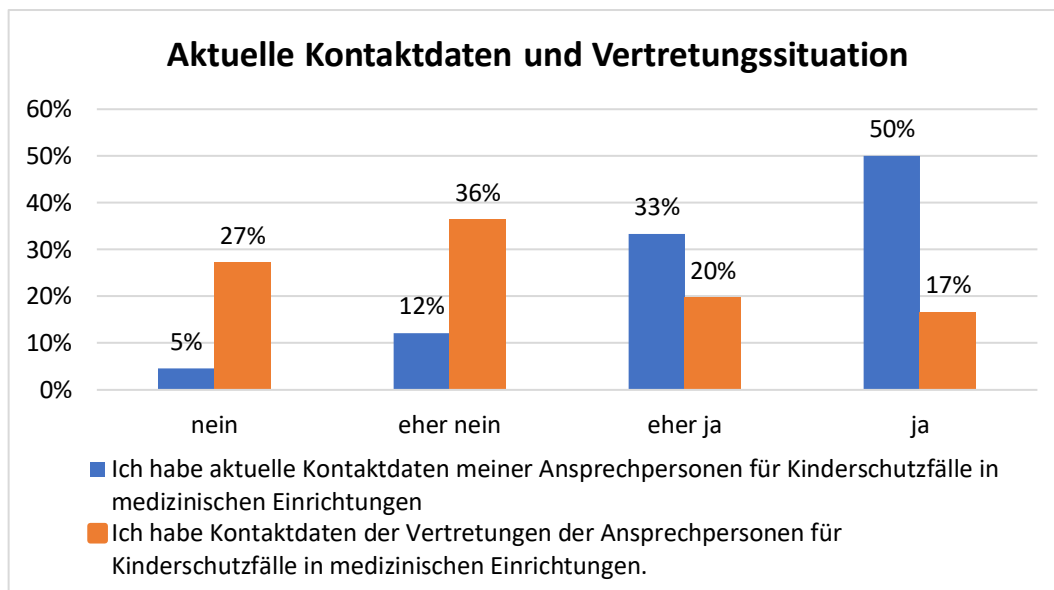


Abbildung 6 Vorliegende Kontaktdaten von Ansprechpersonen im Gesundheitswesen (n=66)

Mit einem Cramers V von .37 lässt sich ein deutlicher statistisch auffälliger Unterschied der beiden Datenreihen gesichert annehmen. Kumuliert gehen 83% davon aus, dass sie aktuelle Kontaktdaten für diesbezügliche Fälle haben (*eher ja* und *ja*), bei den Vertretungen der Ansprechpersonen sind es kumuliert 47%. Hier geben 27% an, nicht über Kontaktdaten der vertretenden Personen zu verfügen.

Wie nach den Fragen zur strukturierten Einarbeitung zu erwarten, wurden die bestehenden Kontakte weitestgehend (47%) oder mit voller Zustimmung (39%) selbst aufgebaut, was jedoch nicht heißt, dass dieses Wissen bei der jeweiligen Person, die die Kontakte aufgebaut hat, nicht auch für Kolleg:Innen genutzt würde.

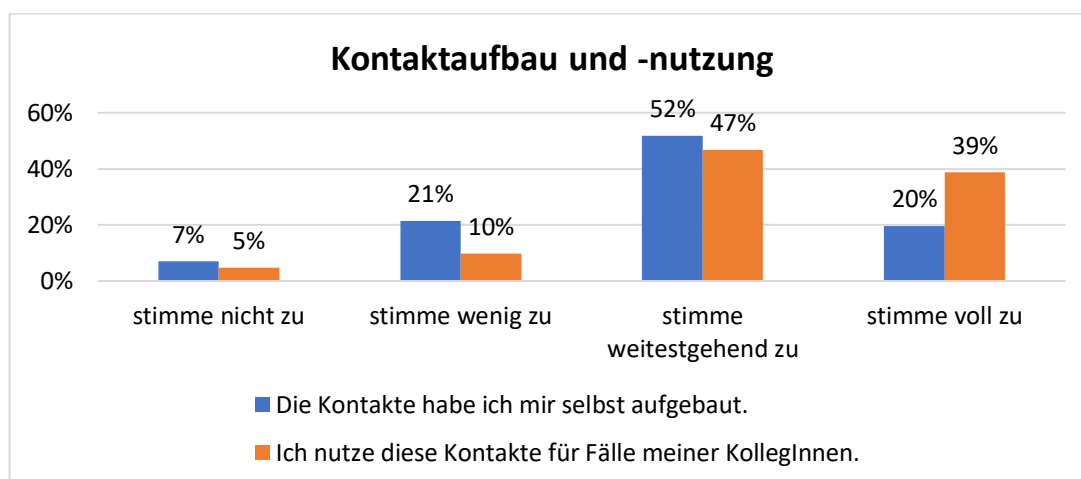


Abbildung 7 Kontaktaufbau und -nutzung (n=66)

Hier geben kumulierte 86% an ihre Kontakte weitestgehend (47%) oder mit voller Zustimmung (39%) auch für Fälle der Kolleg:Innen zu nutzen.

### 4.3. Strukturen der beteiligten Kommunen

Einleitend werden zunächst basale Attribute der Kommunen dargestellt, wobei neben statischen und übergreifenden Attributen wie der Art der Kommune auch Attribute abgebildet werden, die speziell auf die Jugendämter abzielen.

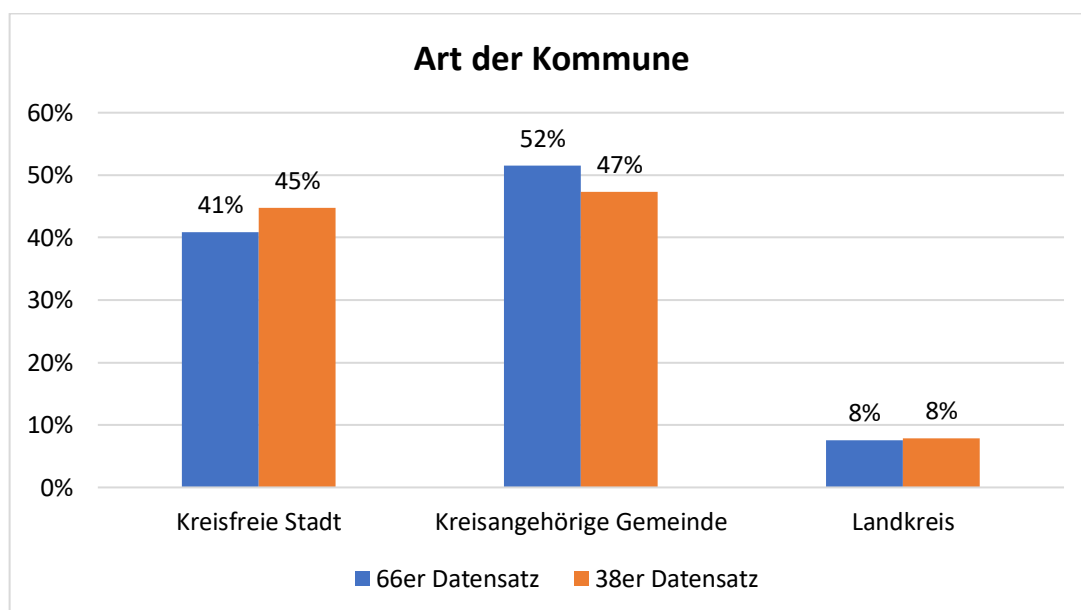


Abbildung 8 Art der Kommune

Zur Vervollständigung der Beschreibung der Unterschiede zwischen den beiden Datensätzen  $n=66$  und  $n=38$  sei an dieser Stelle erwähnt, dass leichte Unterschiede bei der Art der Kommune bestehen, die sich jedoch später nicht auswirken (siehe nachfolgende Ergebnisse) und daher bereits hier unkommentiert bleiben.

### 4.4. Strukturen der beteiligten Jugendämter

Die nachfolgende Abbildung stellt dar, wie viele Mitarbeitende in den beteiligten Jugendämtern der antwortenden Person arbeiten.

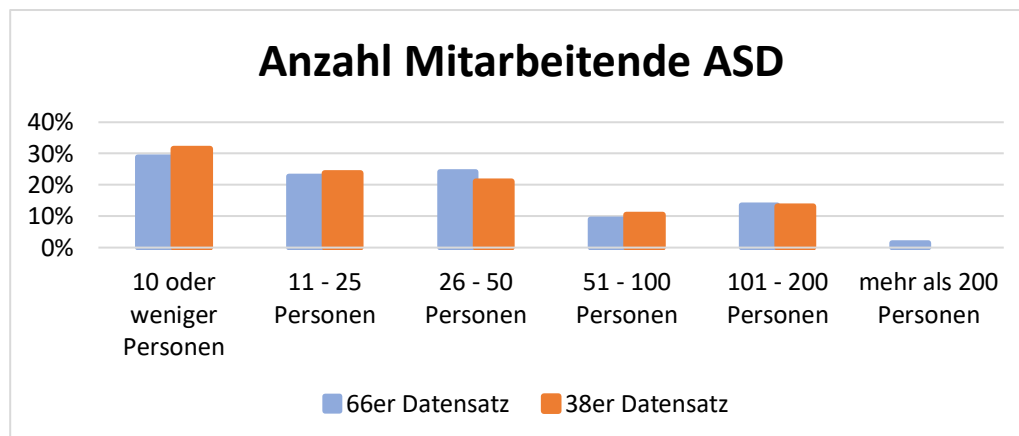


Abbildung 9 Anzahl der Mitarbeitenden im ASD

## 4.5. Strukturen im Kinderschutz in den beteiligten Kommunen / Jugendämtern

Bevor es dazu kommen kann, dass die Jugendämter durch medizinische Einrichtungen in Kinderschutzfällen involviert werden, stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten die Jugendämter bereithalten, um die Verbreitung des Wissens um die Angebote des Jugendamtes zu stärken.

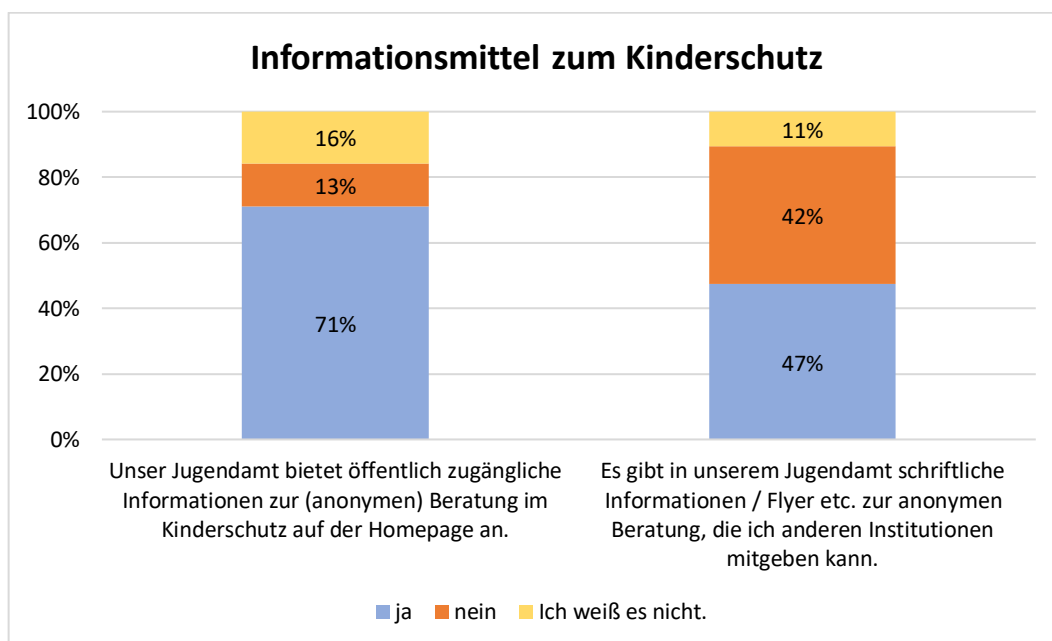


Abbildung 10 Informationsmittel zum Kinderschutz (n=38)

Über 70% der Jugendämter (hier n=38, da der Einfluss der beantwortenden Person geringer als der Einfluss der tatsächlich bestehenden Struktur eingeschätzt wird) haben Informationen zur (anonymen) Beratung im

Kinderschutz auf der Homepage und knapp die Hälfte der Jugendämter (47%) hat auch schriftliche Informationen, um diese händisch mitzugeben. Mindestens bei den schriftlichen Informationen zur Mitgabe sind die *Ich weiß es nicht* – Antworten mit *nein* gleichzusetzen, da davon auszugehen ist, dass unbekannte Medien auch nicht genutzt werden können.

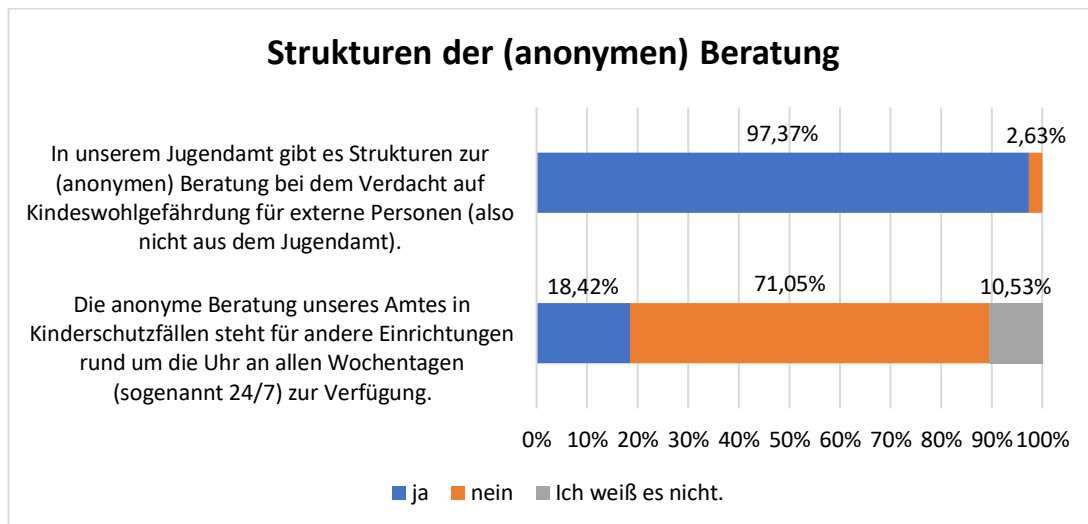


Abbildung 11 Strukturen der (anonymen) Beratung (n=38)

Nahezu alle Jugendämter (n=38) halten eine Struktur zur (anonymen) Beratung bei Kindeswohlverdachtsfällen für externe Personen bereit. Diese Strukturen stehen externen Einrichtungen jedoch nur in 18% der Jugendämter gesichert *rund um die Uhr* zur Verfügung. In mehr als 70% ist dies nicht der Fall.

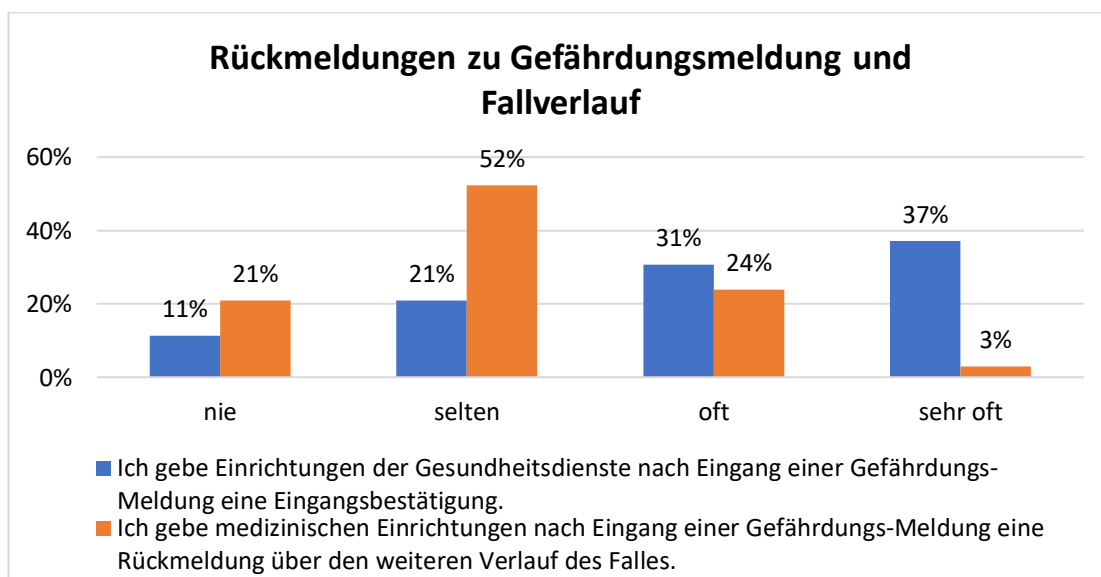


Abbildung 12 Rückmeldungen zu Gefährdungsmeldung und Fallverlauf (n=66)

Deutlich wird, dass sowohl in Bezug auf den Eingang der Meldung als auch auf den weiteren Verlauf des Falles nicht davon gesprochen werden kann, dass verlässlich Rückmeldungen in einem Fall gegeben werden. Geben noch 68% der Jugendamtsmitarbeitenden den medizinischen Einrichtungen (*sehr oft*) eine Rückmeldung zum Eingang ihrer Meldung, so erfahren nur 27% der meldenden medizinischen Einrichtungen durch das Jugendamt, wie im entsprechenden Fall weiter verfahren wurde. Keinerlei Rückmeldungen geben bei Eingang einer Gefährdungsmeldung 11% und zum weiteren Verlauf des Falles 21% der Jugendamtsmitarbeitenden. Ein Cramers V von .24 bestätigt den statistischen Zusammenhang bzw. Unterschied dieser beiden Fragen. Wenn Rückmeldungen gegeben werden, so geschieht dies deutlich wahrscheinlicher persönlich bzw. telefonisch. Eher schriftliche Rückmeldungen geben deutlich weniger Befragte als gewählten Rückmeldeweg an. Knapp die Hälfte der Befragten hat keinen präferierten Weg.

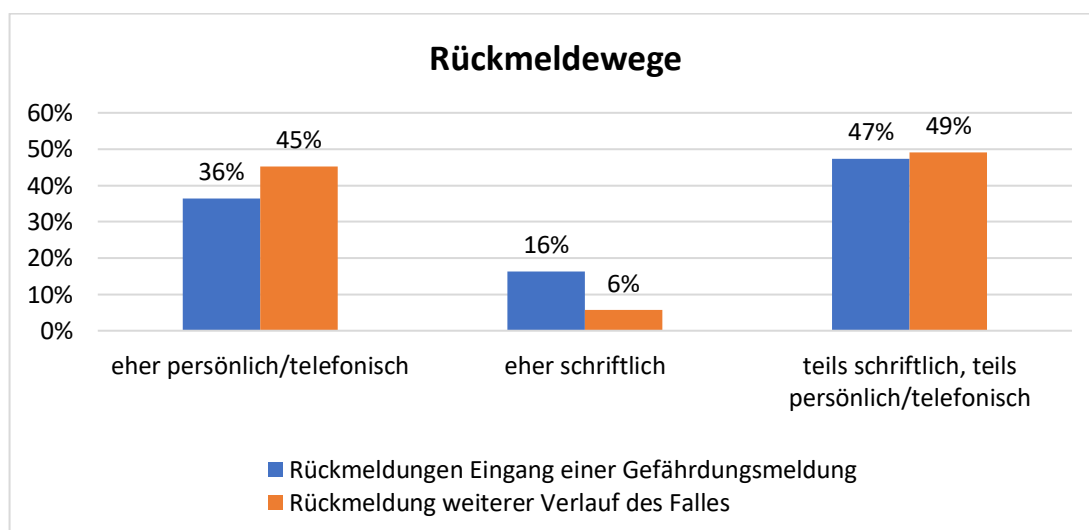


Abbildung 13 Rückmeldewege (n=66)

Die Jugendamtsmitarbeitenden geben folgende Gründe an, weshalb keine Rückmeldung gegeben wird:

- Weil ich niemanden erreichen konnte. 4%
- Es gibt eine interne Anweisung keine Rückmeldung zu geben. 8%
- Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen. 18%
- Es wurde keine Rückmeldung gewünscht. 22%
- Aus datenschutzrechtlichen Gründen. 73%

Im Freitext werden folgende Anmerkungen ergänzt:

- „Kind bereits aus Klinik entlassen, weiterer Verlauf ist anderweitig (z.B. mit Kinderarztpraxis, Hebammen, Kita...) zu klären.“
- „Die Einrichtungen haben keinen Anspruch auf Rückmeldung, wie es weitergegangen ist.“
- „Geht in der Arbeit am Fall unter.“

#### **4.6. Strukturen im Medizinischen Kinderschutz in den beteiligten Kommunen / Jugendämtern**

Im Medizinischen Kinderschutz ist ein wichtiger Meilenstein die Überleitung von Fällen, bei denen nach einer Gefährdungsanalyse gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung identifiziert wurden. In der nachstehenden Abbildung wird deutlich, dass *sehr oft* lediglich Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinderkliniken sowie Geburtskliniken *häufiger* (9%, 8% bzw. 5%) Meldungen abgeben. Der stationäre Bereich des Gesundheitswesens hat also hier eine deutliche Vorrangstellung bei den *sehr häufigen* Meldungen.



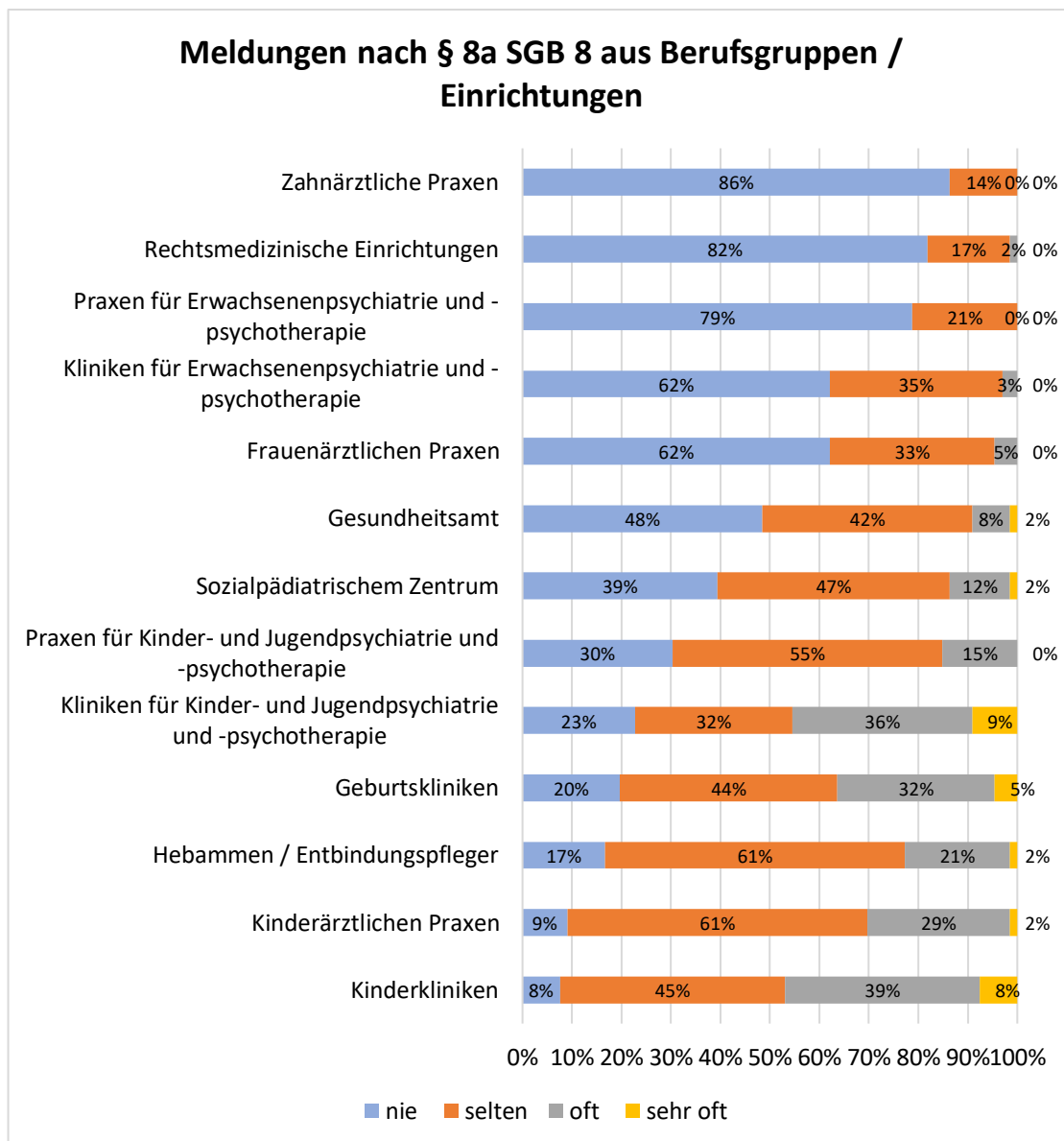


Abbildung 14 Meldungen nach § 8a SGB 8 aus Berufsgruppen / Einrichtungen

Bei einer kumulierten Betrachtung der Antwortoptionen *oft* und *sehr oft* zeigt sich folgendes Bild:

Kinderkliniken	47%
Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47%
Geburtskliniken	37%
Kinderärztliche Praxen	31%
Hebammen / Entbindungspfleger	23%

Alle weiteren Werte sind der Abbildung zu entnehmen. Diese Meldungen erfolgen *sehr oft* (11%) bzw. *oft* (48%) ohne vorliegende Schweigepflichtsentbindung der Sorgeberechtigten. Da in Kooperationen Informationsflüsse in aller Regel nicht eindimensional sind, bietet es sich an dieser Stelle an, den Umgang mit den erfolgten Meldungen in Bezug auf

Rückmeldungen an die Einreichenden zu erheben (siehe hierzu auch Abbildung 12).

Nachdem bereits oben die Strukturen der (anonymen) Beratung im Kinderschutz allgemein beschrieben wurden, wurde auch in diesem Punkt auf den Kinderschutz in Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens fokussiert. Hier geben aus der Grundgesamtheit (n=38) 68% der Jugendamtsmitarbeitenden an, dass es im jeweiligen Jugendamt eine spezielle Ansprechperson für die (anonyme) Beratung von Mitarbeitenden aus den medizinischen Einrichtungen gibt. Es ist davon auszugehen, dass es in 32% der Jugendämter (*nein* = 29%, *Ich weiß es nicht* = 3%) solche Angebote nicht gibt.

Um diese vorgehaltenen Angebote nutzen zu können, bedarf es auch auf Seiten der Mitarbeitenden der medizinischen Einrichtungen um das Wissen, dass es nach § 4 KKG anonyme Beratungsmöglichkeiten für sie gibt. Die Jugendamtsmitarbeitenden nehmen an, dass 38% dies *nicht* (4%) oder *eher nicht* (34%) wissen.

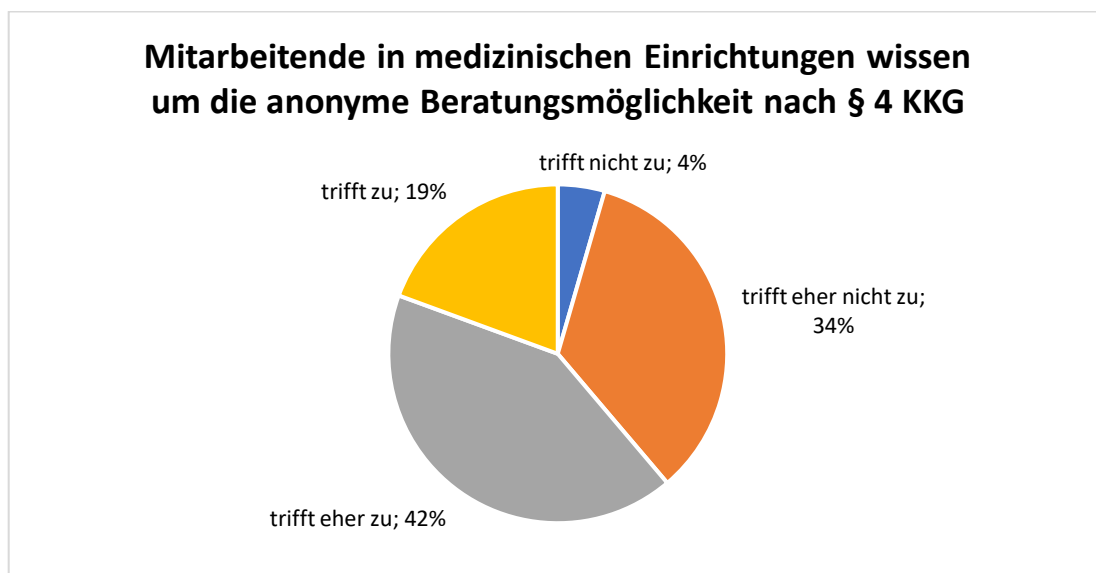


Abbildung 15 Wissen um anonyme Beratungsmöglichkeit (n=66)

Nachdem nun potenzielle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der (anonymen) Beratung betrachtet wurden, stellt sich die zentrale Frage wie häufig diese Beratungen in der jugendamtlichen Praxis überhaupt vorkommen.

Hier geben 66% der Jugendamtsmitarbeitenden an, dass dies *selten* geschieht. Bei 12% der Studienteilnehmenden kommen Beratungen aus dem

Gesundheitswesen in Kinderschutzfällen *gar nicht* vor. Lediglich bei 18% sind diese Konstellationen *oft* bzw. bei 4% *sehr oft* anzutreffen.

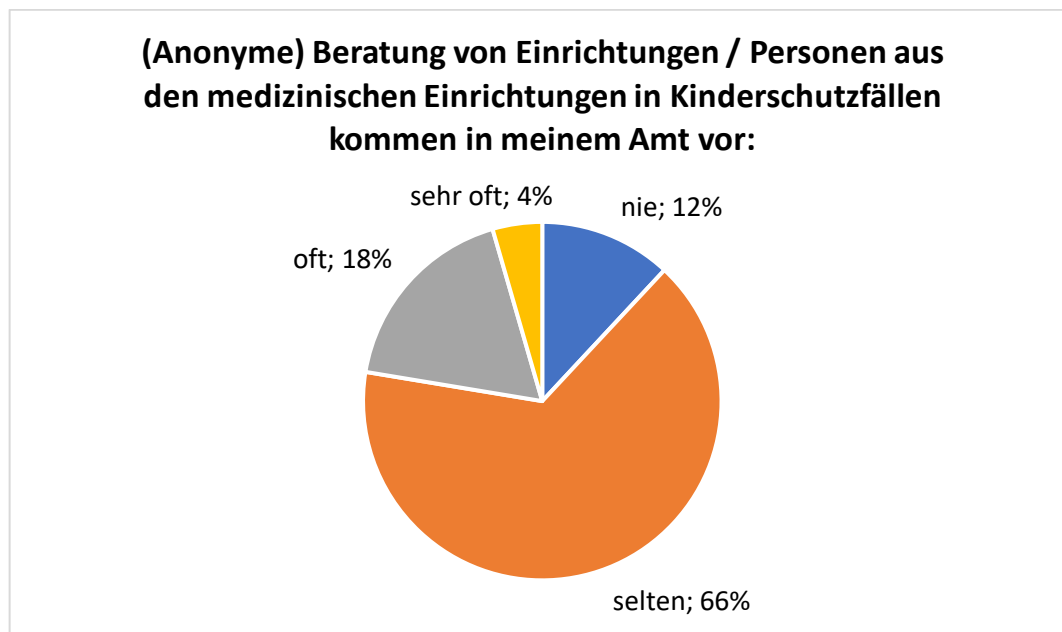


Abbildung 16 Vorkommen von (anonymer) Beratung des Gesundheitswesens (n=66)

Im Duktus des Ablaufs von Kinderschutzfällen schließt sich nun ein gemeinsames Gespräch des Jugendamts mit der medizinischen Einrichtung (und in der Regel auch der beteiligten Familie) an.

Für die nachfolgenden Fragen wurden die Antworten gefiltert und nur die Antworten der ASD-Mitarbeitenden (n=32) genutzt, da davon auszugehen ist, dass die Kinderschutzstabsstellen weniger bzw. anders in das Alltagsgeschäft eingebunden sind. Die Jugendamtsmitarbeitenden berichten hierzu, dass sie zu 38% *selten* und zu 6% *nie* an gemeinsamen Gesprächen mit Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen teilnehmen. Die Hälfte der Antwortenden gibt an, dass dies *oft* geschehe und 4% führen diese Gespräche *sehr oft*.

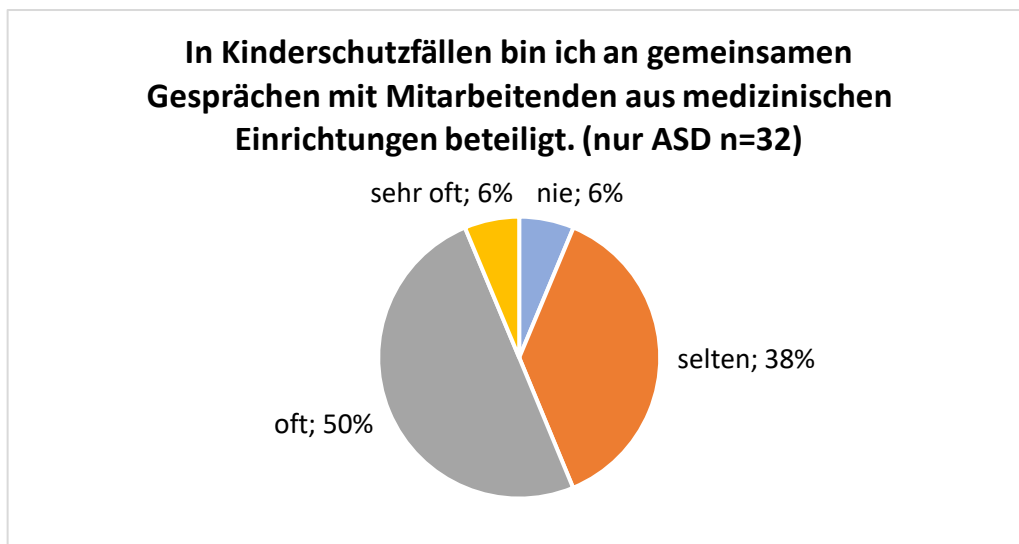


Abbildung 17 Beteiligung der Jugendamtsmitarbeitenden an Gesprächen in medizinischen Einrichtungen

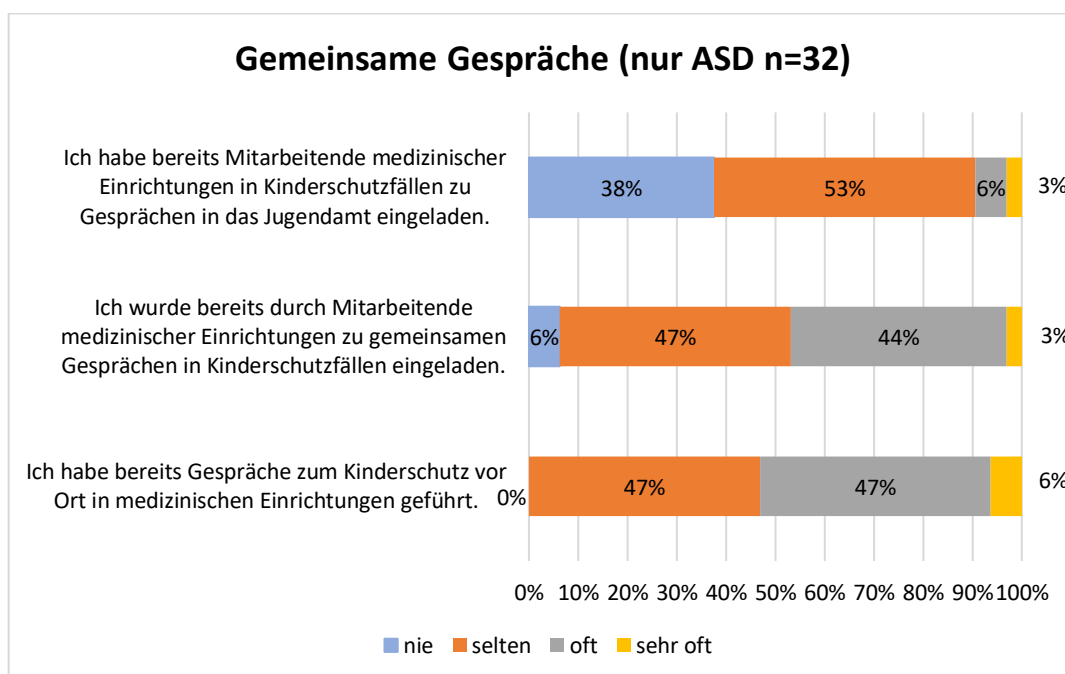


Abbildung 18 Gemeinsame Gespräche in medizinischen Einrichtungen im Kinderschutz (nur ASD Mitarbeitende)

Die ASD-Mitarbeitenden laden tendenziell *nie* (38%) oder *selten* (53%) Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen in das Jugendamt ein. Sie werden deutlich häufiger (44% *oft* und 3% *sehr oft*) zu ebenjenen Gesprächen durch die Mitarbeitenden der medizinischen Einrichtungen zu Gesprächen eingeladen. Nur 6% berichten, dass dies *nie* eintritt. Gespräche vor Ort in den medizinischen Einrichtungen führen 6% *sehr oft*, 47% *oft* und ebenfalls 47% *selten*.

Die Terminierung dieser Gespräche in Bezug darauf, dass die Ergebnisse für die Gefährdungseinschätzung bzw. Hilfeplanung nutzbar sind, wird jugendamtsseitig folgendermaßen bewertet:

<i>Gespräche gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen finden zu einem angemessenen Termin statt, damit ich die Ergebnisse für die Gefährdungseinschätzung bzw. Planung der Hilfen im Fall nutzen kann.</i>	
stimme nicht zu	12%
stimme wenig zu	22%
stimme etwas zu	45%
stimme voll zu	21%

Ein gutes Fünftel stimmt einer angemessenen Terminierung *voll zu*, 45 % *stimmen etwas zu* und 12% *stimmen nicht zu*.

Die medizinischen Fachbegriffe, die in diesen gemeinsamen Gesprächen genutzt werden, sind *oft* (72%) oder *sehr oft* (10%) für die Jugendamtsmitarbeitenden nachvollziehbar. Es gibt also auch einen beachtenswerten Anteil von Jugendamtsmitarbeitenden, für die diese Begrifflichkeiten *selten* (15%) oder *nie* (3%) nachvollziehbar sind.

Bei der Erhebung der bestehenden schriftlichen Absprachen zur Zusammenarbeit (hier n=66), ist anzunehmen, dass nicht bekannte Kooperationsvereinbarungen nicht genutzt werden können. Daher wird im folgenden Diagramm, nicht zwischen *Nein* und *Unsicher* unterschieden, sondern die beiden Werte addiert dargestellt. Der jeweilige Anteil der unsicheren Antworten lässt sich im vorhergehenden Diagramm ablesen.

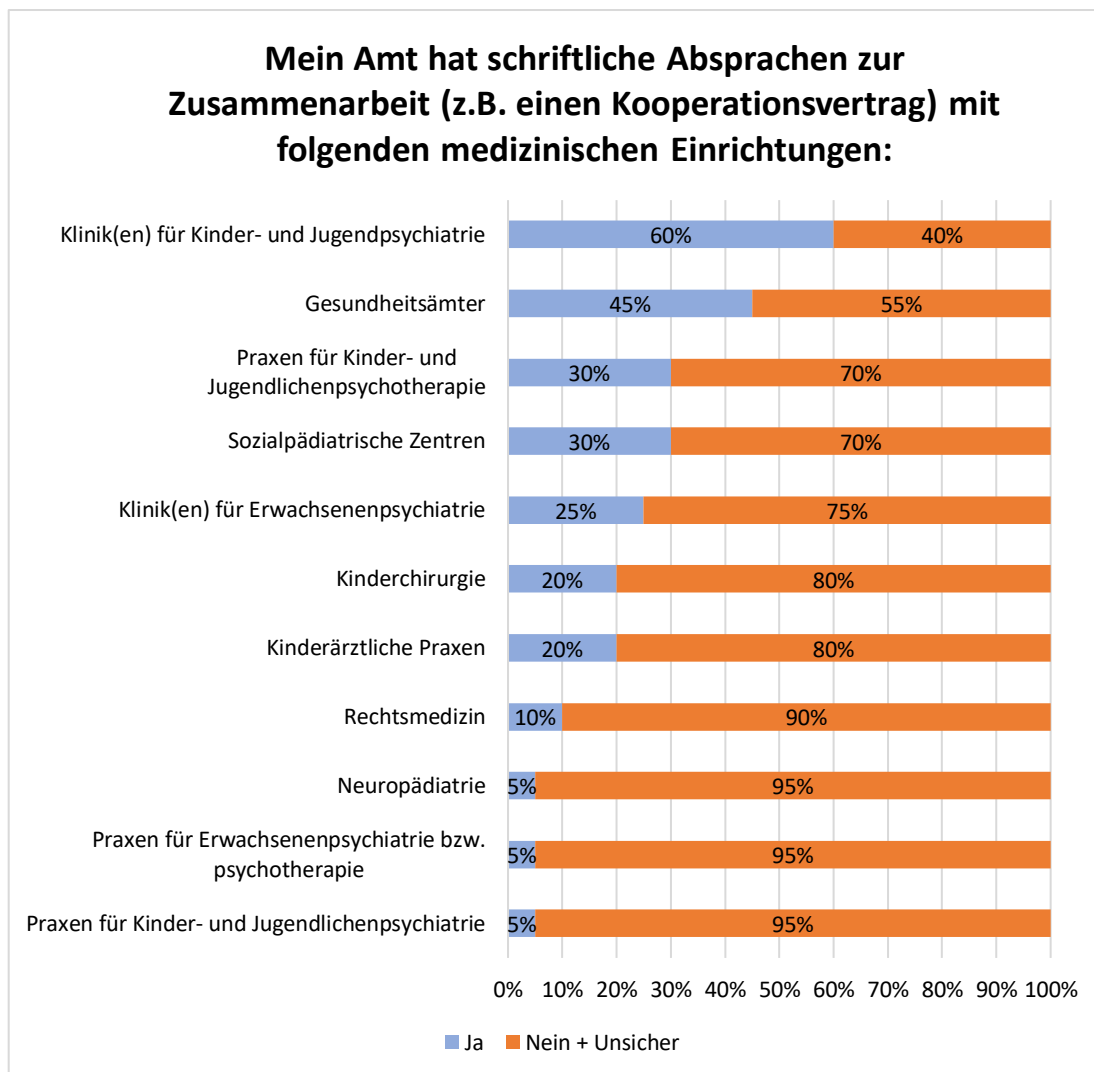


Abbildung 18 Schriftliche Kooperationsabsprachen mit medizinischen Einrichtungen kumuliert (n=66)

Die Analyse der hier dargestellten Häufigkeiten zeigt, dass nicht unwahrscheinlich mit 60%, bzw. 45%, nur die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie die Gesundheitsämter mit den Jugendämtern strukturell in Bezug auf die Zusammenarbeit verknüpft sind. Bei 30% der Antwortenden finden sich noch Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrische Zentren sowie mit einer noch geringeren Häufigkeit Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie.

#### 4.7. Kooperations- und Netzwerkstrukturen

Bei der tieferehenden Betrachtung wurde in einer Kreuztabelle untersucht, ob sich zwischen den Mitarbeitenden im ASD und den Mitarbeitenden in

Kinderschutzstabsstellen beschreiben lässt, dass die Mitarbeitenden im ASD weniger häufig wissen, ob ein solcher Kooperationsvertrag vorliegt. Im ASD geben 22%, gegenüber 38% bei den Beschäftigten in den Stabsstellen an, dass sie um die Existenz schriftlicher Kooperationsabsprachen wissen. Mit einer unsicheren Antwort kommen beim ASD zusätzlich 47% hinzu, die nicht wissen, inwieweit eine solche Absprache existiert. Mit *ich weiß nicht* antworteten bei den Kinderschutzstabsstellen immerhin 18%. Die Mitarbeitenden der Kinderschutzstabsstellen geben zu 44% an, dass keine schriftlichen Absprachen existieren. Bei diesen Ergebnissen ist einerseits zu konstatieren, dass insgesamt davon auszugehen ist, dass bei weniger als 40% der Jugendämter schriftliche Kooperationsabsprachen mit medizinischen Einrichtungen existieren und dass die Durchdringung des Wissens um das Vorliegen schriftlicher Kooperationsabsprachen in den ASD hinein gering ist. Mit einem Cramers V von .32 gibt es einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem Wissen um das Vorliegen schriftlicher Kooperationsabsprachen und der Position im Jugendamt. Selbst wenn keine bilateralen Absprachen vorliegen, könnten interne Vorgaben in den Jugendämtern, den Einbezug des Medizinischen Kinderschutzes regeln, so dass auch dies erhoben wurde.

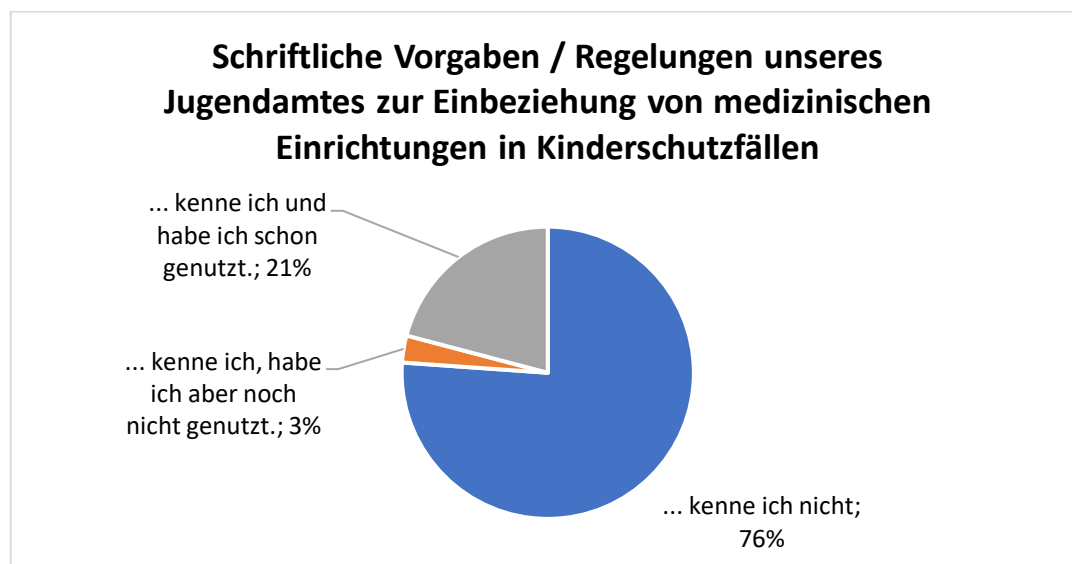


Abbildung 19 Schriftliche Vorgaben / Regelungen zur Einbeziehung medizinischer Einrichtungen n=66)

Schriftliche Vorgaben auf Seiten der Jugendämter, wie bzw. wann in Kinderschutzfällen medizinische Einrichtungen einzubeziehen sind, sind bei drei Viertel der Antwortenden unbekannt. Wenige Antwortende *kennen* solche

Vorgaben / Regelungen, *haben diese jedoch noch nicht genutzt* und 21% *kennen solche Regelungen und haben sie auch bereits genutzt*.

In den Kommunen der beteiligten Jugendämter war zu 71% ein Kinderschutznetzwerk vorhanden. Unsichere Studienteilnehmende wurden nach dieser Frage herausgefiltert, da davon auszugehen ist, dass über ein Netzwerk, zu dessen Existenz keine gesicherte Aussage möglich ist, auch keine weiteren Angaben gemacht werden können. Dort, wo Kinderschutznetzwerke vorhanden sind, gibt jeweils eine Person an, dass sich das jeweilige Jugendamt nicht beteiligt, bzw. dass die Teilnahme nicht sicher beantwortet werden kann und 93% der Jugendämter sind dort vertreten. Da es bei den Freitexten zu den Inhalten einmal den Verweis gibt, dass es noch kein bestehendes Netzwerk gibt, aber bereits Gespräche zum Aufbau eines solchen Netzwerkes, ist davon auszugehen, dass es höchstwahrscheinlich nur eine Kommune gibt, in der zum Zeitpunkt der Erhebung das Jugendamt nicht im Kinderschutznetzwerk beteiligt war. Da aus der betreffenden Kommune auch eine zweite Person an der Befragung teilgenommen hat, die die Aussagen ebenfalls so trifft, scheint diese Aussage verifiziert zu sein. Innerhalb der Kinderschutznetzwerke geben 59% an, dass dort schriftliche Regelungen zur Zusammenarbeit und Organisation vorhanden sind, 41% geben an, dass dies nicht so ist.

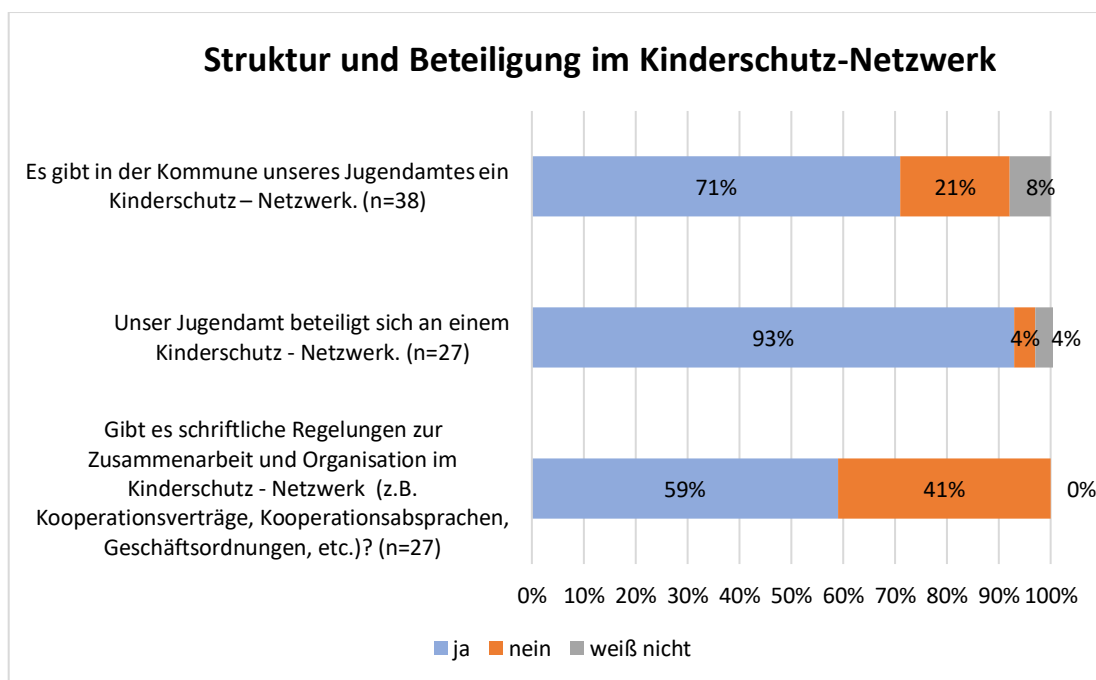


Abbildung 20 Struktur und Beteiligung in Kinderschutznetzwerken



Die Bewertung der Zufriedenheit mit dem lokalen Kinderschutznetzwerk in Bezug auf deren Erreichbarkeit, die Verfügbarkeit und darüber, wie hilfreich das Angebot der anderen Versorgungsstrukturen im Netzwerk für die eigenen Fragestellungen ist und wie die Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ist, zeigt ein sehr homogenes Bild einer mittleren Zufriedenheit (50-57) auf einer Skala von 0-100. Befragt wurden hier nur diejenigen Personen, die angaben, dass ihr Jugendamt an einem Kinderschutznetzwerk beteiligt ist (n=27)

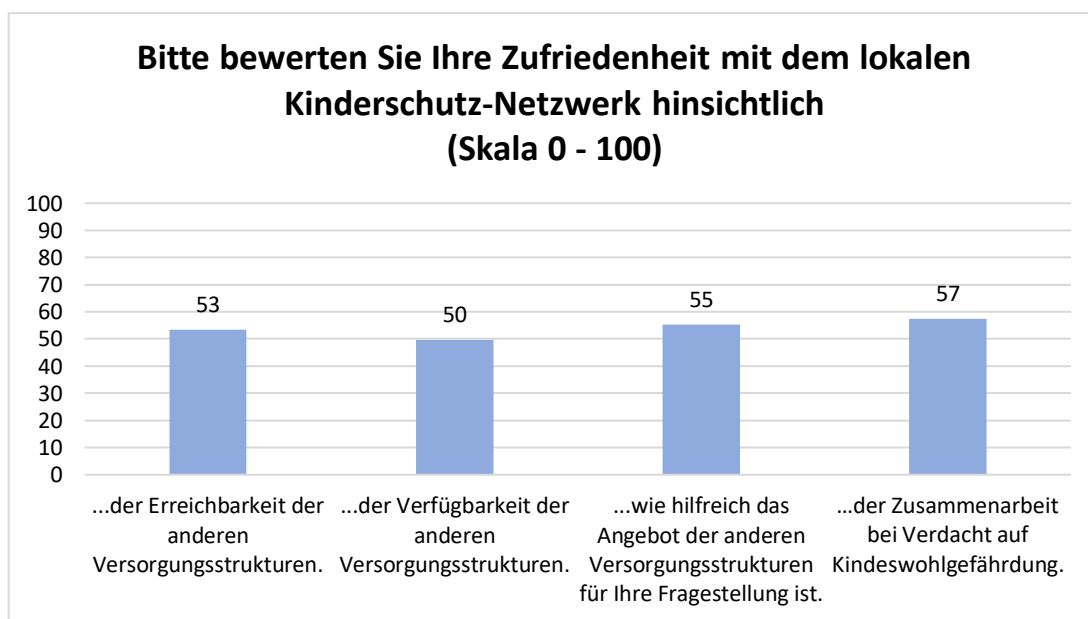


Abbildung 21 Zufriedenheit mit dem lokalen Kinderschutz-Netzwerk (n=27)

Als Inhalte der Netzwerktreffen werden folgende Punkte gewählt:

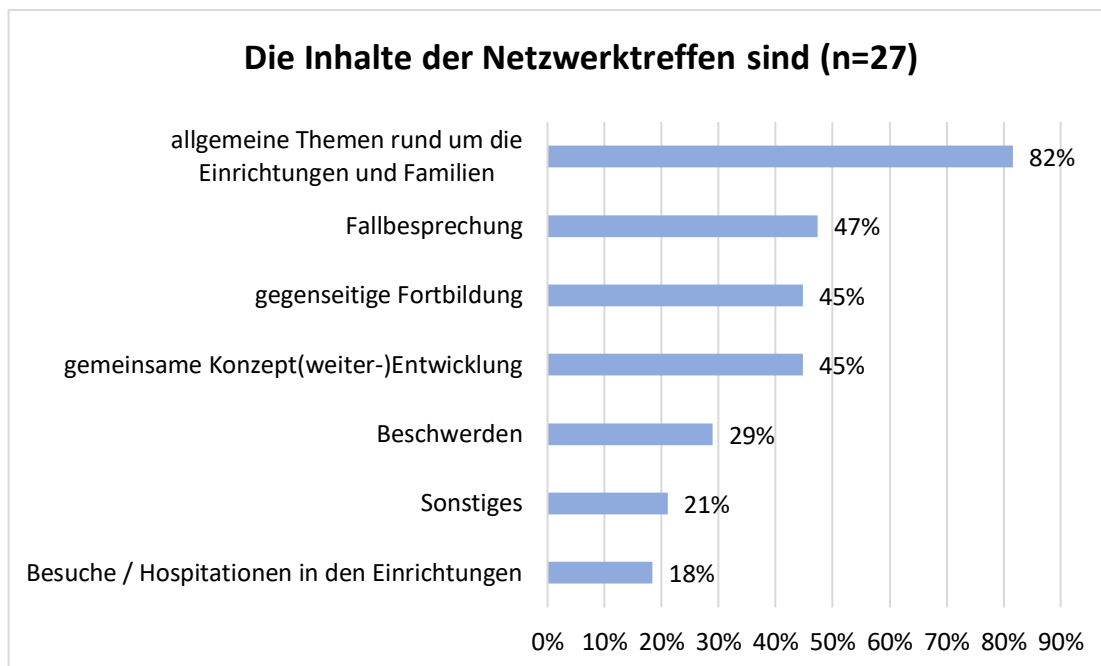


Abbildung 22 Inhalte der Netzwerktreffen

Neben allgemeinen Themen scheinen Fallbesprechungen, gegenseitige Fortbildung und gemeinsame Konzeptarbeit Schwerpunkte der Netzwerke zu sein. Beschwerden und gegenseitige Hospitationen werden deutlich seltener angegeben.

#### 4.8. Prozesse im Medizinischen Kinderschutz

Nach den bereits dargestellten Strukturen im Medizinischen Kinderschutz, wird nun dargestellt, welche konkreten Unterstützungsmöglichkeiten die Jugendamtsmitarbeitenden durch den Medizinischen Kinderschutz wahrnehmen. Hier zeigt sich deutlich, dass im multiperspektivischen Fallverstehen *viel* (38%) bzw. *sehr viel* (41%) Unterstützungsmöglichkeit wahrgenommen wird. Beim Ziehen von Schlussfolgerungen aus den vorhandenen Informationen sehen die Jugendamtsmitarbeitenden mit 50% *viel* und 30% *sehr viel* Unterstützungspotenzial einen ähnlich hohen Wert. Bei der Auswahl der passenden fachlichen Hilfe stimmen deutlich weniger Befragte einem hohen Unterstützungspotenzial zu, wobei insgesamt immer noch knapp 50% *viel* bzw. *sehr viel* Unterstützungsmöglichkeiten angeben. Der Anteil der Befragten, die *gar keine Unterstützungsmöglichkeiten* sehen ist mit 3-6% konstant sehr niedrig.

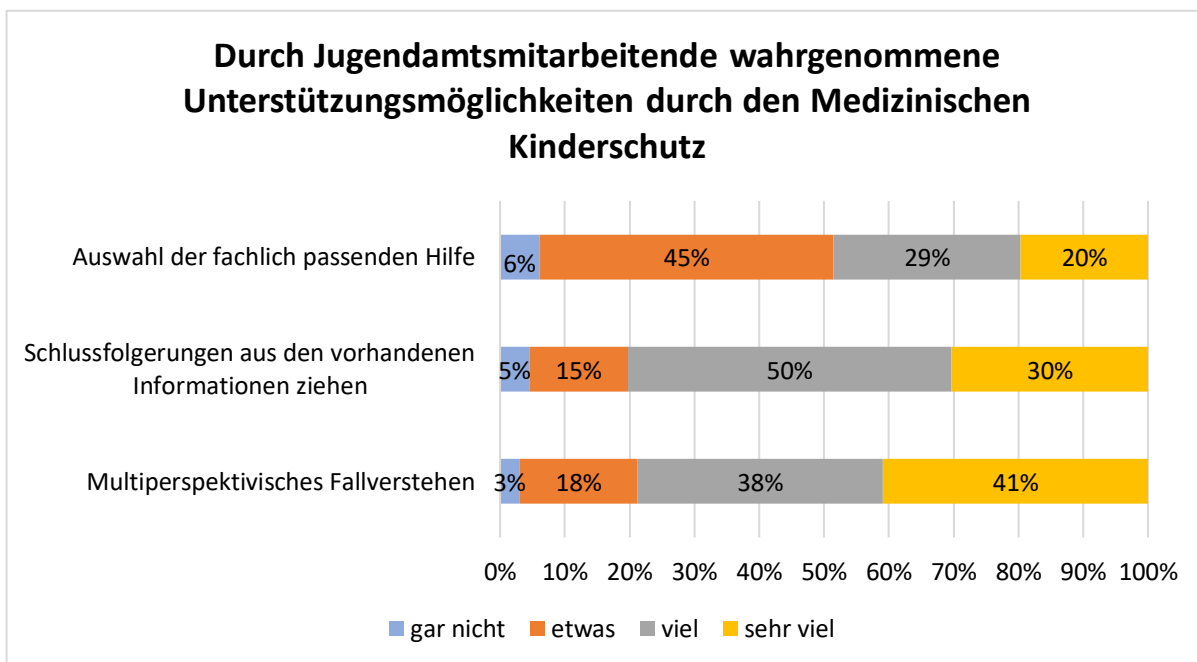


Abbildung 23 Durch Jugendamtsmitarbeitende wahrgenommene Unterstützungsmöglichkeiten durch den Medizinischen Kinderschutz (n=66)

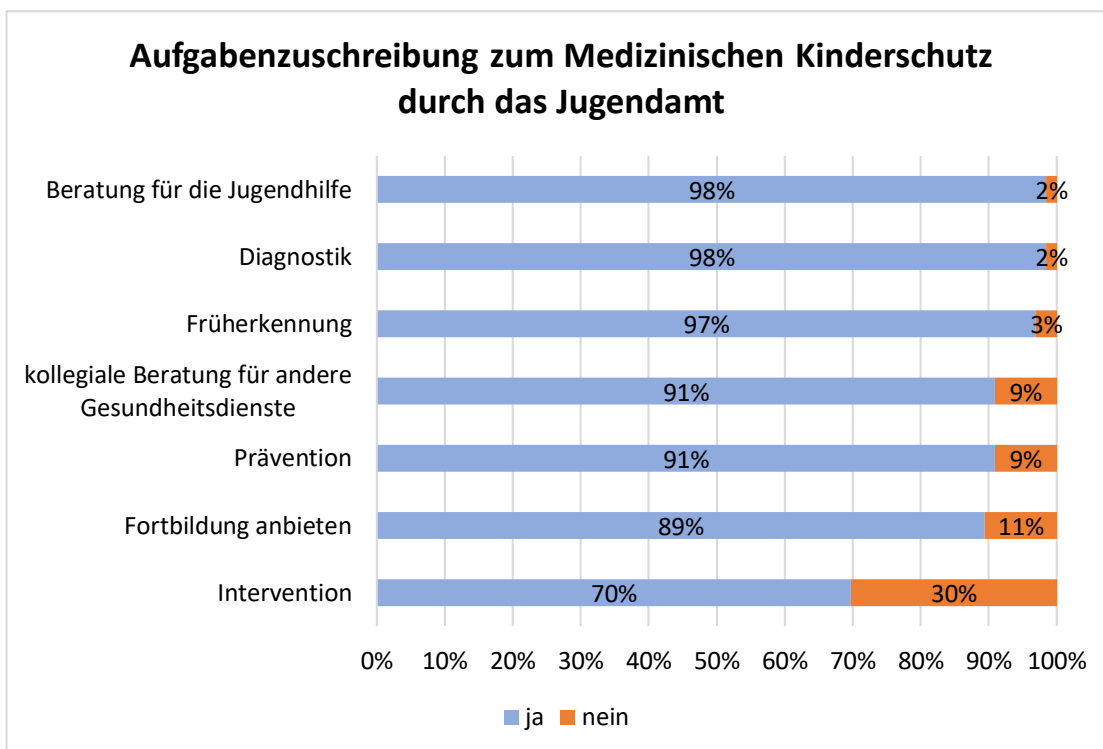


Abbildung 24 Aufgabenzuschreibung durch das Jugendamt (n=66)

Die Jugendamtsmitarbeitenden wurden befragt, welche Aufgaben aus ihrer Sicht für den Medizinischen Kinderschutz zutreffen. Hierbei wurden sämtliche angebotenen Aufgaben mit einer hohen Prozentzahl im Medizinischen

Kinderschutz verortet. Bei näherer Betrachtung finden sich jedoch drei abgestufte Cluster. Die Inhalte *Beratung für die Jugendhilfe, Diagnostik und Früherkennung* sind mit 97% und 98% für die Teilnehmenden eindeutig im Medizinischen Kinderschutz verortet. Die kollegiale Beratung für andere Gesundheitsdienste, Prävention und das Anbieten von Fortbildungen mit 89%-91% sehen ebenso sehr viele, jedoch im Schnitt weniger Probanden dort angesiedelt. Mit deutlichem Abstand ist die Aufgaben *Intervention* lediglich mit 70% in der Wahrnehmung der Jugendamtsmitarbeitenden eine Aufgabe des Medizinischen Kinderschutzes.

Diesem Ergebnis folgend, beantworteten die Jugendamtsmitarbeitenden eine Frage nach der Möglichkeit der weiteren Unterstützung im Kinderschutzfall durch die medizinischen Einrichtungen. Es gibt es keine einzige Rückmeldung dazu, dass die medizinischen Einrichtungen nicht weiter im Fall unterstützen können und nur 5% sehen hier *wenig* Unterstützungsmöglichkeit. Der überwiegende Teil *stimmt hier etwas* (59%) oder auch *voll* (36%) zu, so dass davon auszugehen ist, dass ein grundsätzlicher Wunsch nach Beteiligung der medizinischen Einrichtungen auch nach erfolgter Meldung besteht.

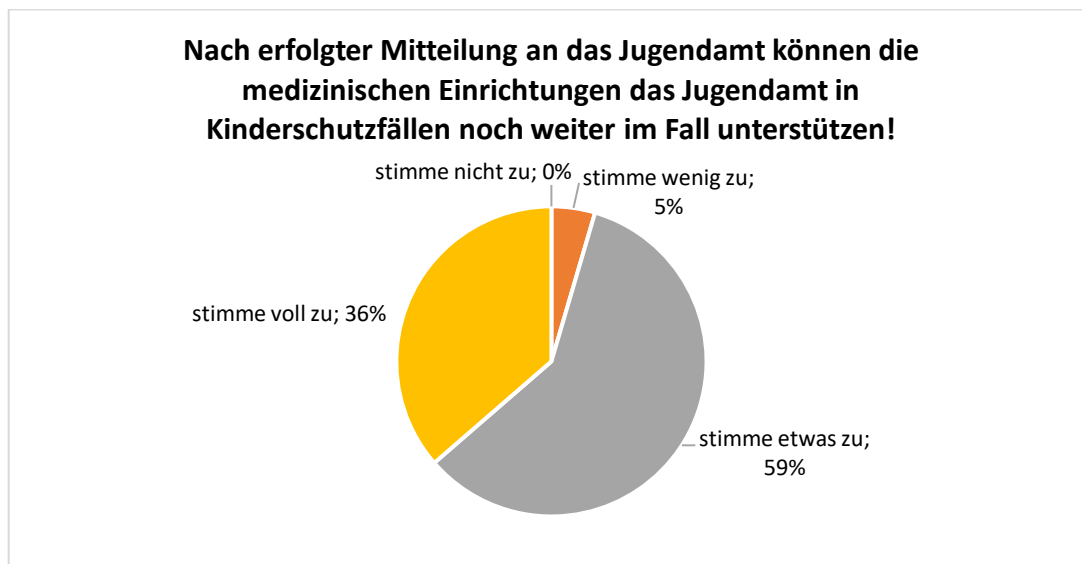


Abbildung 25 Weitere Unterstützungsmöglichkeit durch medizinische Einrichtungen nach erfolgter Meldung (n=66)

#### 4.9. Prozesse der gegenseitigen Inanspruchnahme

Neben der Beschreibung der Kooperationsstrukturen wurde die konkrete Zusammenarbeit auf Fallebene erhoben. Da sich die Aussagen jeweils auf das gesamte Jugendamt beziehen, wird für die Beantwortung dieser Fragen i.d.R. mit n=66, also der vollen Grundgesamtheit gearbeitet, Abweichungen sind jeweils am konkreten Item beschrieben.

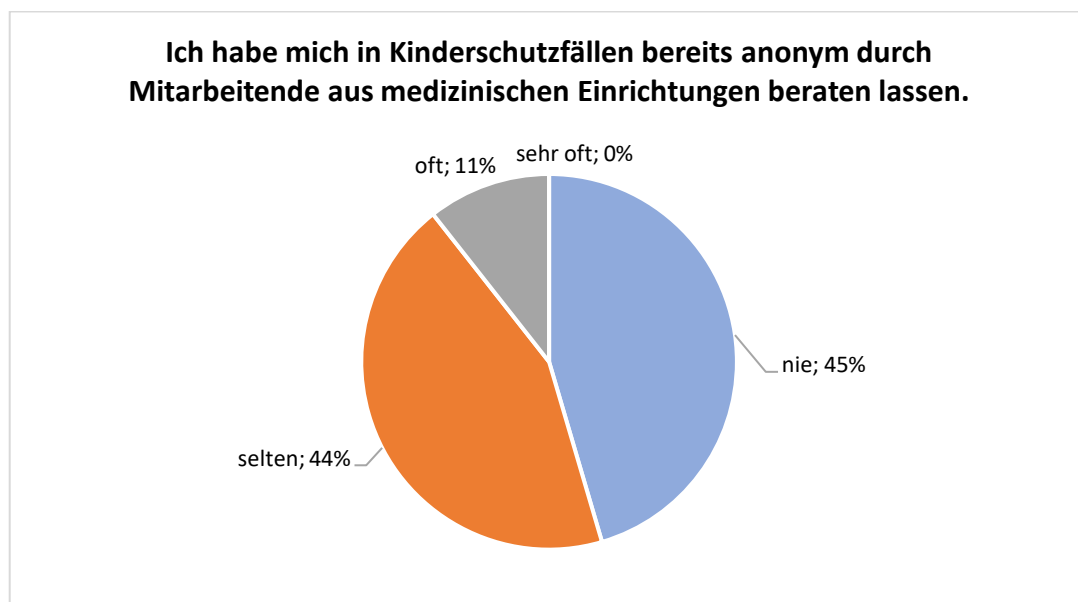


Abbildung 26 Wahrnehmung anonymer Beratung in medizinischen Einrichtungen (n=66)

Um Gefährdungen einschätzen zu können, bieten nicht nur Jugendämter eine anonyme Beratung an, sondern auch medizinische Einrichtungen stellen sich diesbezüglich im Kinderschutz auf. Diese Angebote wurden durch 11% der Jugendamtsmitarbeitenden *oft*, durch 44% *selten* und durch 45% *nie* in Anspruch genommen (n=66).

Die Fragestellung, welche medizinischen Einrichtungen am ehesten für eine (anonyme) Beratung angefragt würden bzw. werden, ergab folgendes Ergebnis:

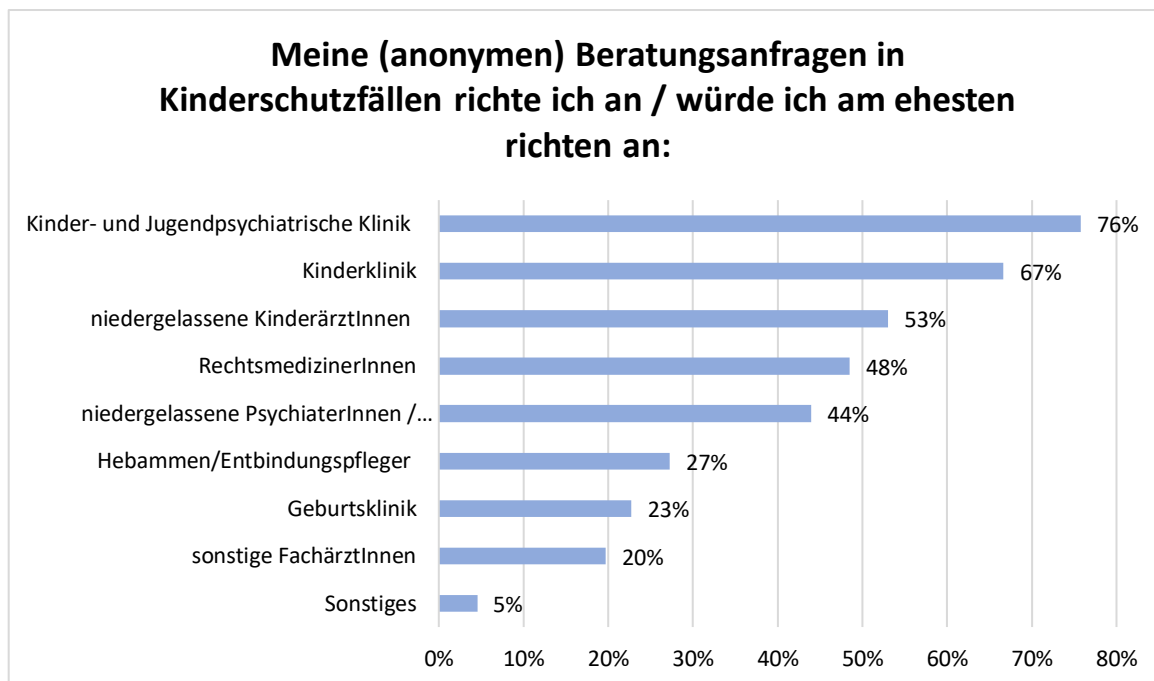


Abbildung 27 Adressat:Innen im Gesundheitswesen für (anonyme) Beratungsanfragen (n=66)

Die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind für gute drei Viertel der Jugendamtsmitarbeitenden eine Anlaufstelle für Beratung und auch Kinderkliniken erzielen diesbezüglich mit 67% eine hohe Zustimmung. Niedergelassene Kinderärzt:Innen, Rechtsmediziner:Innen und niedergelassene Psychiater:Innen werden ungefähr von der Hälfte der Studienteilnehmenden in Beratungsfällen (potenziell) kontaktiert. Sonstige (Fachärzt:Innen) sowie die Einrichtungen rund um die Geburt wie Geburtskliniken und Hebammen / Entbindungspfleger werden deutlich weniger genannt.

Diejenigen, die bereits Erfahrung mit der (anonymen) Beratung angaben (n=27), wurden nach ihrer Zufriedenheit befragt. Beim Item *Mit der anonymen Beratung in Kinderschutzfällen durch die medizinische Einrichtungen bin ich ...* waren 54% *eher zufrieden* und 46% *ziemlich zufrieden*. Komplet unzufrieden oder maximal zufrieden war niemand.

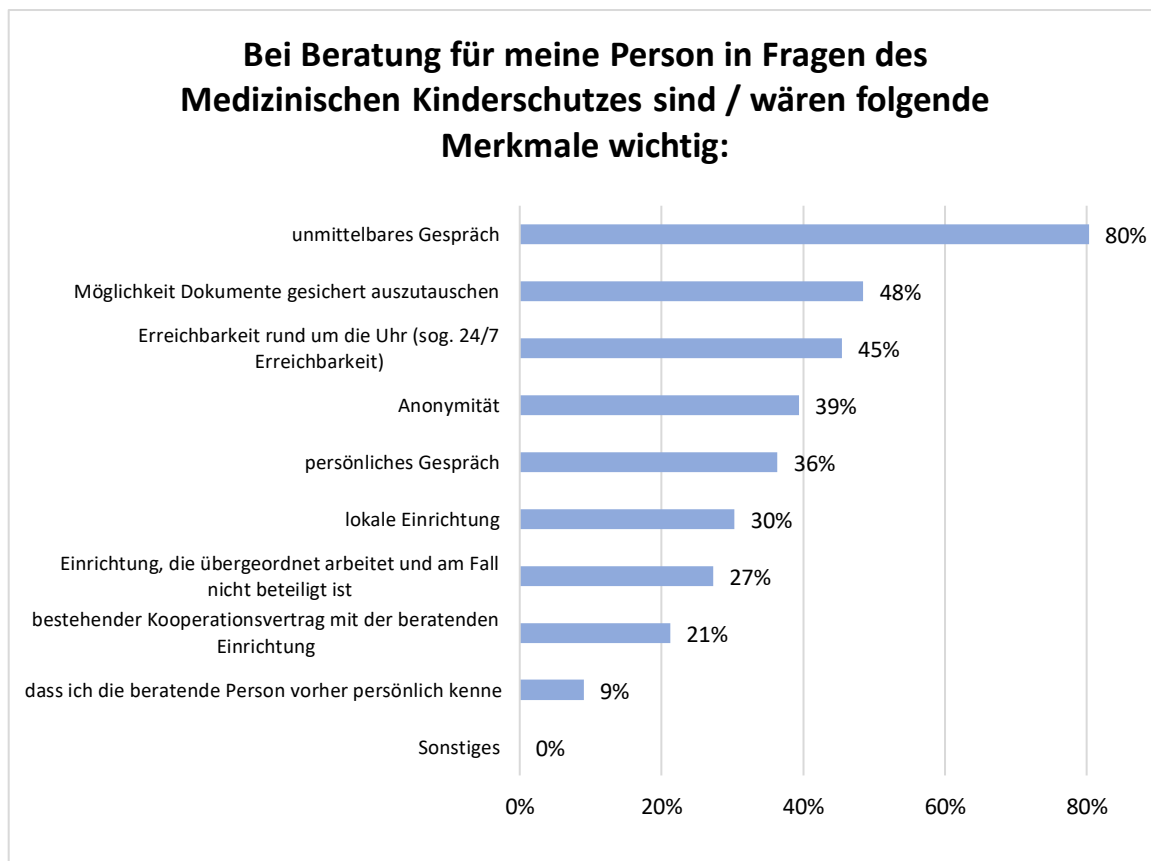


Abbildung 28 Wichtige beratungsauslösende Merkmale im Kinderschutz (n=66)

Als wichtigste Merkmale für eine Beratung im Kinderschutz wurden folgende ausgewählt: Ganz deutlich präferiert ist ein *unmittelbares Gespräch*, das zu 80% gevotet wird. Andere Merkmale erreichen allesamt weniger als 50%, *bestehende Kooperationsverträge* oder *persönlich vorher bekannt zu sein* erreichen nur 21% bzw. 9%.

Ein Fünftel der Jugendamtsmitarbeitenden gibt an, dass Risiko- bzw. Gefährdungseinschätzungen *oft* oder *sehr oft* (1%) gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen erstellt werden. In mehr als 30% der Jugendämter kommt dies nicht vor. Deutlich häufiger werden Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen als *externe Fachkräfte* in diese Gefährdungseinschätzungen einbezogen (6% *sehr oft*, 34% *oft*), wobei 16% diese externen Fachkräfte nicht nutzen.

Mit deutlich höherer Zustimmung beantworten die Jugendamtsmitarbeitenden die Frage, ob die Meinung der Mitarbeitenden aus den medizinischen Einrichtungen maßgeblich in die Entscheidungsfindung einbezogen wird. Hier sind es nur 3%, die deren Meinung *nie* und 16%, die sie *selten* einbeziehen.

Eine *häufige* Einbeziehung berichten 55% und ein Viertel gibt an, die Meinung aus dem Gesundheitswesen *sehr oft* maßgeblich einzubeziehen.

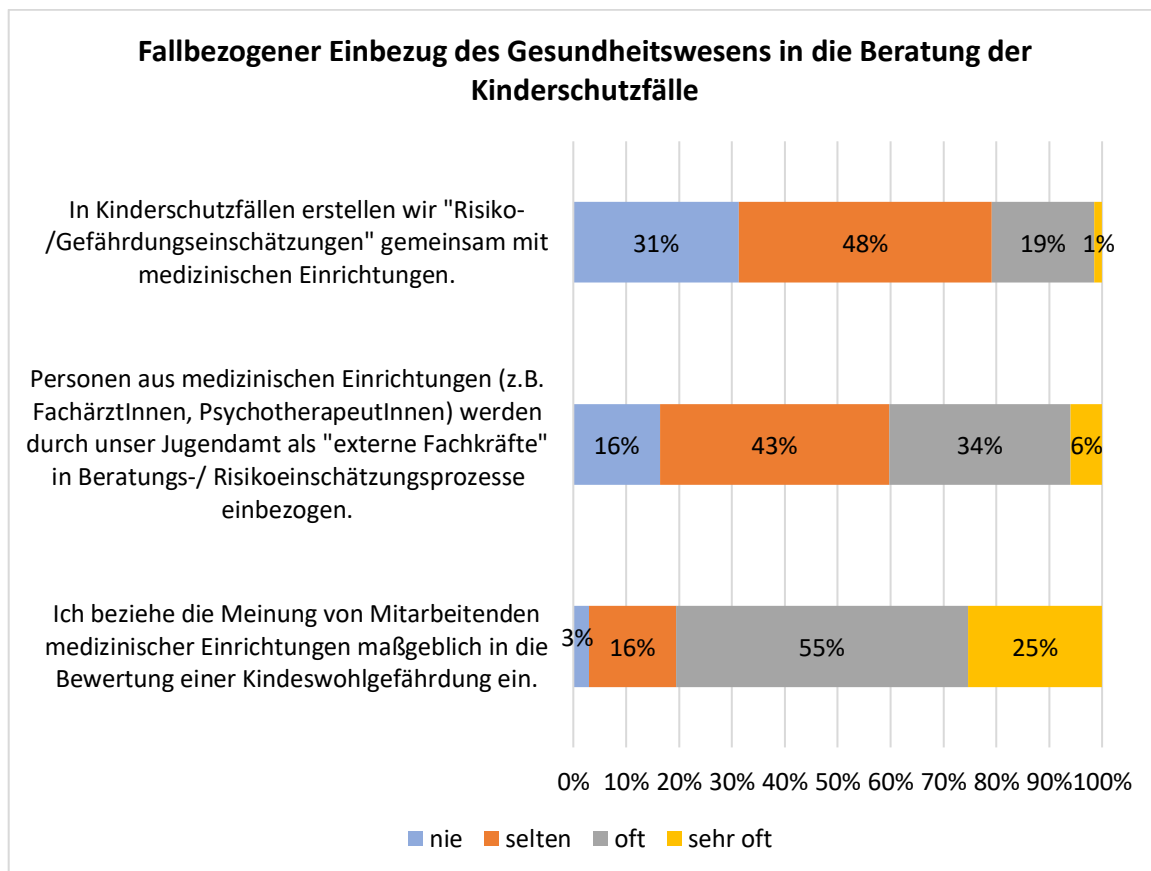


Abbildung 29 Fallbezogener Einbezug des Gesundheitswesens in die Beratung der Kinderschutzfälle (n=66)

Eine schlussendliche Entscheidungsfindung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, erfolgt größtenteils ohne den Einbezug medizinischer Einrichtungen (19% *nie* und 54% *selten*, sodass eine *häufige* oder *sehr häufige* Einbeziehung bei knapp mehr als ein Viertel der Jugendämter angegeben wird). Deutlich häufiger halten die Jugendamtsmitarbeitenden eine solche gemeinsame Entscheidungsfindung jedoch für sinnvoll. Mehr als die Hälfte (54%) wünscht sich, dass diese Entscheidungen im Kinderschutz *oft* gemeinsam getroffen werden, 28% sogar *sehr oft*. Lediglich 3% wünschen sich *nie*, dass Entscheidungen im Kinderschutz gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen getroffen werden.

Bei der Erstellung von *Schutzplänen*, die sich häufig an die Risikobewertung anschließt, sind medizinische Einrichtungen bei 7% der Jugendämter *sehr oft* beteiligt und bei 21% *oft* beteiligt. Die überwiegende Anzahl der Jugendämter



bezieht bei der Erstellung der Schutzpläne medizinische Einrichtungen *selten* (46%) oder sogar *gar nicht* (25%) ein (n=66).

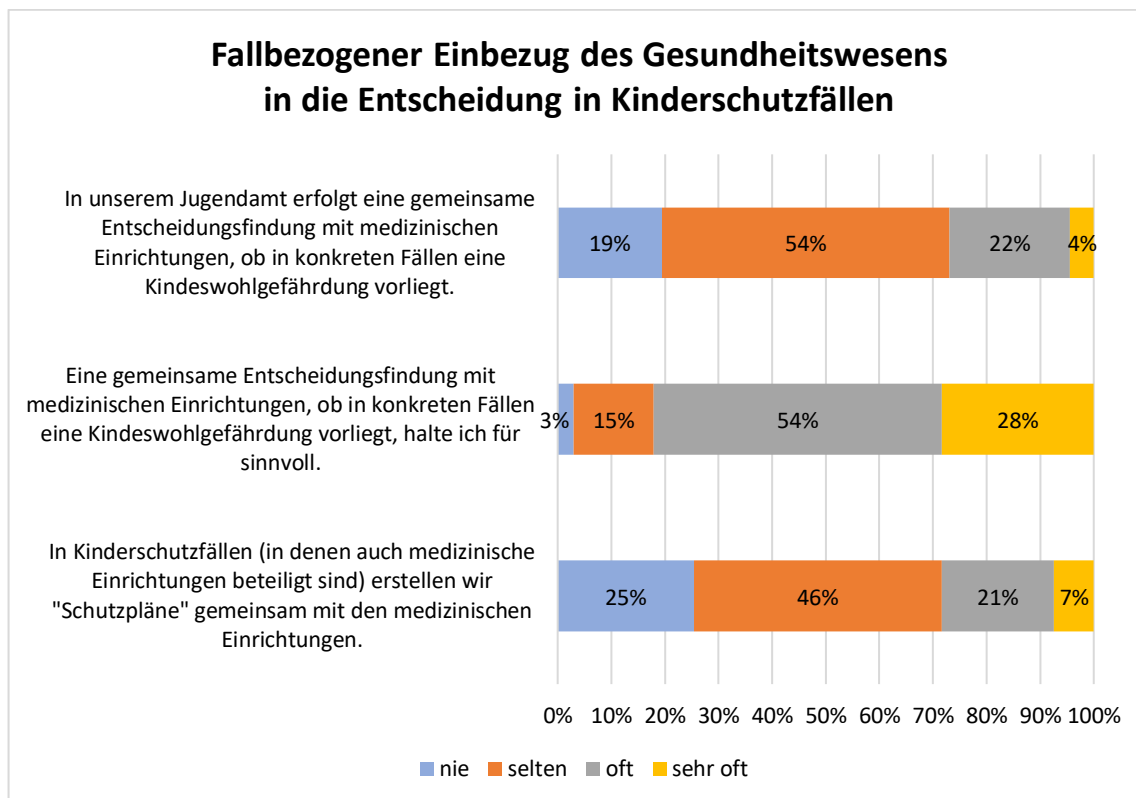


Abbildung 30 Fallbezogener Einbezug des Gesundheitswesens in Entscheidungen in Kinderschutzfällen (n=66)

Nachdem gemeinsame Gespräche geplant und durchgeführt wurden, wurde weiterhin untersucht, ob die Inhalte verständlich und nützlich transportiert und ob auch nach den Gesprächen weitere Informationen, z.B. in Form von Berichten, übermittelt und genutzt werden konnten.

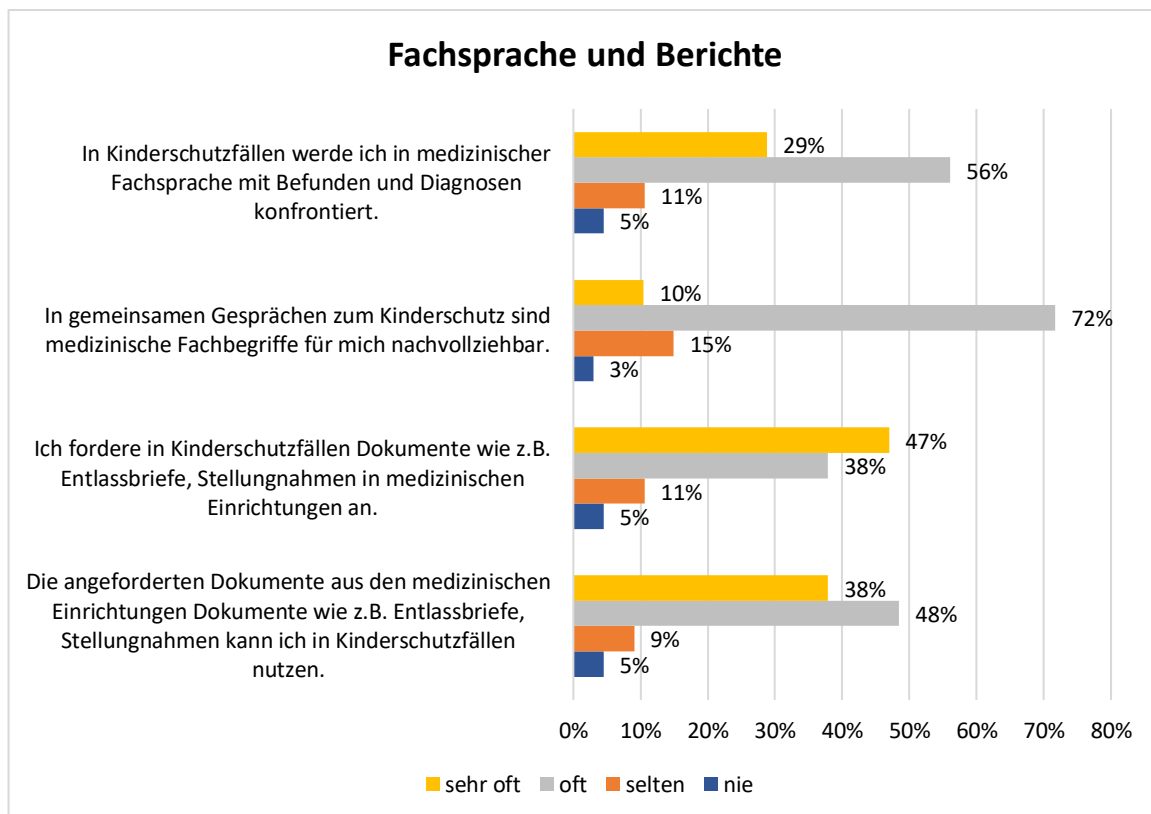


Abbildung 31 Fachsprache und Berichte (n=66)

Es geben 85% der Jugendamtsmitarbeitenden an, dass sie *oft* oder *sehr oft* mit medizinischer Fachsprache konfrontiert werden. Nachdem insgesamt 82% angeben, dass die medizinischen Fachbegriffe in den Gesprächen *oft* bzw. *sehr oft* nachvollziehbar sind, erfolgte hierzu noch eine Überprüfung des statistischen Zusammenhangs mit dem Ergebnis Cramers  $V = .28$ . Da dies zwar einen statistischen Zusammenhang beschreibt, der jedoch nicht besonders stark ist, muss davon ausgegangen werden, dass nicht zwingend der Großteil der Jugendamtsmitarbeitenden, die *oft* bzw. *sehr oft* mit medizinischen Fachbegriffen konfrontiert werden, diese auch nachvollziehen können, sondern sich auch in den Gruppen derjenigen wiederfinden, die die Fachbegriffe *selten* (15%) oder *nie* (3%) nachvollziehen können.

Bei schriftlichen Unterlagen wie Berichten geben kumulierte 85% an, dass sie diese *oft* bzw. *sehr oft* anfordern. Es gibt jedoch auch eine Gruppe von 5%, die diese Berichte *nie* anfordert. Die angeforderten Berichte können von 86% *oft* bzw. *sehr oft* genutzt werden. Eine statistische Überprüfung ergab einen hohen statistischen Zusammenhang von  $.64$  nach Cramers  $V$ , womit davon ausgegangen werden kann, dass angeforderte Berichte gut nutzbar waren.

Neben Fragen zur grundsätzlichen Einstellung in Bezug auf Kooperationen stellt sich die Frage, ob sich die Ergebniszufriedenheit der Jugendamtsmitarbeitenden (n=66) in Fällen mit Einbezug medizinischer Einrichtungen in der Wahrnehmung der Teilnehmenden von Fällen ohne einen solchen Einbezug unterscheidet.

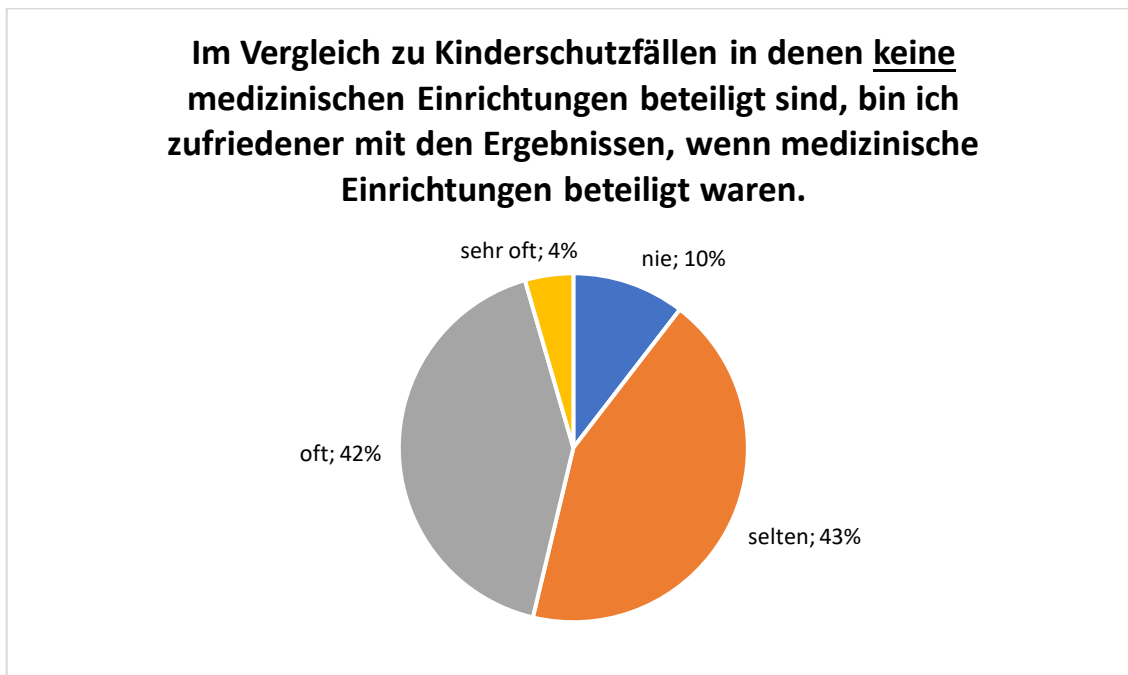


Abbildung 32 Zufriedenheit in Kinderschutzfällen mit Beteiligung medizinischer Einrichtungen (n=66)

Über 45% der Jugendamtsmitarbeitenden geben an, dass sie *oft* (42%) oder *sehr oft* (4%) zufriedener mit den Ergebnissen in ihren Kinderschutzfällen sind, wenn medizinische Einrichtungen ebenfalls beteiligt waren.

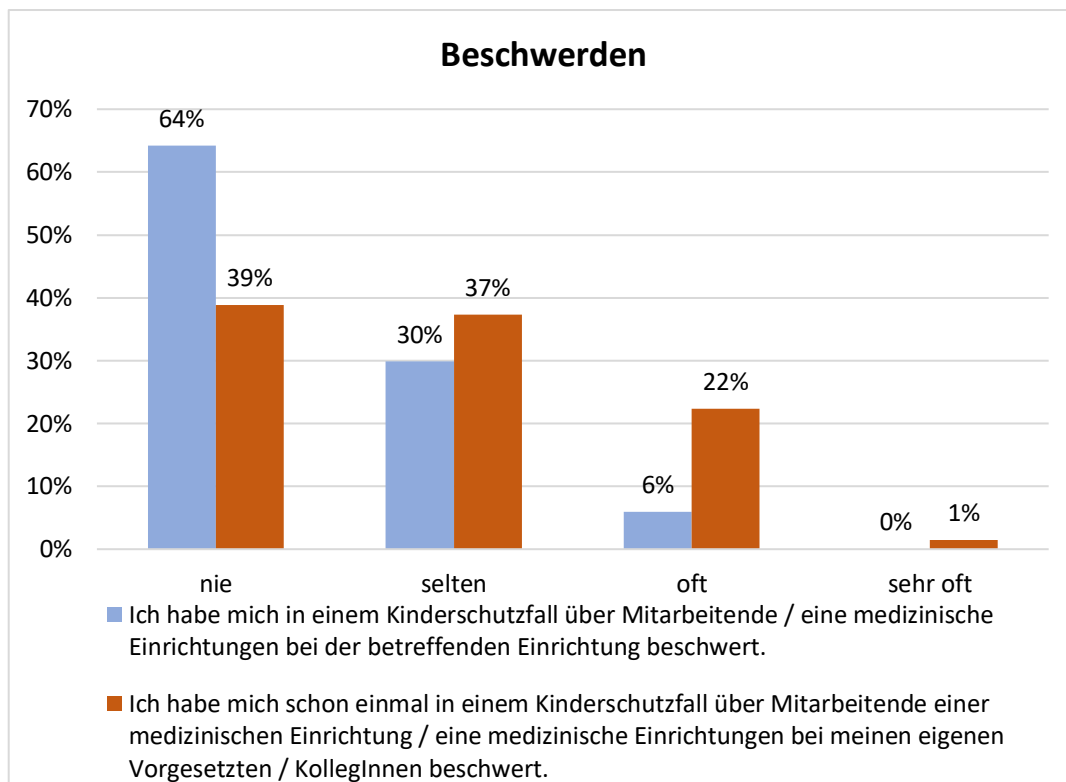


Abbildung 33 Beschwerden (n=66)

Nachfolgend auf die bereits beschriebene Ergebniszufriedenheit wurde in der Grafik oberhalb dargestellt, wie die Jugendamtsmitarbeitenden mit ihren Beschwerden in Richtung des Medizinischen Kinderschutzes umgehen. Hier zeigt sich, dass es kaum Jugendamtsmitarbeitende gibt, die sich *sehr oft* über Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen in Kinderschutzfällen beschweren. Fast zwei Drittel beschweren sich *nie* direkt bei den medizinischen Einrichtungen und 39% auch *nie* intern bei den Vorgesetzten oder Kolleg:Innen.

Um hier weiter in die Tiefe zu gehen, wurde zunächst erhoben, welche schulnotenskalierte Interaktionsqualität die Jugendamtsmitarbeitenden medizinischen Einrichtungen pauschal geben.

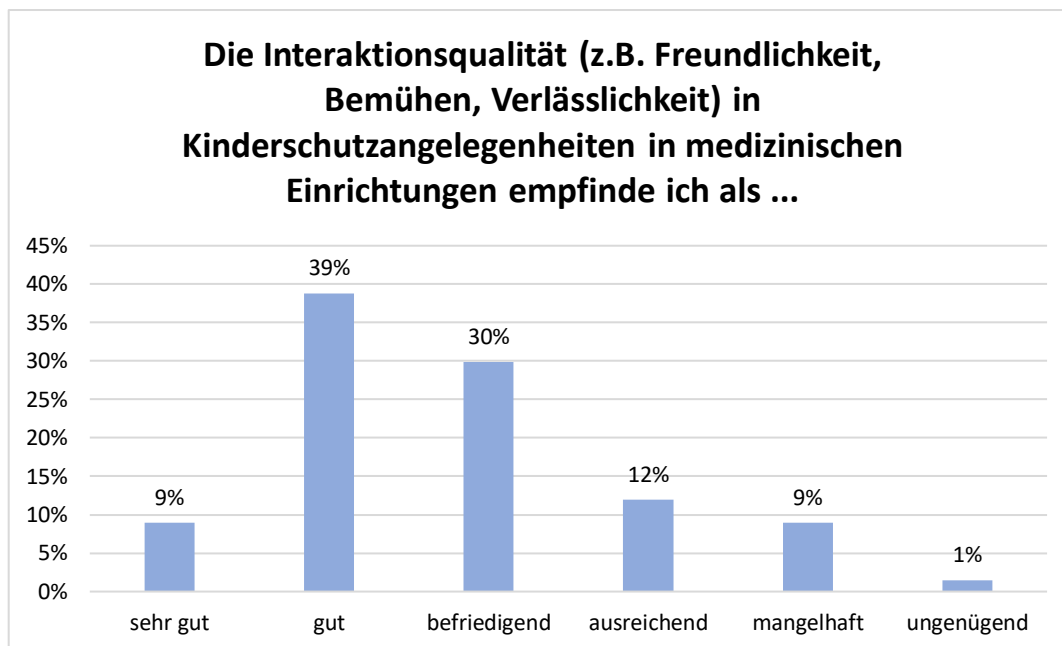


Abbildung 34 Interaktionsqualität in Kinderschutzangelegenheiten im Gesundheitswesen (n=66)

Insgesamt 10% der Bewertungen zeigen, dass die Interaktionsqualität *nicht ausreichend* sei und 12% vergeben die Note *ausreichend*. Es ergibt sich ein deutlicher Schwerpunkt bei *befriedigenden* (30%) und *guten* Bewertungen (39%). Um dieses Ergebnis in Bezug auf seine Streuung besser einschätzen zu können, wurden zusätzlich das arithmetische Mittel, welches bei 2,82 liegt, und der Median ( 3,0) betrachtet.

Weiterhin wurde analysiert, ob die Jugendamtsmitarbeitenden davon ausgehen, dass die medizinischen Einrichtungen schnellstmöglich handeln. Wie im Diagramm unten abzulesen, gehen über drei Viertel (76%) davon aus, dass die medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen *sehr oft* bzw. *oft* schnellstmöglich handeln. Eine eingeschränkte Zustimmung geben 19%, die von einem *selten* schnellstmöglichen Handeln ausgehen und 4%, die berichten, dass medizinische Einrichtungen in Kinderschutzfällen *nie* schnellstmöglich handeln.

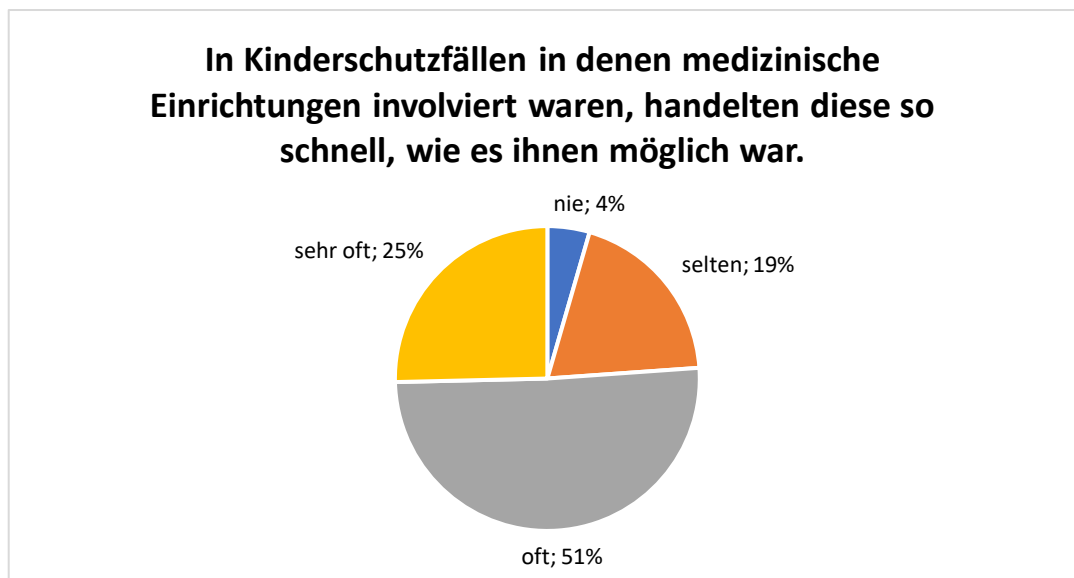


Abbildung 35 Handlungsschnelligkeit in Kinderschutzfällen (n=66)

Nach all diesen Faktoren, die die medizinischen Einrichtungen in toto beschreiben und bewerten lassen, findet sich nachfolgend eine Bewertung der Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen, heruntergebrochen auf ausgewählte Bereiche des Gesundheitswesens. Die Bewertung erfolgt nach dem Schulnotensystem. Durchschnittlich über alle Bereiche hinweg wurde mit 2,9 eine *befriedigende* Note gegeben. Es war für die Studienteilnehmenden möglich mit der Antwortoption *Dazu kann / möchte ich nichts sagen* keine Note zu vergeben, wodurch die Grundgesamtheit von maximal n=66 in diesem Item sehr schwankt. Rechtsmedizinische Einrichtungen (Durchschnittsnote 2,4), zahnärztliche Praxen (Durchschnittsnote 4,0), Kliniken (Durchschnittsnote 3,6) und Praxen für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (Durchschnittsnote 4,1) wurden von weniger als 60% der Teilnehmenden bewertet und sind daher in der Grafik nicht aufgeführt, sind jedoch mit in die Durchschnittsnote aller Einrichtungen eingeflossen. Die besten Bewertungen erhalten Geburtskliniken und Hebammen / Geburtspfleger (jeweils Durchschnittsnote 2,2). Die häufig bewerteten Einrichtungen rangieren im Bereich der Durchschnittsnoten von 2,4 bis 2,7. Die häufig bewerteten medizinischen Einrichtungen mit einer schlechteren Note sind mit den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie spannenderweise diejenigen Einrichtungen, mit denen am häufigsten schriftliche Kooperationsabsprachen existieren (s.o.).

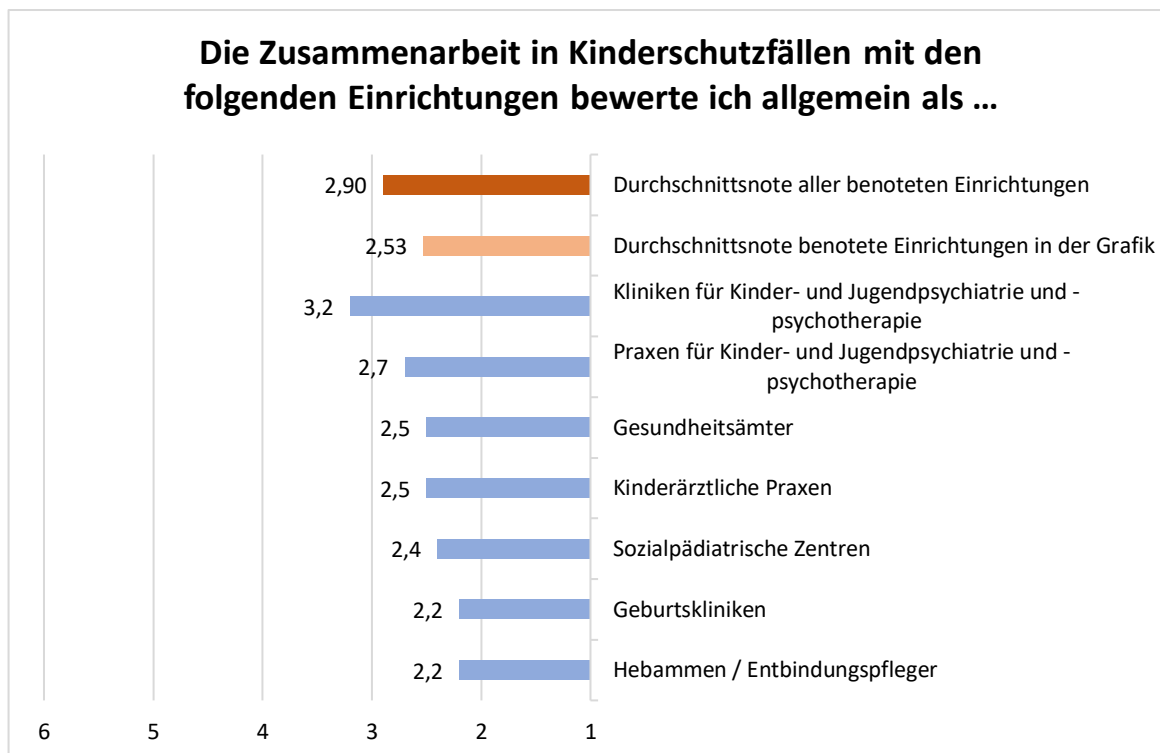


Abbildung 36 Bewertung der Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen mit medizinischen Einrichtungen

Um diese Bewertungen in Abgrenzung zum Kooperationserleben der Studienteilnehmenden mit Einrichtungen, die nicht zum Gesundheitswesen gehören zu betrachten, wurden folgende Items in den Fragenkatalog aufgenommen:

*Bitte bewerten Sie pauschal die Kooperation in Kinderschutzfällen mit Einrichtungen, die nicht zu den medizinischen Einrichtungen zählen (z.B. Polizei, Justiz etc.). Hier wurde im Durchschnitt ein Wert von 2,67 bei einem Median von 3,0 erreicht.*

*Bitte bewerten Sie pauschal die Kooperationen in Kinderschutzfällen mit medizinischen Einrichtungen. Die durchschnittlich hier vergebene Note ist 2,84, (der Median liegt ebenfalls bei 3,0). Bei einer Analyse mit Cramers  $V = .42$  lässt sich ein starker statistischer Zusammenhang dieser beiden Wertegruppen als gesichert annehmen.*

## 4.10. Medizinischer Kinderschutz aus Perspektive des Jugendamtes

Wie der Medizinische Kinderschutz von den Mitarbeitenden der Jugendämter wahrgenommen wird, zeigen die nächsten Grafiken, die sowohl Strukturen als auch persönliche Wahrnehmungen beinhalten und somit ein breites Spektrum abdecken.

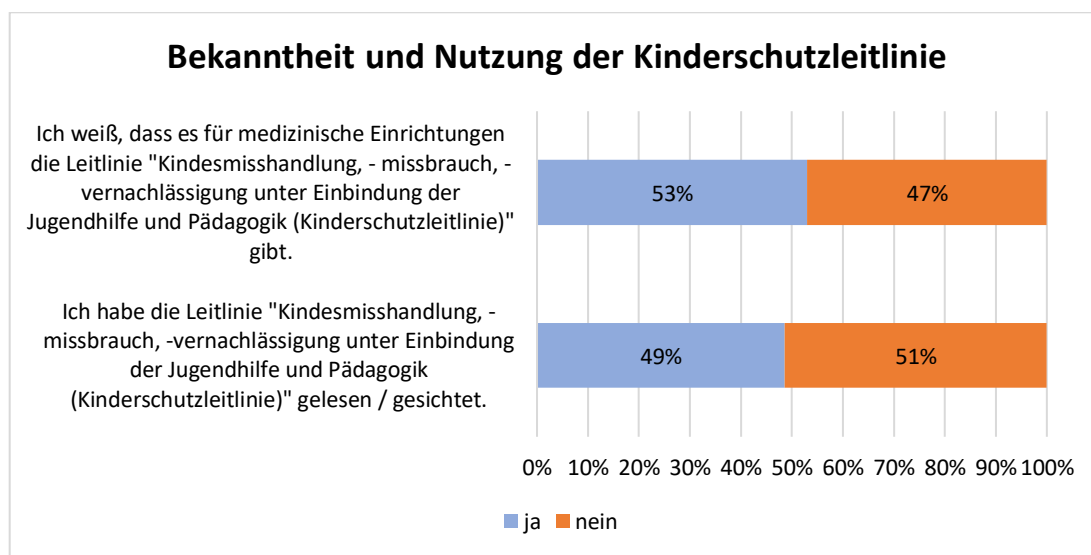


Abbildung 37 Bekanntheit und Nutzung Kinderschutzleitlinie (n=66)

Als grundlegende Regelung im Medizinischen Kinderschutz dient seit 2019 die Leitlinie *Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik* (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Diese Leitlinie war zum Zeitpunkt der Erhebung Ende 2021 gut der Hälfte der antwortenden Jugendamtsmitarbeitenden bekannt (53%), knapp weniger (49%) hatten die Kinderschutzleitlinie auch gesichtet / gelesen. Die Kinderschutzleitlinie scheint folglich nur eine Möglichkeit des Wissenserwerbs über Abläufe und Logiken im Kinderschutz zu sein. Um das Thema eingehender zu beleuchten, stellt sich die Frage, wie das Wissen um die Abläufe und Handlungslogiken im Kinderschutz gegenüber den jeweiligen Kooperationspartner:Innen vorhanden ist.



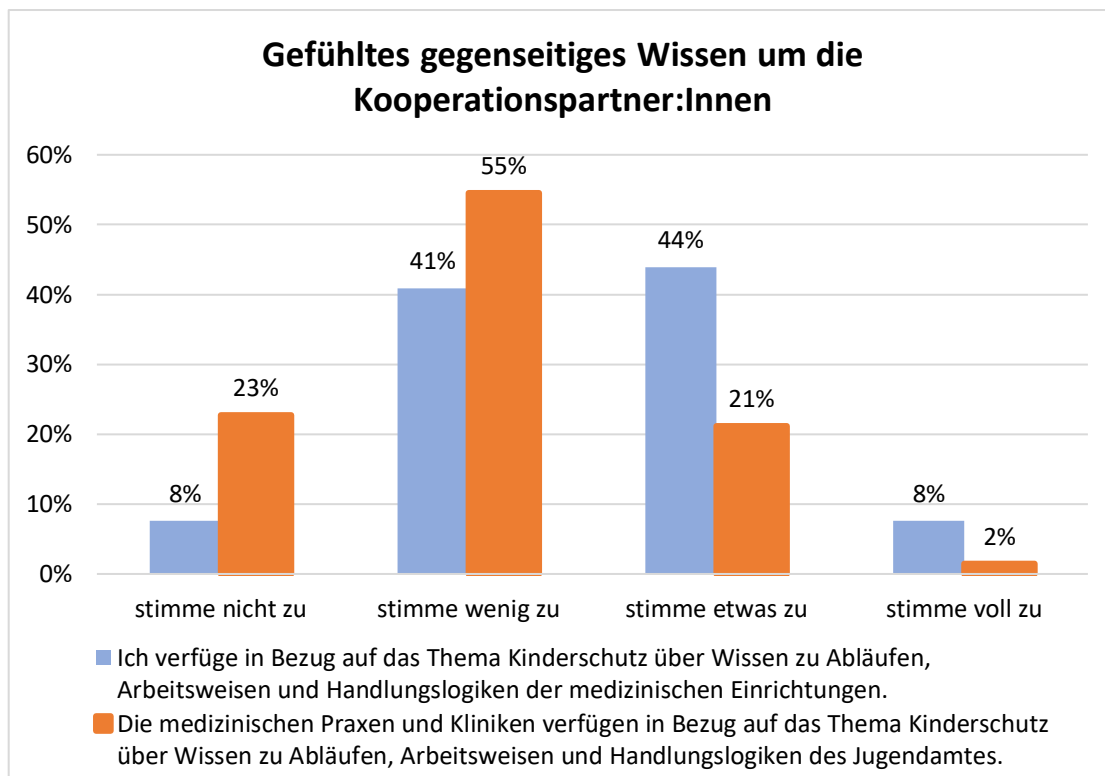


Abbildung 38 Gefühltes gegenseitiges Wissen um die Kooperationspartner:Innen (n=66)

Das Ergebnis zeigt, dass die Mitarbeitenden im Jugendamt ihr Wissen über die Abläufe und Handlungslogiken im Gesundheitswesen deutlich höher einschätzen als das Wissen von Mitarbeitenden der medizinischen Einrichtungen über die Abläufe im Jugendamt. Die Jugendamtsmitarbeitenden stimmen zu 8% *voll zu*, dass sie die jeweiligen Abläufe im Gesundheitswesen kennen, den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen schreiben sie dieses Wissen zu 2% zu. Eingeschränkt (*stimme etwas zu*) sehen sich hier 44% der Jugendamtsmitarbeitenden diesbezüglich Kompetenz, gehen im Gesundheitswesen jedoch nur zu 21% von einem ähnlichen Wissensstand aus. Das kein Wissen über die Handlungslogiken des jeweils anderen Systems vorliegt (*stimme nicht zu*), geben 8% für sich und 23% für die Mitarbeitenden aus den medizinischen Einrichtungen an.

Zum Zeitpunkt der quantitativen Erhebung hatten 52% bereits eine Fort- oder Weiterbildung zu Medizinischem Kinderschutz besucht. Die Frage nach (erneutem) Besuch einer solchen Veranstaltung ergab folgendes Ergebnis (n=66):

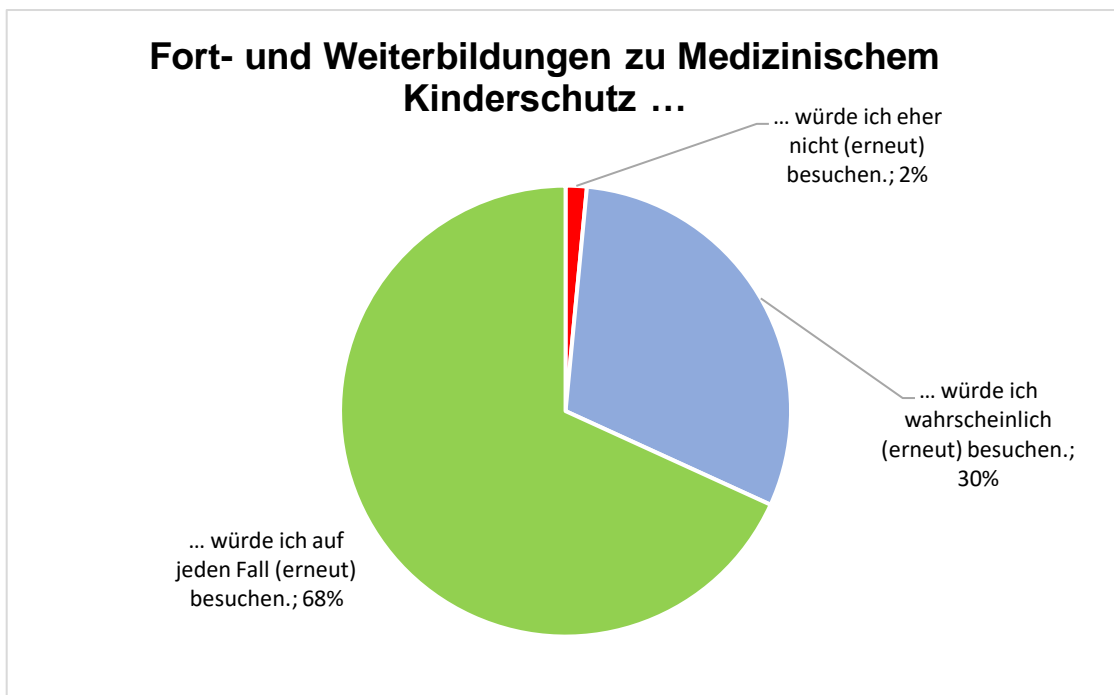


Abbildung 39 Fort- und Weiterbildungen zu Medizinischem Kinderschutz (n=66)

Mit Ausnahme einer Person würden alle Teilnehmenden *wahrscheinlich* (30%) oder *auf jeden Fall* Fort- und Weiterbildungen zu Medizinischem Kinderschutz besuchen.

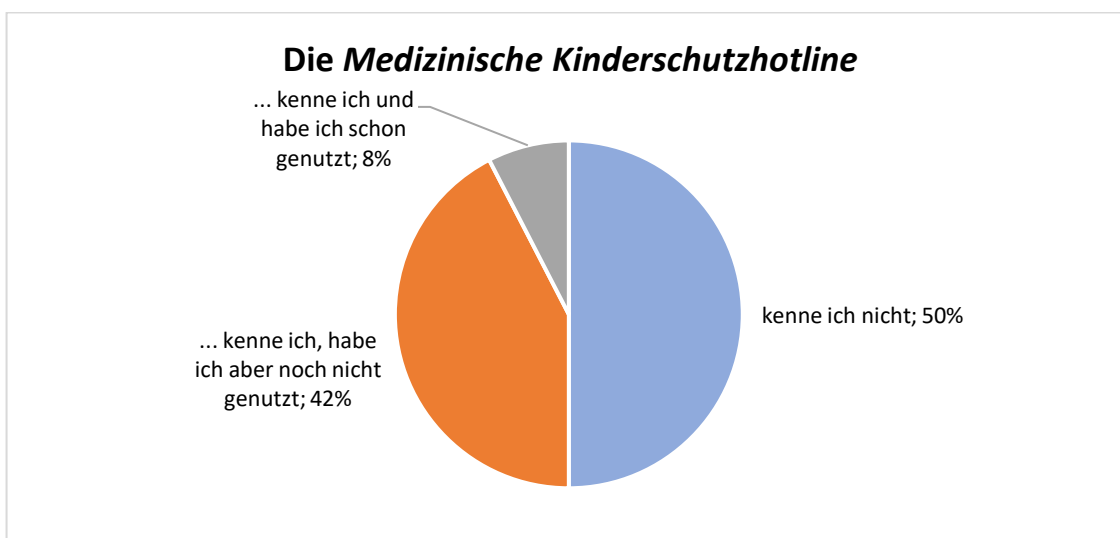


Abbildung 40 Kenntnis und Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline (n=66)

Die *Medizinische Kinderschutzhotline* der Universität Ulm als bundesweites Angebot ist der Hälfte der Befragten *nicht bekannt*. Weiteren 42% ist sie zwar bekannt, wurde jedoch noch nicht genutzt. Erfahrung mit der Nutzung der *Medizinischen Kinderschutzhotline* haben 8% der Jugendamtsmitarbeitenden.

In den elf qualitativen Interviews berichten zwei Teilnehmende eigeninitiativ, dass sie die *Kinderschutzhotline* kennen und in Anspruch nehmen würden. Eine weitere Person äußerte bei der Frage nach Perspektiven des Medizinischen Kinderschutzes eine genau solche Institution als wünschenswert.

„Wenn ich aber vielleicht schon so eine Hotline hätte, wo ich sagen könnte: „Aha, ich habe eine medizinische [Frage; Ergänzung TF], bekomme ich sofort eine Antwort“, könnte ich mir vorstellen, dass das häufiger in Anspruch genommen würde.“ (I1)

Bekannt war die *Medizinische Kinderschutzhotline* hier folglich nicht.

Die Mitarbeitenden im Jugendamt erleben sich selbst in der Wahrnehmung ihrer hoheitlichen Aufgaben stark im Fokus der Wahrnehmung und auch des tatsächlichen Geschehens. Einerseits beschreiben insgesamt 97% einen besonders hohen Druck durch die Öffentlichkeit zu spüren (73% *stimmen voll zu* und 34% *stimmen etwas zu*), andererseits sehen sich die Jugendamtsmitarbeitenden trotz der bereits genannten Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten in den jeweiligen Kooperationen in Kinderschutzfällen deutlich am stärksten in der Verantwortung. Knapp drei Viertel der Antwortenden wählen hier die Extremantwort und *stimmen voll zu* (74%), 20% stimmen bedingt zu und lediglich 6% *stimmen wenig zu*. Eine Veränderung dieses Zustandes wünschen sich mit *voller Zustimmung* 27%, die sich wünschen, dass die anderen Einrichtungen mehr Verantwortung bei Kinderschutzentscheidungen übernehmen bzw. übernehmen können. Weitere 35% *stimmen etwas zu*, 24% *stimmen wenig zu* und 14% wünschen sich diese Veränderung nicht.

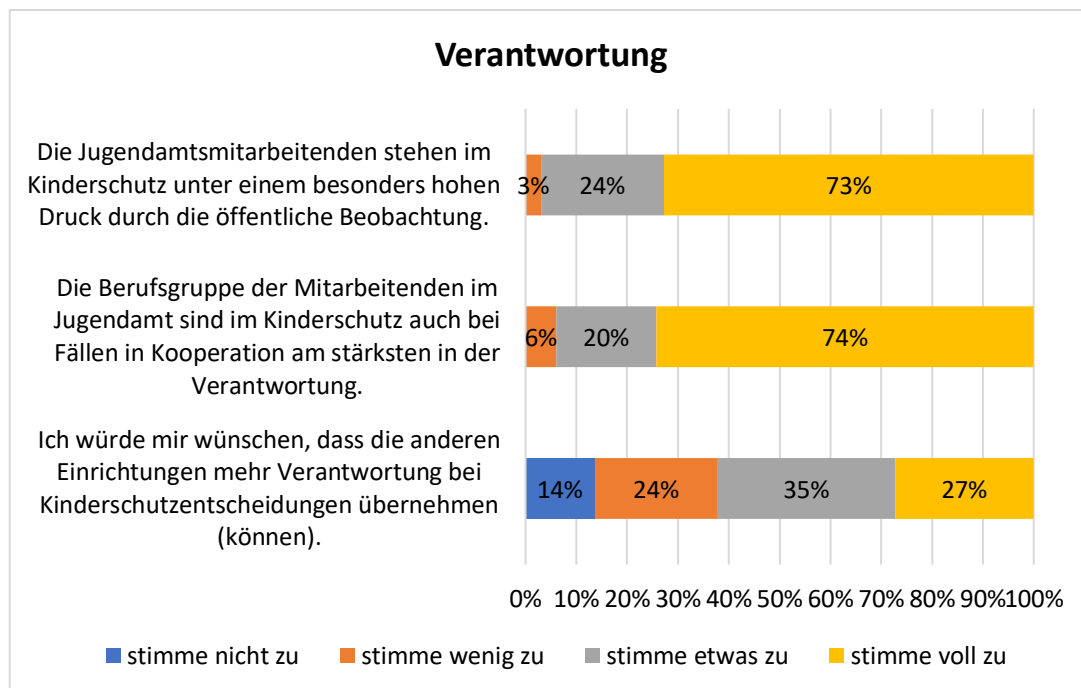


Abbildung 41 Verantwortung in der Wahrnehmung der Jugendamtsmitarbeitenden (n=66)

#### 4.11. Persönliche Einstellung zu Kooperationen im Allgemeinen und der Zusammenarbeit im Kinderschutz im Besonderen

Nicht nur objektiv beschreibbare Strukturen, sondern auch die persönlichen Wahrnehmungen, Werte und Erfahrungen sind einzubeziehen, wenn es darum geht, Motive und auslösende Faktoren für die Inanspruchnahme oder vielleicht auch Nicht-Inanspruchnahme zu explorieren. Daher werden nun die Items, die die persönlichen Einstellungen der Studienteilnehmenden repräsentieren (n=66, ansonsten anders benannt) vorgestellt.

Zunächst lässt sich konstatieren, die Jugendamtsmitarbeitenden gingen grundsätzlich eher davon aus, dass Mitarbeitende in medizinischen Einrichtungen 76% nicht oder *eher nicht zustimmen*, dass die Mitarbeitenden in medizinischen Einrichtungen eine höhere Schweigepflicht haben.

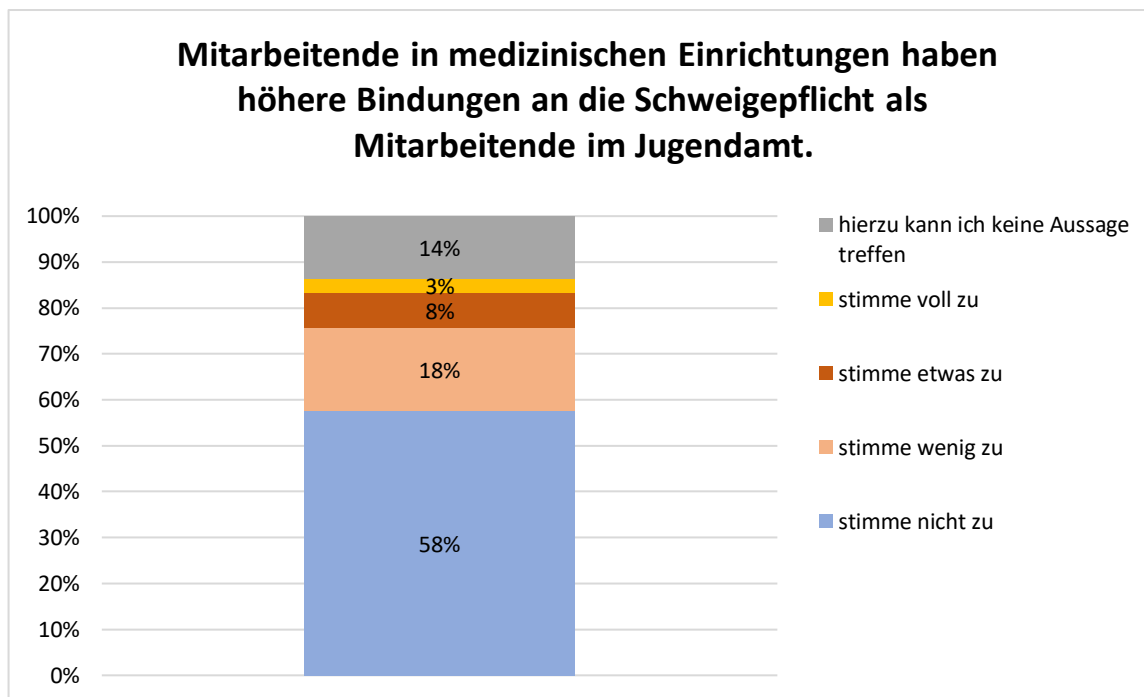


Abbildung 42 Schweigepflicht der medizinischen Einrichtungen aus Sicht der Jugendamtsmitarbeitenden (n=66)

Deutlich heterogener sind die Wahrnehmungen bzgl. der Zusammenarbeit auf Augenhöhe bzw. der Hypothese, dass sich Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen in Kinderschutzfällen zu viel Entscheidungsfähigkeit bzw. Entscheidungsbefugnis anmaßen. Insgesamt 61% geben an, dass sie es *nicht* (23%) oder nur *wenig* (38%) so empfinden, dass sich *zu viel* Entscheidungsbefugnis angemäßt wird, ein Drittel stimmt *etwas* zu und 6% *stimmen dieser Aussage voll zu*.

Der Aussage, in ihrer Kommune verlaufe die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und medizinischen Einrichtungen im Kinderschutz auf Augenhöhe, *stimmen 23% voll zu* und *52% stimmen etwas zu*. Die Gruppe der Personen, die *etwas zustimmt*, umfasst 18% und 8% *stimmen dieser Aussage nicht zu*.

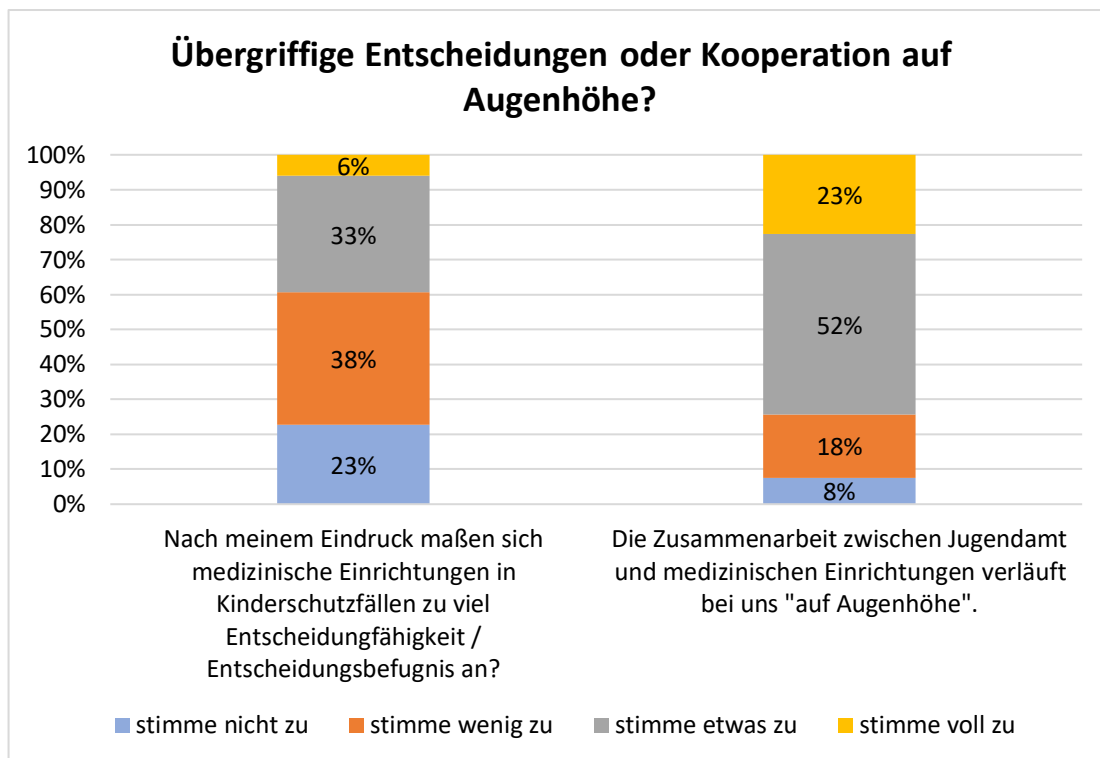


Abbildung 43 Übergriffige Entscheidungen oder Kooperation auf Augenhöhe (n=66)

Nachfolgend werden ausschnittsweise dargestellte Ergebnisse der Jugendamtsmitarbeitenden zu ihrer jeweiligen Wahrnehmung von Kooperation an sich, sowie der Kooperationsergebnisse beleuchtet. Die Grafik zeigt insgesamt, dass die Meinung vorherrscht, Kooperation sei effektiv, denn der Aussage, dass sie mehr Zeit und Engagement kostet als sie schlussendlich einbringt, *stimmen zwar 11% bedingt*, jedoch *niemand voll zu* und *58% stimmen gar nicht zu*. Fast genau so viel Ablehnung erfährt die Aussage über den unklar bleibenden eigentlichen Nutzen von Kooperation und Netzwerken in der Praxis. Die Ablehnung von *47%* und eine eingeschränkte Ablehnung (*stimme wenig zu*) von *36%* zeigen dies deutlich. Es gibt auch zu dieser Aussage *keine volle Zustimmung*.

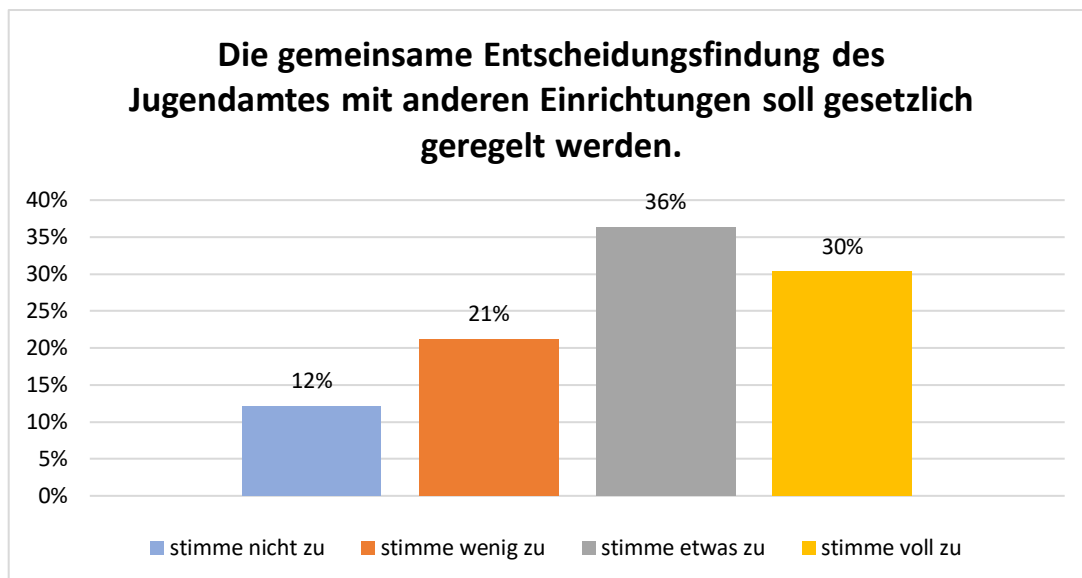


Abbildung 44 Gesetzliche Regelung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (n=66)

Der Idee einer gesetzlichen Regelung der gemeinsamen Entscheidungsfindung des Jugendamtes mit anderen Einrichtungen stimmen 30% der Probanden *voll zu*, 36% *stimmen etwas zu*, 21% *stimmen wenig zu* und 12% *stimmen nicht zu* und lehnen diese Idee ab.

Durch die Sichtbarkeit in Kooperationen und Netzwerken gehen 29% der Jugendamtsmitarbeiter:Innen davon aus, dass sie eher durch Mitarbeitende anderer Einrichtungen in Kinderschutzfällen angesprochen werden. Mit 52% stimmt der Großteil bedingt zu und insgesamt 20% (*stimme wenig zu* mit 14% und *stimme nicht zu* mit 6%) beantworten die These eher bis deutlich ablehnend. Etwas heterogener zeigt sich das Antwortverhalten bei der These, dass durch Kooperation und Netzwerke zusätzliche Anfragen generiert werden, für die keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stehen. Neben einer Person, die *voll zustimmt* verteilen sich die anderen Rückmeldungen auf *stimme etwas zu* (26%), *stimme wenig zu* (27%) und *stimme nicht zu* (45%).

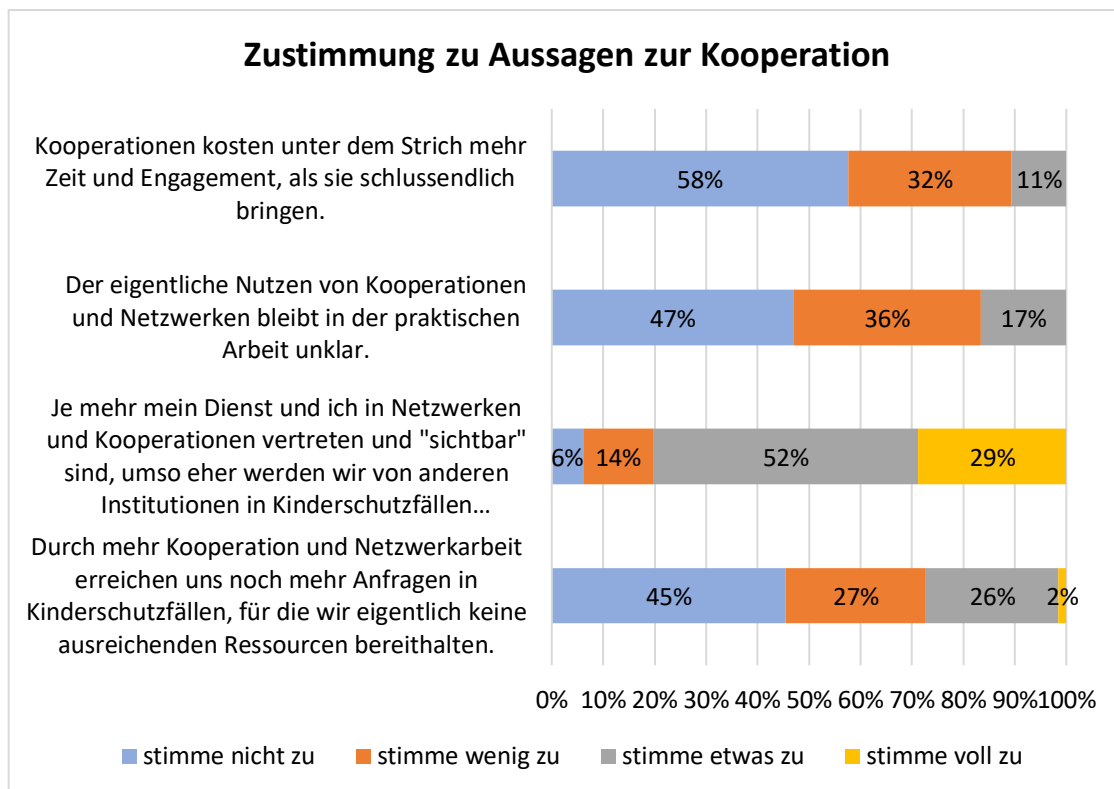


Abbildung 45 Aussagen zur Kooperation (n=66)

Neben diesen potenziellen intra- und interinstitutionellen Effekten, wurde auch erhoben, welche Vermutung die Jugendamtsmitarbeitenden über die Meinung der betroffenen Kinder und deren Familien haben, wenn in Kinderschutzfällen neben dem Jugendamt auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind. In den Ergebnissen zeigt sich, dass die Jugendamtsmitarbeitenden bei den Familienmitgliedern eine sehr ambivalente Haltung gegenüber Institutionen in dieser Situation vermuten. Neben der meistgewählten Option, in der die Familien vermuten, dass sie Einrichtungen sich gegenüber der Familie verbünden (64%), gibt es auch positive Vermutungen in Richtung besserer Unterstützung durch die Zusammenarbeit der Systeme (56%) bzw. einer Erhöhung der fachlichen Kompetenz (56%). Die Hälfte der Teilnehmer:Innen vermutet jedoch ein verstärktes Gefühl der Ohnmacht und macht sich Sorgen um die Einhaltung des Datenschutzes (41%).





Abbildung 46 Effekte bei der Beteiligung von Jugendhilfe und medizinischer Einrichtung in Kinderschutzfällen (n=66)

Unter *Sonstiges* gab es folgende Freitextanmerkungen: „Ablehnende Haltung von der Familie aufgrund der beidigen [sic!] Fallbearbeitung“; „vermindertes Aufsuchen der Ärzte aus Angst, dass das Jugendamt eingeschaltet wird“ und „Alles ist möglich“.

## 5 Hypothesenspezifische Auswertung

### 5.1 Hypothesen zu den strukturellen Faktoren der Inanspruchnahme

Nachfolgend werden die forschungsleitenden Hypothesen anhand des Datenmaterials überprüft und bewertet. Es werden jeweils zunächst die Ergebnisse des aktuellen Forschungsprojektes dargestellt, die zur Beantwortung der jeweiligen Hypothese beitragen. Der Aufbau orientiert sich erneut an strukturellen, prozessualen und den Medizinischen Kinderschutz betreffenden Hypothesen.

Der Begriff der Struktur wird umgangssprachlich sehr häufig genutzt. Aus diesem Grunde ist vor der wissenschaftlichen Nutzung eine kurze definitorische Betrachtung sinnvoll. In der vorliegenden Forschungsarbeit werden unter Strukturen personelle, materielle oder organisatorische Elemente verstanden, die der jeweils betrachteten Personengruppe bzw. den jeweiligen Institutionen zuzuordnen sind (Hensen, 2016).

#### 5.1.1. H1 Attribute der Kommune und der ASD – Strukturen haben einen Einfluss auf die Kooperationseinstellung (H1a) und die Kooperationsstrukturen (H1b).

Die Hypothese geht davon aus, dass die strukturellen Aspekte der jeweiligen Kommune, in der das Jugendamt ansässig ist, einen Einfluss auf die Scores Kooperationseinstellung und Kooperationsstrukturen haben. Als Grundgesamtheit wurden n=38 (jeweils die erste Meldung aus den Jugendämtern, die mit zwei Personen geantwortet haben) bei den Kooperationsstrukturen und n=66 bei der Kooperationseinstellung gewählt. Grund hierfür ist die Annahme, dass die Kooperationsstrukturen der doppelt vertretenden Jugendämter für einen Bias sorgen würden. Hier zeigen sich für folgende Variablen statistische Zusammenhänge für die ausgewählten Fälle (n=38).

## H1a) Einfluss der Attribute der Kommune

Überprüft wurden die Strukturvariablen, die sich auf die Kommune bzw. den ASD der Kommune beziehen (Art der Kommune, Einwohnendenzahl, Mitarbeitendenzahl im ASD). Hierbei wurden die statistischen Zusammenhänge der Kooperationsstrukturen im Medizinischen Kinderschutz sowohl Strukturen im direkten Umfeld der Probanden (u.a. Vorhandensein von Ansprechpersonen), der internen Jugendamtsstrukturen (u.a. Platzierung der Kooperation in den internen Teambesprechungen) als auch externe Kooperationsstrukturen des Jugendamtes (u.a. Beteiligung an einem Kinderschutznetzwerk) analysiert.

Ergebnisse jeweils als <b>Cramers V</b> dargestellt	<b>Art der Kommune</b>	<b>Einwohnende Kommune</b>	<b>Anzahl MA ASD (geclustert)</b>
Ich habe aktuelle Kontaktdaten meiner Ansprechpersonen für Kinderschutzfälle in medizinischen Einrichtungen.	.46	.35	.29
Ich habe Kontaktdaten der Vertretungen der Ansprechpersonen für Kinderschutzfälle in medizinischen Einrichtungen.	.47	.38	.38
Anzahl der persönlich bekannten Ansprechpersonen	.45	.55	.54
Wenn sich meine Kontaktdaten oder die Besetzung meiner Stelle ändern würden, gibt es	.26	.42	.33

eine eindeutige Regelung, wie dies unseren Kooperationspartnern im Kinderschutz strukturiert mitgeteilt wird.			
Unser Jugendamt beteiligt sich an einem Kinderschutz-Netzwerk.	.21	.32	.36
Mein Amt hat schriftliche Absprachen zur Zusammenarbeit (z.B. einen Kooperationsvertrag) mit medizinischen Einrichtungen.	.21	.42	.48
Es gibt in unserem Jugendamt spezielle Ansprechpersonen für die anonyme Beratung von Mitarbeitenden aus den medizinischen Einrichtungen.	.12	.35	.29
Die anonyme Beratung unseres Amtes in Kinderschutzfällen steht für andere Einrichtungen rund um die Uhr an allen Wochentagen (sogenannt 24 / 7) zur Verfügung.	.18	.41	.66
In unserem Jugendamt gibt es Strukturen zur (anonymen) Beratung bei	.17	.32	.32

dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung für externe Personen (also nicht aus dem Jugendamt).			
In unseren internen Teambesprechungen ist die Kooperation mit medizinischen Einrichtungen ein Thema.	.41	.34	.33
= kein statistisch relevanter Zusammenhang	Cramers V = über .25	Cramers V = über .40	Cramers V = über .50

Tabelle 5 Statistische Zusammenhänge (Cramers V) von Attributen der Kommune in Bezug auf Strukturen

In einer überblickshaften Betrachtung der Strukturmerkmale der Kommune bzw. des kommunalen Jugendamtes fällt auf, dass die *Art der Kommune* und die infrastrukturellen Faktoren des Medizinischen Kinderschutzes in fünf Beziehungsverhältnissen statistisch auffällige Ergebnisse liefern. Ohne Ausnahme werden jedoch alle identifizierten statistisch relevanten Zusammenhänge ebenfalls in Bezug auf die Mitarbeitendenzahl im ASD und die Einwohnendenzahl der Kommune beschrieben.

In Hinsicht auf die *Größe der Kommune* mittels Einwohnendenzahl als Indikator zeigten sich in den Kreuztabellen bei allen ausgewählten Strukturmerkmalen der Kooperation mindestens moderate Zusammenhänge. Eine der geringsten Zusammenhangstärken (Cramers  $V=.32$ ) ist das Vorhandensein einer anonymen Beratungsstruktur für Personen, die nicht aus dem Jugendamt kommen. Dieser Wert ist jedoch gleichzeitig die höchste Ausprägung des Merkmals über die drei getesteten kommunalen Strukturmerkmale insgesamt. Ebenfalls ein Cramers V von .32 erreicht der Zusammenhang zwischen der Einwohnendenzahl und der Beteiligung des Jugendamtes an einem Kinderschutznetzwerk. Ein stärkerer statistischer Zusammenhang besteht zwischen der Einwohnendenzahl und dem Vorhandensein aktueller Kontaktdaten der Ansprechpersonen im Medizinischen Kinderschutz (Cramers  $V=.35$ ), ebenfalls für die

Stellvertretungen dieser Ansprechpersonen (Cramers  $V=.38$ ), dem Vorliegen von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen (Cramers  $V=.42$ ) sowie der Thematisierung der Kooperation in den internen Teambesprechungen (Cramers  $V=.34$ ). Einen sehr hohen statistisch auffälligen Zusammenhang gibt es zwischen der Größe der Kommune und der Anzahl derjenigen Kooperationspartner:Innen im Medizinischen Kinderschutz, die persönlich bekannt sind (Cramers  $V=.55$ ). Insbesondere Kommunen mit 100.000 bis 199.999 Einwohnenden und (aufgrund des kleinen  $n$  nicht aussagekräftig) Kommunen über 500.000 Einwohnende sind hier herauszuheben.

Die Anzahl der *Mitarbeitenden im ASD* hat in Bezug auf die Strukturmerkmale der Kooperation im Medizinischen Kinderschutz die meisten statistisch hoch auffälligen Zusammenhänge. Neben den oben zur Größe der Kommune aufgelisteten Items kann hier auch bei der Vorhaltung einer 24/7 Erreichbarkeit für Kinderschutzfälle im Jugendamt mit einem Cramers  $V$  von  $.66$  ein sehr hoher Zusammenhang beschrieben werden.

Bei der Betrachtung der einzelnen Items lässt sich anhand der Häufigkeiten beschreiben, dass die Mitarbeitenden in Jugendämtern kreisfreier Städte mit den Antwortoptionen *ja* (5,9%) oder *eher ja* (41,9%) auch Kontaktdaten der Vertretungspersonen angeben zu kennen, wobei dies in kreisangehörigen Städten (0% *ja*, 5,6% *eher ja*) und in Landkreisen (0% für beide Items) deutlich seltener der Fall ist. In der Kreuztabelle des Items *Ich habe Kontaktdaten der Ansprechpersonen für Kinderschutzfälle in medizinischen Einrichtungen* zeigt sich insbesondere bei kreisfreien Städten ein anderes Bild (*ja* 5,9%; *eher ja* 15,6%; *eher nein* 76,5%; *nein* 0%).

#### \*H1b) Einfluss der Kooperationsstruktur

Für die Überprüfung der Kooperationseinstellung wurden die Items der kommunalen (Jugendamts-)Struktur mit dem *Score Kooperationseinstellung* gemeinsam analysiert. Hierbei zeigt sich eine statistische Auffälligkeit. Die Kooperationseinstellung hat einen deutlichen Zusammenhang mit der *Anzahl der Einwohnenden* (Cramers  $V=.46$ ). Bei näherer Betrachtung der einzelnen Elemente der Kreuztabelle erreichen Kommunen ab 200.000 Einwohnenden durchgängig hohe Scores in der Kooperationseinstellung. Bei kleineren

Kommunen ist das Bild heterogener. Die Mitarbeitendenanzahl im ASD hat ebenfalls einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Score der Kooperationseinstellung (Cramers  $V = .46$ ). Ab 50 und mehr Mitarbeitenden haben alle Jugendämter einen Kooperationseinstellungsscore, der höher ist als der mittlere erreichte Wert aller Jugendämter.

### **5.1.2. H2 Die gegenseitige (anonyme) Beratung ist in ihren Strukturen nicht durchgängig ausgebildet.**

Genutzt für die quantitative strukturelle Auswertung wurde bei dieser Hypothese die Grundgesamtheit  $n=38$ , also jeweils ein:e Mitarbeitende:r pro Jugendamt. Bei der Auswertung wurden die beiden Antwortmöglichkeiten *nein* und *Ich weiß es nicht* addiert betrachtet, da davon ausgegangen wird, dass Angebote, die nicht bekannt sind, auch nicht aktiv genutzt oder verbreitet werden. Auch Rückmeldungen aus diesen unbekanntem Strukturen, selbst wenn diese bestünden, gäbe es dann nicht, wodurch lediglich eine gemeinsame Betrachtung inhaltlich valide Ergebnisse erwarten lässt. Zunächst einmal lässt sich konstatieren, dass die Jugendamtsmitarbeitenden nahezu vollständig (>97%) von bestehenden Strukturen zur (anonymen) Beratung bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung für externe Personen in ihrem Jugendamt berichten. Die Hypothese, dass Strukturen der anonymen Beratung nicht bei allen Jugendämtern umfassend vorhanden sind, lässt sich anhand der vorliegenden Daten auf zwei Ebenen beantworten: Es gibt auf den Internetseiten (71%) und als Flyer (47%) Informationsmittel der Jugendämter zur (anonymen) Beratung in Kinderschutzfällen. Insgesamt ist auch davon auszugehen, dass alle Jugendämter eine solche Beratung anbieten. Rund um die Uhr wird die Beratungsmöglichkeit jedoch bei weniger als einem Fünftel der Jugendämter vorgehalten. Es geben 68% der Jugendamtsmitarbeitenden an, dass es im jeweiligen Jugendamt eine spezielle Ansprechperson für die (anonyme) Beratung von Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen gibt. Es ist davon auszugehen, dass es in 32% der Jugendämter (*nein* =29%, *Ich weiß es nicht* 3%) keine derartigen Angebote gibt.

Für Mitarbeitende der medizinischen Einrichtungen werden nach § 4 KKG anonyme Beratungsmöglichkeiten vorgehalten. Die Jugendamts-

mitarbeitenden nehmen an, dass bei 38% dieses Wissen *nicht* (4%) oder *eher nicht* (34%) vorhanden ist. Vorhandene Strukturen sind nur teilweise bekannt und die anonyme Beratungsstruktur wird durch Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen nur sehr selten in Anspruch genommen. Mehr als 75% der Jugendamtsmitarbeitenden gaben an, es gäbe *nie* (11,94%) oder *selten* überhaupt (anonyme) Beratung von Einrichtungen / Personen aus den medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen. Die Struktur der gegenseitigen anonymen Beratung scheint also partiell ausgebildet zu sein, der Output der Inanspruchnahme spiegelt dieses Ergebnis jedoch nicht wider. Die höchste Zustimmung auf die Frage, an wen Jugendamtsmitarbeitende ihre (anonymen) Beratungsanfragen richten bzw. richten würden, erlangen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (76%), Kinderkliniken (67%), niedergelassene Kinderärzt:Innen (53%) sowie die Rechtsmedizin mit 49%. Die *Medizinische Kinderschutzhotline* ist bei 51% der Jugendamtsmitarbeitenden *nicht bekannt*. Bei 42% der Befragten ist die Hotline zwar bekannt, wurde aber (noch) nicht konsultiert und lediglich 7,5% der Befragten gaben an, die Hotline bereits genutzt zu haben.

### 5.1.3. H3 Die Netzwerkstruktur hat bedeutsame statistische Zusammenhänge mit den Prozessen (Zuweisung, Inanspruchnahme, Rückmeldung und Zufriedenheit).

Für die Beantwortung dieser Hypothese wurde zunächst der *Score Netzwerkstruktur* summativ laut Score-Liste (siehe Anhang Scores) gebildet. Die Werte der nachfolgenden Tabellen überprüfen jeweils, ob statistisch auffällige Zusammenhänge zwischen dem Score Netzwerkstruktur und den jeweils benannten Prozessen vorliegen.

<b>Beratung</b>	<b>Cramers V</b>
Ich habe mich in Kinderschutzfällen bereits anonym durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen beraten lassen.	.37
(Anonyme) Beratung von Einrichtungen / Personen aus den medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen kommen in meinem Amt vor:	.35



<b>Beteiligung an Gesprächen</b>	<b>Cramers V</b>
In Kinderschutzfällen bin ich an gemeinsamen Gesprächen mit Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen beteiligt.	.41
Ich habe bereits Gespräche zum Kinderschutz vor Ort in medizinischen Einrichtungen geführt.	.36
Ich habe bereits Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen in Kinderschutzfällen zu Gesprächen in das Jugendamt eingeladen.	.31
Ich wurde bereits durch Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen zu gemeinsamen Gesprächen in Kinderschutzfällen eingeladen.	.36
Gespräche gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen finden zu einem angemessenen Termin statt, damit ich die Ergebnisse für die Gefährdungseinschätzung bzw. Planung der Hilfen im Fall nutzen kann.	.39

<b>Zufriedenheit</b>	<b>Cramers V</b>
Im Vergleich zu Kinderschutzfällen in denen KEINE medizinischen Einrichtungen beteiligt sind, bin ich zufriedener mit den Ergebnissen, wenn medizinische Einrichtungen beteiligt waren.	.40

<b>Rückmeldungen und Beschwerden</b>	<b>Cramers V</b>
Ich habe mich in einem Kinderschutzfall über Mitarbeitende / eine medizinische Einrichtungen bei der betreffenden Einrichtung beschwert.	.35
Ich gebe Einrichtungen der Gesundheitsdienste nach Eingang einer Gefährdungs-Meldung eine Eingangsbestätigung.	.40

Entscheidungsabläufe		Cramers V	
In unserem Jugendamt erfolgt eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischen Einrichtungen, ob in konkreten Fällen eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.		.36	
Ich beziehe die Meinung von Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen maßgeblich in die Bewertung einer Kindeswohlgefährdung ein.		.41	
Personen aus medizinischen Einrichtungen (z.B. Fachärzt:Innen, Psychotherapeut:Innen) werden durch unser Jugendamt als „externe Fachkräfte“ in Beratungs- / Risikoeinschätzungsprozesse einbezogen.		.34	
In Kinderschutzfällen erstellen wir „Risiko- / Gefährdungseinschätzungen“ gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen.		.44	
In Kinderschutzfällen (in denen auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind) erstellen wir „Schutzpläne“ gemeinsam mit den medizinischen Einrichtungen.		.41	
Ich habe bereits in der Vergangenheit Familien zur Einschätzung einer Gefährdungslage / Risikoeinschätzung an medizinische Einrichtungen verwiesen.		.46	
= kein statistisch relevanter Zusammenhang	Cramers V = über .25	Cramers V = über .40	Cramers V = über .50

Tabelle 6 Statistische Zusammenhänge (Cramers V) in Bezug auf die Netzwerkstrukturen

Der Netzwerk-Score hat moderate und teilweise auch starke statistische Zusammenhänge mit konkreten Prozessen der Inanspruchnahme. Über unterschiedliche Teilprozesse in der gegenseitigen Inanspruchnahme (z.B. Beratung, Zuweisung, Einbeziehung, gemeinsame Entscheidungsfindung) lassen sich jeweils statistisch bedeutsame Zusammenhänge beschreiben.

Die Analyse der stärksten statistischen Zusammenhänge mit einem Wert von Cramers V über .40 erfolgt in einer Kreuztabelle (Tabelle 7). Es wurde verglichen, zu wieviel Prozent bei den zwei Gruppen mit dem niedrigsten Netzwerk-Score (0 und 1) und mit den höchsten Werten (4 und 5) jeweils *oft* bzw. *sehr oft* die jeweils angegebene Form oder das angegebene Ergebnis der Kooperation betrafen.

<b>Item</b>	<b>Gesamt % bei Netzwerk- Score 0 und 1</b>	<b>Gesamt % bei Netzwerk- Score 4 und 5</b>
In Kinderschutzfällen bin ich an gemeinsamen Gesprächen mit Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen beteiligt.	13,5%	8,1%
Im Vergleich zu Kinderschutzfällen in denen KEINE medizinischen Einrichtungen beteiligt sind, bin ich zufriedener mit den Ergebnissen, wenn medizinische Einrichtungen beteiligt waren.	21,6%	16,2%
Ich beziehe die Meinung von Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen maßgeblich in die Bewertung einer Kindeswohlgefährdung ein.	24,3%	43,6%
In Kinderschutzfällen erstellen wir „Risiko- / Gefährdungseinschätzungen“ gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen.	5,4%	18,9%
In Kinderschutzfällen (in denen auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind) erstellen wir „Schutzpläne“ gemeinsam mit den medizinischen Einrichtungen.	5,4%	18,9%
Ich habe bereits in der Vergangenheit Familien zur Einschätzung einer Gefährdungslage / Risikoeinschätzung an medizinische Einrichtungen verwiesen.	13,5%	21,6%

*Tabelle 7 Struktur-Items bei hohem und niedrigem Netzwerkscore*

Bei einem niedrigeren Netzwerk-Score gibt es in dieser Auswertung eine höhere Zustimmung zu dem Item, dass die Jugendamtsmitarbeitenden an gemeinsamen Gesprächen beteiligt waren und dass sie mit den Ergebnissen der Kinderschutzfälle zufriedener sind, als wenn keine medizinische Einrichtung beteiligt ist. Bei einem höherem Netzwerk-Score wird von den Mitarbeitenden der Jugendämter berichtet, dass in deutlich mehr Fällen gemeinsame Risiko- / und Gefährdungseinschätzungen sowie gemeinsame Schutzpläne erstellt werden. Auch wird die Meinung der medizinischen Einrichtungen deutlich häufiger einbezogen und auch häufiger zur Einschätzung einer Gefährdung an medizinische Einrichtungen verwiesen.

#### **5.1.4. H4 Die Durchdringung der Jugendämter in Bezug auf die bestehenden Strukturen und die Prozesse in der Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen auf der Ebene der Sachbearbeitenden unterscheiden sich statistisch bedeutsam von der Ebene der Stabstelle Kinderschutz oder ähnlichen.**

Um Aussagen zu dieser Hypothese treffen zu können werden zunächst die einzelnen Items in Bezug auf die Häufigkeiten der jeweiligen Antworten beschrieben und anschließend synoptisch die Ergebnisse analysiert.

Die Frage, ob auf der Homepage des Jugendamtes Informationen zur (anonymen) Beratung im Kinderschutz auffindbar sind, beantworten 87% der der Kinderschutzbeauftragten und 75% der ASD-Mitarbeitenden mit *ja*. Um herauszubekommen, ob hier von Mitarbeitenden desselben Jugendamtes unterschiedliche Antworten gegeben wurden, werden die jeweils zu einem Jugendamt gehörenden Antwortdatensätze verglichen. Dieser Vergleich kommt zu dem Ergebnis, dass bei 63% in Bezug auf die Flyer sowie die explizite Ansprechperson für medizinische Einrichtungen und bei 56% auf die Informationen auf der Homepage von beiden Antwortenden eines Jugendamtes dieselbe Antwort gegeben wurde. Ob diese Antwort faktisch stimmt, lässt sich aufgrund der Anonymität der Erhebung nicht beschreiben, wohl aber die Aussage treffen, dass es scheinbar einen deutlichen Wissensunterschied in Bezug auf die Strukturen zur Zusammenarbeit gibt. Auch in Bezug auf das grundsätzliche Vorhandensein von schriftlichen Kooperationsabsprachen entschieden sich 51% der Paare für dieselben

Antwortmöglichkeiten. 38,5% der Kinderschutzbeauftragten gaben an, um solche Verträge zu wissen, bei den ASD-Mitarbeitenden waren es 25%.

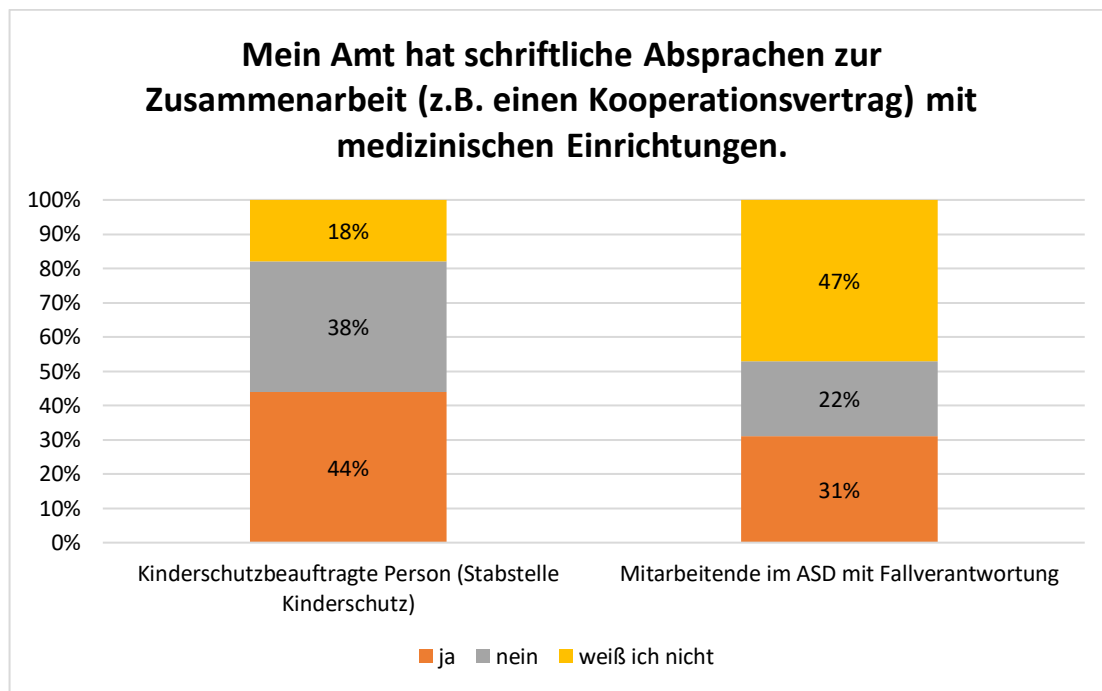
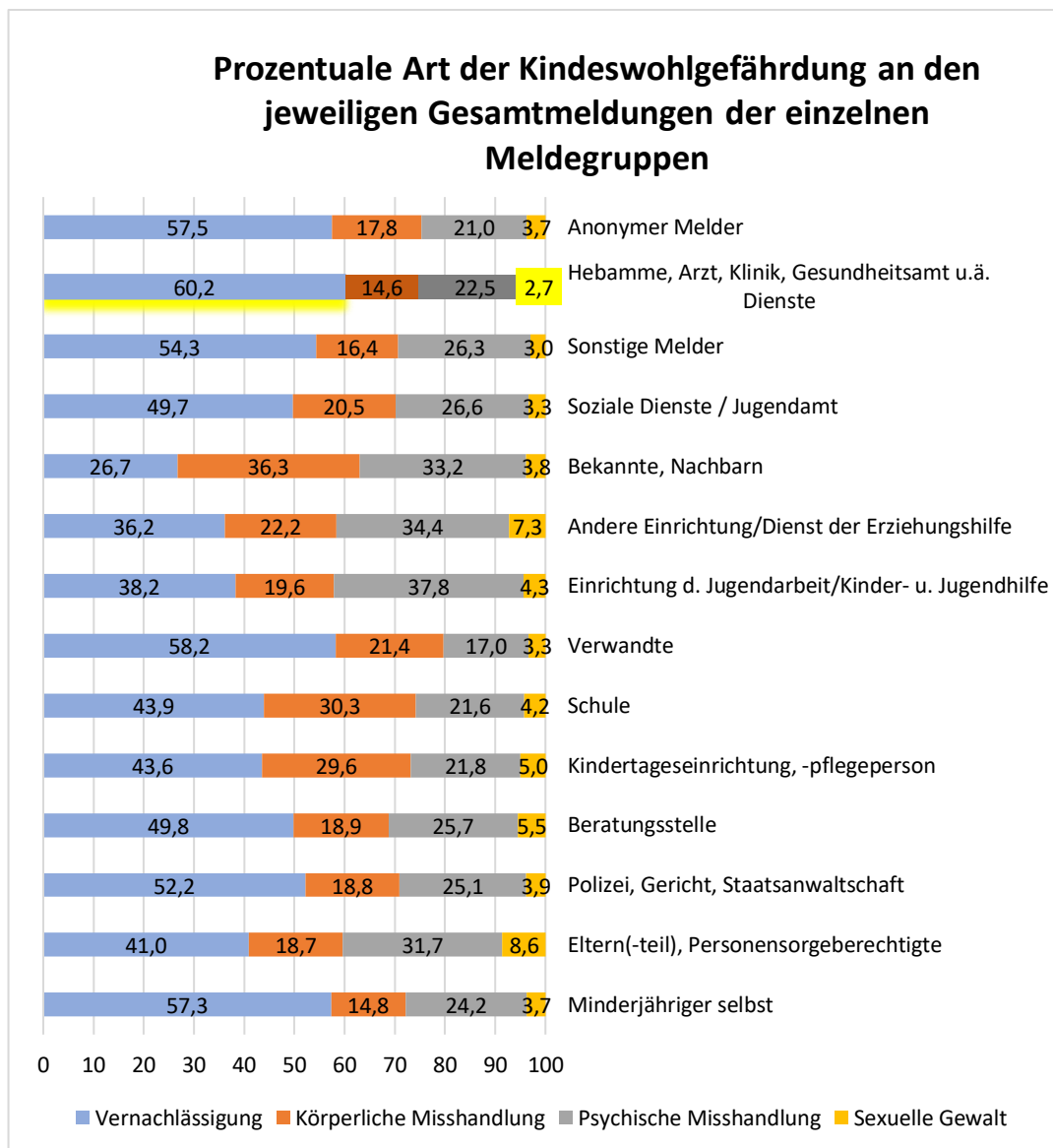


Abbildung 47 Kenntnis über schriftliche Kooperationsabsprachen nach Funktion im Jugendamt

Die Unterschiede in Bezug auf die bestehenden Kooperationsverträge haben mit einem Cramers V von .32 einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang.

#### **5.1.5. H5 Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen melden im Kontext der Kindeswohlgefährdung tendenziell andere Formen der Kindeswohlgefährdung als andere Meldegruppen.**

Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes (2022) melden die Mitarbeitenden aus Einrichtungen des Gesundheitswesens (genannt werden hier Hebammen, Ärzt:Innen, Gesundheitsämter u.a.) zu 60,2 % Kindeswohlgefährdung bei Vernachlässigung, zu 14,6% körperliche Misshandlungen, zu 22,5% psychische Misshandlungen und zu 2,7% sexuelle Gewalt.



eigene Darstellung auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (2022)

Abbildung 48 Prozentuale Art der Kindeswohlgefährdung an den jeweiligen Gesamtmeldungen der einzelnen Meldegruppen

Im Vergleich zu anderen Meldegruppen melden Angehörige des Gesundheitswesens am seltensten Fälle mit Verdacht auf sexualisierte Gewalt und am häufigsten Fälle von Vernachlässigung. Auffällig ist, dass die Meldenden des Gesundheitswesens sehr nah an dem Meldeverhalten der Beteiligten selbst liegen. Lediglich eine kumulierte Differenz von 5,8% der absoluten Prozentwerte finden sich über die vier von DESTATIS (Statistisches Bundesamt, 2022) dargestellten Kategorien der Kindeswohlgefährdung. Die anderen Meldegruppen haben höhere Abweichungen von den Selbstmelder:Innen (z.B. 8,4% der anonymen Melder:Innen als nächst nähere Gruppe. Ebenfalls unter 20% Abweichung liegen Verwandte (15%), Polizei

(15,9%) und Sonstige (11%). Das Jugendamt hat 21% Unterschied. Die deutlichsten Unterschiede gibt es bei den Meldegruppen zu Bekannten / Nachbar:Innen (66,9%), auch die Unterschiede zur Jugendarbeit / Jugendhilfe (je mehr als 40% Differenz), zur Schule (34,4%) und den Eltern (38,3%) sind beträchtlich. In einer Auswertung der Verfahren nach § 8a SGB 8 aus 2016 stellt der Kinder- und Jugendhilfereport 2019 dar, dass neben Privatpersonen, Einrichtungen der Jugendhilfe incl. Beratungsstellen und der Gruppe aus Polizei, Gericht und Staatsanwaltschaft das Gesundheitswesen mit 20% der Meldungen die meisten Bekanntmachungen einer möglichen Kindeswohlgefährdung leistet. Die drei vorgenannten Meldegruppen sind bei allen Altersgruppen stark vertreten, die Meldungen aus dem Gesundheitswesen nehmen jedoch nach dem ersten Lebensjahr proportional stark ab und erreichen relativ konstante, aber geringe Werte zwischen 3,9% und 7,2%. Bei Jugendlichen von 14 bis unter 18 werden im Gesundheitswesen mit 4,8% mit deutlichem Abstand zu anderen Meldegruppen die wenigsten potenziellen Fälle von Kindeswohlgefährdung detektiert. Es konnte ebenso ein Unterschied beschrieben werden, ob nach erfolgter Meldung einer Kindeswohlgefährdung diese durch die Jugendämter ebenfalls als Kindeswohlgefährdung eingeschätzt wird. Hierbei werden Meldungen aus der Jugendhilfe, deren Beratungsstellen oder dem Sozialen Dienst selbst am häufigsten (51,9%) als akute und zu 29,7% als latente Kindeswohlgefährdung bewertet. Meldungen von Bekannten, Nachbar:Innen, bzw. anonyme Meldungen wurden zu 18,3% als akute, zu 34,7% als latente und zu 46,9% nicht als Kindeswohlgefährdung eingeschätzt. Meldungen aus dem Gesundheitswesen sind im Mittelfeld der erhobenen Institutionen / Personen verortet, da Meldungen aus diesem Bereich zu 36,3 % als akute, zu 32,2% als latente und zu 31,5% nicht als Kindeswohlgefährdung durch das Jugendamt eingeschätzt wurden. Es ist also nahezu bei jeweils einem Drittel der Meldungen von einer akuten bzw. latenten Kindeswohlgefährdung auszugehen (Rauschenbach et al., 2019).

### 5.1.6. H6 Kooperationsstrukturen im ASD sind eher individuell erarbeitet als strukturell verankert.

Es geben 72% der Befragten an, dass sie sich ihre Kontakte zum Gesundheitswesen *weitestgehend* oder *vollständig* selbst aufgebaut haben. Die Angaben aus der Betrachtung der Items zur Einarbeitung deuten darauf hin, dass theoretisch mehr strukturiert gebahnte Kontakte vorhanden sein könnten, da 60% der Jugendamtsmitarbeitenden angeben, Ansprechpersonen in medizinischen Einrichtungen kennengelernt zu haben.

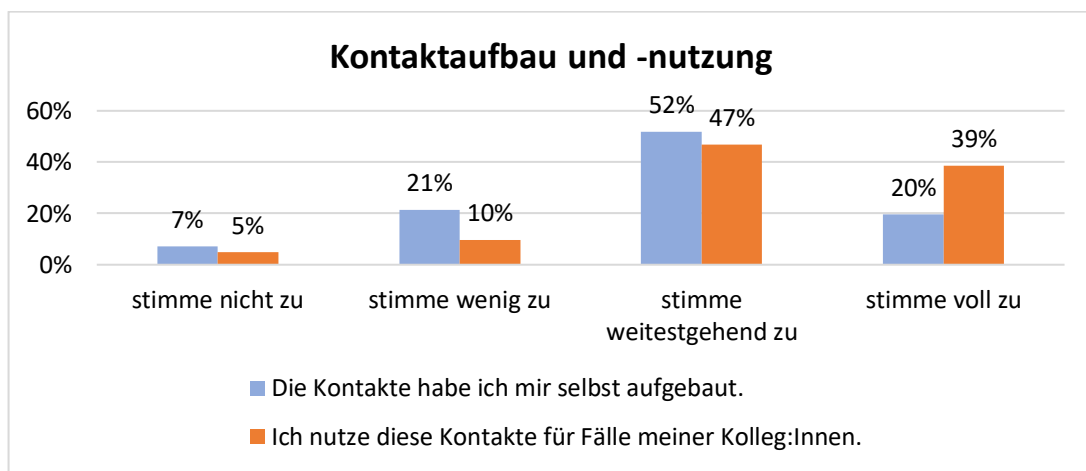


Abbildung 49 Kontaktaufbau und -nutzung

60% der Befragten haben im Rahmen der Einarbeitung überhaupt Ansprechpersonen in medizinischen Einrichtungen kennengelernt. Informationen zum Medizinischen Kinderschutz in der jeweiligen Kommune erhielten 46%. Darauf beziehungsweise, dass die Teilnehmenden im Durchschnitt elf Jahre im Jugendamt arbeiten, kann man davon ausgehen, dass mittlerweile oftmals bereits veränderte Curricula zur Einarbeitung vorhanden sind. Einen Hinweis jedoch, dass die Einarbeitung insgesamt eher wenig den Einbezug des Gesundheitssystems im Fokus hat, geben die 39% der Jugendamtsmitarbeitenden an, die überhaupt strukturiert medizinische Einrichtungen vor Ort kennengelernt haben.



## 5.2. Hypothesen zu den prozessualen Faktoren der Inanspruchnahme

Bei der Betrachtung der nächsten Hypothesen bedarf es voranstehend einer Beschreibung des Prozess-Begriffs. „Ein Prozess beschreibt den strukturierten Ablauf [...] von einzelnen Tätigkeiten und Verrichtungen“ (Hensen, 2016, S. 204). Prozesse sind in aller Regel komplex und werden daher oft in Teilprozesse unterteilt. Sie beschäftigen sich in der Regel mit der Arbeit an organisatorischen, personellen oder funktionale Schnittstellen. Bei der Bearbeitung von Schnittstellenproblemen handelt es sich folglich häufig um Prozessmanagement (Hensen, 2016). Die Hypothesen beschäftigen sich demzufolge mit konkreten Handlungen, bzw. deren Planung, deren (Nicht-) Zustandekommen oder auch deren Hemmnissen, die über die Strukturen der Jugendämter und reinen Ergebnisse des Kooperationshandelns hinausgehend in der Bearbeitung von Fällen im Medizinischen Kinderschutz zu Tage treten.

### 5.2.1 H7 Die Wahrnehmung der Kooperation als originären Bestandteil der beruflichen Tätigkeit sehen die Jugendamtsmitarbeitenden eher bei sich als bei den Einrichtungen der Gesundheitsdienste.

Die befragten Mitarbeitenden der Jugendämter nehmen bei sich selbst eine deutlich höhere Kooperationsbereitschaft in Bezug auf die Anerkennung von Kooperation und Netzwerkarbeit als originären Bestandteil ihrer Arbeit wahr, als sie dies den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zuschreiben. Circa 10% geben an, dass medizinische Einrichtungen Kooperations- und Netzwerkarbeit *nicht* als originären Teil ihrer Arbeit sehen. *Volle Zustimmung* zur Kooperations- und Netzwerkarbeit als originären Bestandteil sehen die Jugendamtsmitarbeitenden bei sich selbst zu 56% und bei den medizinischen Einrichtungen zu 6%. Eine *nicht vollständige Zustimmung* liegt mit 32% (für die Jugendamtsmitarbeitenden) und 38% (in der Wahrnehmung für Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen) eng beieinander. 12% der Jugendamtsmitarbeitenden berichten über sich selbst und 47% über Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen, dass sie die Kooperations- und

Netzwerk­­tätigkeit *wenig* als wenig originäre Aufgabe wahrnehmen.

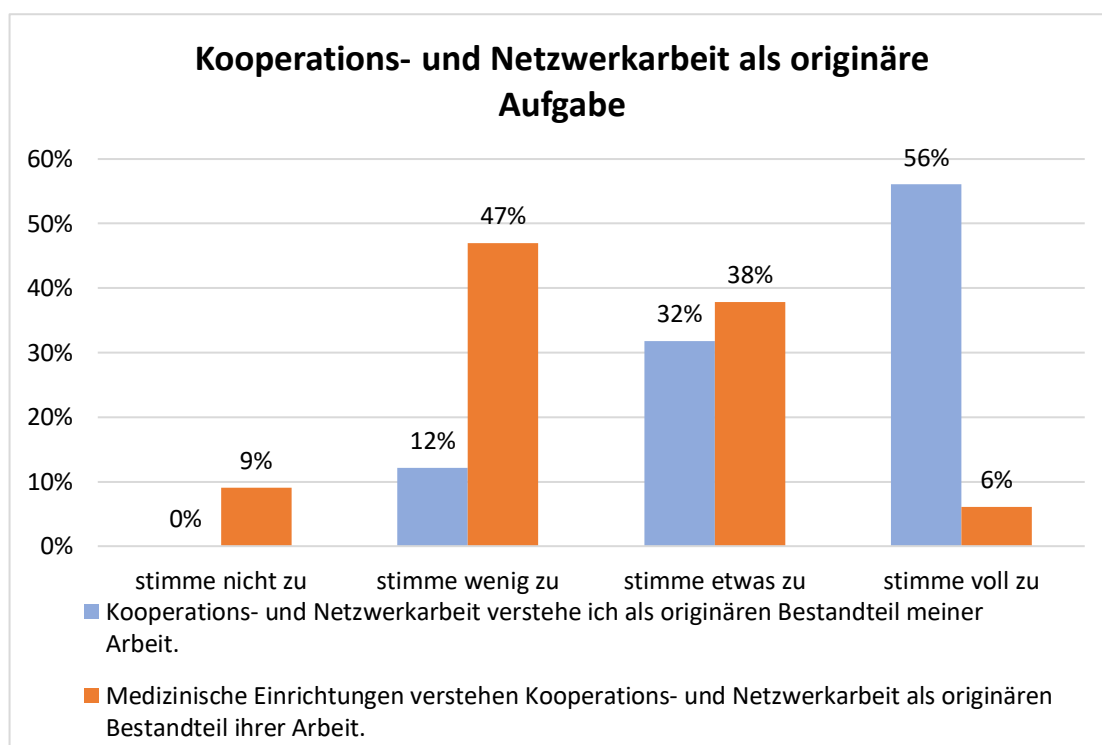


Abbildung 50 Einstellung und Wahrnehmung zu Kooperations- und Netzwerkarbeit als originäre Aufgabe

Ein moderater statistischer Zusammenhang (Cramers  $V = .30$ ) ist gegeben.

### 5.2.2. H8 Die Kooperationseinstellung hat bedeutsame statistische Zusammenhänge mit den Prozessen (Zuweisung, Inanspruchnahme, Rückmeldung und Zufriedenheit).

Die positive Kooperationseinstellung wird über einen Score abgebildet. Dieser wurde summativ aus fünf Items (siehe Anhang Scores) ermittelt. Anschließend wurden die Häufigkeiten und statistisch relevanten Auffälligkeiten dieses Scores mit festgelegten Items bezogen auf die Ergebnisse der Kooperation überprüft.

Beratung	Cramers V
Ich habe mich in Kinderschutzfällen bereits anonym durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen beraten lassen.	.28
(Anonyme) Beratung von Einrichtungen / Personen aus den medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen kommen in meinem Amt vor:	.30

<b>Beteiligung an Gesprächen</b>	<b>Cramers V</b>
In Kinderschutzfällen bin ich an gemeinsamen Gesprächen mit Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen beteiligt.	.34
Ich habe bereits Gespräche zum Kinderschutz vor Ort in medizinischen Einrichtungen geführt.	.28
Ich habe bereits Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen in Kinderschutzfällen zu Gesprächen in das Jugendamt eingeladen.	.35
Ich wurde bereits durch Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen zu gemeinsamen Gesprächen in Kinderschutzfällen eingeladen.	.26
Gespräche gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen finden zu einem angemessenen Termin statt, damit ich die Ergebnisse für die Gefährdungseinschätzung bzw. Planung der Hilfen im Fall nutzen kann.	.41

<b>Zufriedenheit</b>	<b>Cramers V</b>
Im Vergleich zu Kinderschutzfällen in denen KEINE medizinischen Einrichtungen beteiligt sind, bin ich zufriedener mit den Ergebnissen, wenn medizinische Einrichtungen beteiligt waren.	.29

<b>Rückmeldungen und Beschwerden</b>	<b>Cramers V</b>
Ich habe mich in einem Kinderschutzfall über Mitarbeitende / eine medizinische Einrichtungen bei der betreffenden Einrichtung beschwert.	.32
Ich gebe Einrichtungen der Gesundheitsdienste nach Eingang einer Gefährdungs-Meldung eine Eingangsbestätigung.	.42

Entscheidungsabläufe	Cramers V			
In unserem Jugendamt erfolgt eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischen Einrichtungen, ob in konkreten Fällen eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.	.38			
Ich beziehe die Meinung von Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen maßgeblich in die Bewertung einer Kindeswohlgefährdung ein.	.34			
Personen aus medizinischen Einrichtungen (z.B. Fachärzt:Innen, Psychotherapeut:Innen) werden durch unser Jugendamt als „externe Fachkräfte“ in Beratungs- / Risikoeinschätzungsprozesse einbezogen.	.38			
In Kinderschutzfällen erstellen wir „Risiko- / Gefährdungseinschätzungen“ gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen.	.33			
In Kinderschutzfällen (in denen auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind) erstellen wir „Schutzpläne“ gemeinsam mit den medizinischen Einrichtungen.	.33			
Ich habe bereits in der Vergangenheit Familien zur Einschätzung einer Gefährdungslage / Risikoeinschätzung an medizinische Einrichtungen verwiesen.	.34			
= kein statistisch relevanter Zusammenhang	<table border="1"> <tr> <td>Cramers V = über .25</td> <td>Cramers V = über .40</td> <td>Cramers V = über .50</td> </tr> </table>	Cramers V = über .25	Cramers V = über .40	Cramers V = über .50
Cramers V = über .25	Cramers V = über .40	Cramers V = über .50		

Tabelle 8 Statistische Auffälligkeiten (Cramers V) in Bezug auf prozessuale Abläufe im Kinderschutz

Die Items mit dem höchsten statistischen Zusammenhang (Cramers V größer als .40) zum Score der Kooperationseinstellung wurden in einer Kreuztabelle zusätzlich analysiert.

Insgesamt werden Score – Werte zwischen 8 und 16 erreicht:

Score-Wert	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Häufigkeit	1	3	3	5	9	10	12	14	3

Tabelle 9 Verteilung der SCORE-Werte der Kooperationseinstellung

Bei dem Item „Gespräche gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen finden zu einem angemessenen Termin statt, damit ich die Ergebnisse für die Gefährdungseinschätzung bzw. Planung der Hilfen im Fall nutzen kann“ zeigt sich deutlich, dass bei einem Score-Wert größer-gleich 14 zu 71,4% der These mit *sehr oft* zustimmen, mit *etwas* antworten hier 48,2%.

Im Gegensatz dazu stimmen Jugendamtsmitarbeitende mit einem Score der Kooperationseinstellung von 10 oder kleiner lediglich zu 6,9% *etwas* und 7,1% *voll* zu.

Bei der Itemkonstellation Kooperationseinstellung und *Ich gebe Einrichtungen der Gesundheitsdienste nach Eingang einer Gefährdungs-Meldung eine Eingangsbestätigung* ergibt die Analyse, dass *sehr oft* und *oft* nur Rückmeldungen von Jugendamtsmitarbeitenden gegeben werden, die einen Score von 14 oder größer (*sehr oft*) bzw. 12 oder größer (*oft*) haben.

### **5.2.3. H9 Die Mitarbeitenden der Jugendämter sehen sich in Bezug auf die Fallverantwortung in sehr exponierter Stellung.**

Die Jugendamtsmitarbeitenden sehen das Jugendamt bzw. sich deutlich mehr in der Verantwortung in Kinderschutzfällen als die medizinischen Einrichtungen. Mehr als die Hälfte (53%) sieht die Verantwortung komplett beim Jugendamt. Weitere 30% sehen das Jugendamt stärker als die medizinischen Einrichtungen in der Verantwortung. Eine ausgeglichene Verteilung der Verantwortung beschreiben 17%. Eine deutliche Diskrepanz zeigt sich bei der Frage nach einer gewünschten Verantwortungsverteilung. Insgesamt 62% der Antwortenden wünschen sich *etwas* (35%) oder *voll* (27%), dass andere Einrichtungen mehr Verantwortung übernehmen (können).

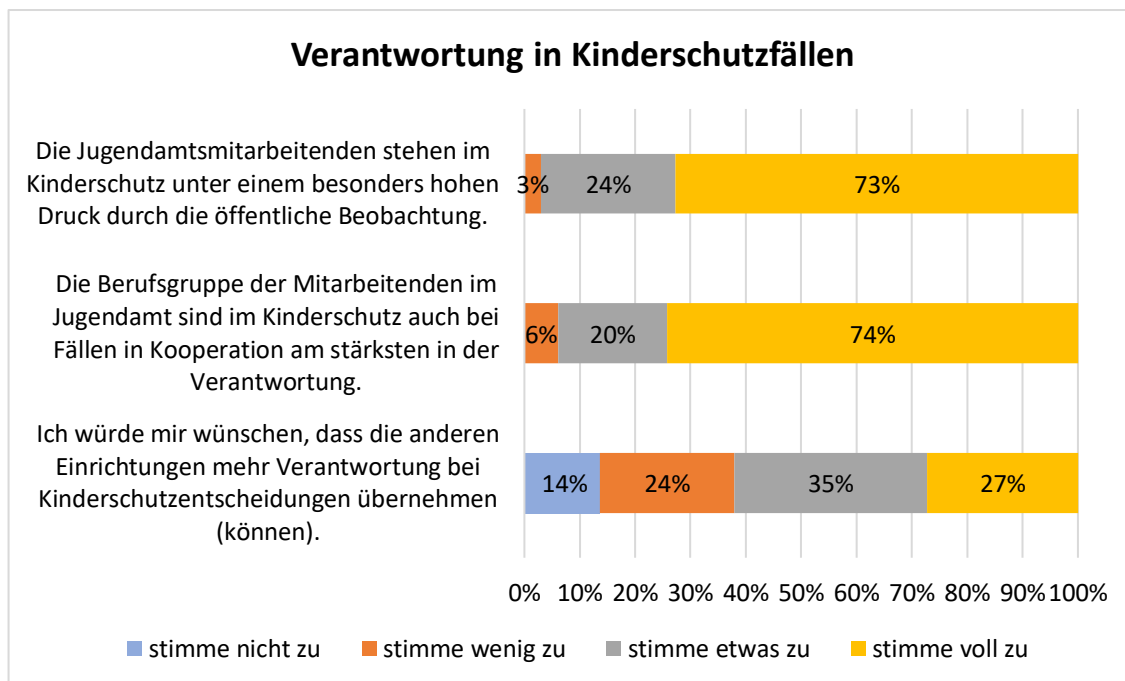


Abbildung 51 Verantwortung in Kinderschutzfällen

Es stimmen 30% *voll* und 36% *etwas* der These zu, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung des Jugendamtes mit anderen Einrichtungen gesetzlich geregelt werden soll. Es stimmen 94% (74% *volle Zustimmung*, und weitere 20% *etwas Zustimmung*) der These zu, dass auch in Kooperationsfällen die Mitarbeitenden des Jugendamtes am stärksten in der Verantwortung stehen. Bei der Wahrnehmung des öffentlichen Drucks wird dieses Ergebnis sogar gesteigert: *Die Jugendamtsmitarbeitenden stehen im Kinderschutz unter einem besonders hohen Druck durch die öffentliche Beobachtung.* erhält mit 73% *volle Zustimmung* und 24% *etwas Zustimmung*.

#### 5.2.4. H10 Es werden in Kinderschutzverfahren selten Rückmeldungen an die medizinischen Einrichtungen gegeben.

Diese Hypothese nimmt die Rückmeldungen sowohl zum Fallein- und -fortgang als auch Rückmeldungen in Form von Beschwerden in den Fokus. Die Mitarbeitenden der Jugendämter geben zu 32% an *nie* (11%) oder *selten* (21%) eine Eingangsbestätigung über die Gefährdungsmeldung. 37% geben an, dies *sehr oft* zu tun. Rückmeldungen zum weiteren Verlauf des Falles geben nur 3% der Antwortenden *sehr oft*. Gegenüber der Eingangsbestätigung werden deutlich häufiger nur *selten* (52%) oder *nie*

(21%) Rückmeldungen gegeben. Als Begründung für die fehlenden Rückmeldungen wurden gewählt: Datenschutz (73%), dass keine Rückmeldung gewünscht wurde (22%), fehlende zeitliche Ressourcen (18%), Sonstiges (18%). Neben dem Grund niemanden erreicht zu haben (4%), wird bei 8% der Antworten angegeben, dass es eine interne Anweisung gibt, keine Rückmeldungen zu geben. In drei Fällen wird im Freitext zu *Sonstiges* auf die Gesetzesänderung im Jahr 2021 hingewiesen, eine Aussage jedoch beschreibt explizit „Die Einrichtungen haben keinen Anspruch auf Rückmeldung, wie es weiter gegangen ist.“

Erfragt wurde auch der Kommunikationskanal, über den die Rückmeldungen (so sie denn gegeben wurden) erfolgt sind. Die Ergebnisse divergieren im Vergleich der Anlässe (Rückmeldung zum Eingang der Gefährdungsmeldung oder Rückmeldung zum weiteren Fallverlauf) nicht wesentlich. Allein die eher schriftliche Rückmeldung erfolgt verstärkt bei Eingangsbestätigungen. Rückmeldungen über den weiteren Verlauf erfolgen leicht häufiger persönlich / telefonisch als die Eingangsbestätigungen. Teils schriftlich und teils persönlich / telefonisch geben die meisten (knapp 50%) der Befragten ihre Rückmeldungen. Neben den oben beschriebenen Rückmeldungen sind auch kritische Rückmeldungen in Form von Beschwerden als Rückmeldungen zu werten.

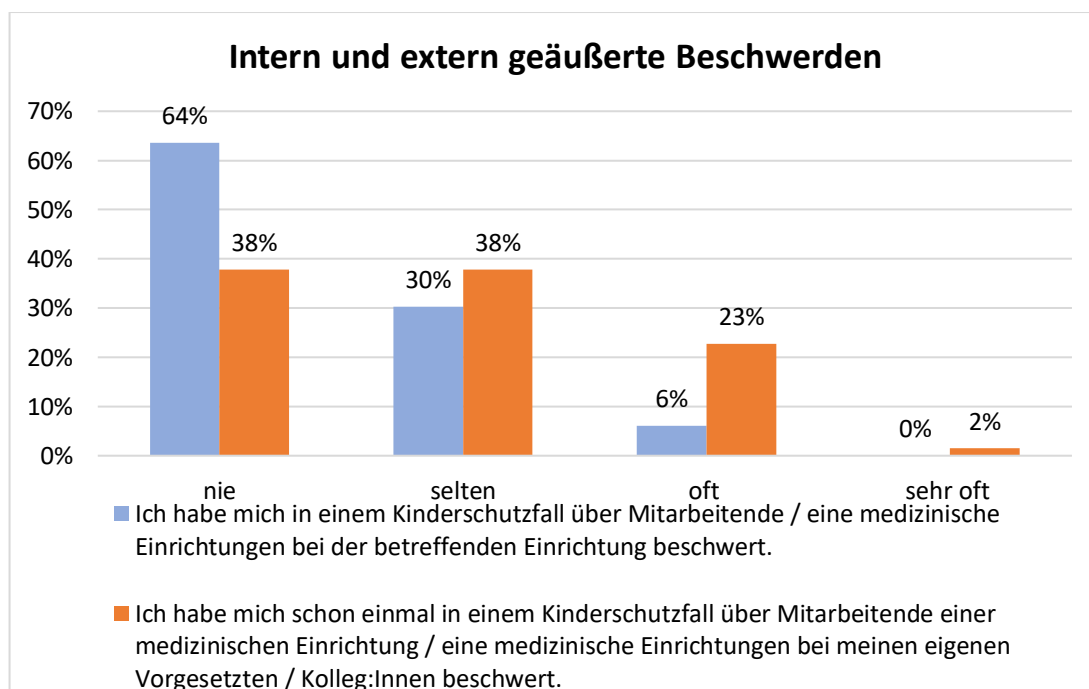


Abbildung 52 Intern und extern geäußerte Beschwerden (n=66)

Deutlich wird bei der Betrachtung der Diagramme, dass die Anzahl der Jugendamtsmitarbeitenden, die sich *oft* oder *sehr oft* innerhalb der eigenen Einrichtung über Mitarbeitende des Gesundheitswesens beschwerten, deutlich höher ist als der Anteil derjenigen, die sich bereits bei der entsprechenden Einrichtung selbst beschwert haben.

#### **5.2.5. H11 Die gegenseitige (anonyme) Beratung ist in den Prozessen wenig ausgebildet.**

Die Hypothese spricht von gegenseitiger anonymer Beratung, gemeint ist eine wechselseitige Beratung, nicht zwingend in den jeweils selben Fällen, sondern fallübergreifend betrachtet.

Um diese Hypothese angemessen betrachten zu können, bedarf es einer Differenzierung in die jeweilige Institution, die die Initiative zur Beratungsanfrage vornimmt. Betrachtet werden hier zunächst Fälle, bei denen die Mitarbeitenden im Jugendamt für eine Beratung angefragt werden.

Die Mitarbeitenden im Jugendamt gehen größtenteils (61%) davon aus, dass die Mitarbeitenden in den Gesundheitsdiensten um die (anonyme) Beratungsmöglichkeit beim Jugendamt wissen. Mit 4% (*stimme nicht zu*) bzw. 34% (*stimme eher nicht zu*) sind jedoch auch knappe 40% deutlich von einer Zustimmung entfernt. Die Jugendamtsmitarbeitenden antworteten bei der Frage nach dem Vorkommen (anonymer) Beratung von Einrichtungen / Personen aus medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen, dass diese in ihrem jeweiligen Amt überwiegend (66%) *selten* vorkommen. Eine *sehr oft* vorkommende (anonyme) Beratung im Kinderschutz für Personen aus dem Gesundheitswesen geben 4% an, 18 % berichten, dass diese *oft* vorkommt und 12% berichten, dass eine solche Beratung *nie* vorkommt.

In den Leitfadeninterviews wurden die Jugendamtsmitarbeitenden ebenfalls zu dem Vorkommen und den Strukturen der (anonymen) Beratung von Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen befragt. Einzelne Mitarbeitende der Jugendämter berichten von gelingenden Beratungsprozessen durch die öffentliche Jugendhilfe für Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen.



Eine gelingende Kooperation in der (anonymen) Beratung beschreibt I7:

„Wir kommen auf einen relativ hohen, bislang leider nur geschätzt, aber wir kommen auf einen sehr, sehr hohen Anteil. Und ich würde auch behaupten wollen, dass der Anteil anonymisierter Beratungen aus dem Gesundheitswesen höher ist als der von tatsächlichen Meldungen.“

Eine positive Entwicklung in der Zusammenarbeit, mehr Wissen um die Möglichkeit der anonymen Beratung und auch um Wissen im Gesundheitswesen, wann das Jugendamt einzuschalten ist, über das Angebot, dass Fälle anonymisiert ggf. sogar unter Einbezug anderer Institutionen wie der Justiz beraten werden, wird ebenfalls von I7 beschrieben.

Weitere Rückmeldungen zu gelingender Kooperation sind:

- I11 erinnert sich an Beratungsvorgänge bei Sozialpädiatrischen Zentren, jedoch nicht bei Ärzt:Innen.
- Die stationäre medizinische Versorgung wird deutlich aktiver in der Inanspruchnahme der Beratung gesehen als die niedergelassenen Ärzt:Innen (I2).

Beispielhaft für einen gelungenen Beratungsprozess, wird eine länger andauernde Beratung einer Ärztin durch das Jugendamt beschrieben, bei dem zwischen den Terminen eines Verdachtsfalles in der Praxis mehrfach Beratungsgespräche zwischen Ärztin und Jugendamt stattgefunden haben (I7).

Übergreifend beschreiben die Ergebnisse, dass dort, wo die (anonyme) Beratung durch die Jugendhilfe verstärkt in Anspruch genommen wahrgenommen wird, individuelle Faktoren, die in der Regel von den Jugendämtern ausgehen, als Begründung gesehen werden, z.B. individuelle Absprachen, gezielte Bewerbung des Angebots und Faktoren, die in der Struktur begründet sind, wie nur eine große kinderärztliche Praxis im Einzugsgebiet des Jugendamtes.

Die überwiegende Mehrheit der Jugendamtsmitarbeitenden gibt an, dass eher selten Beratung durch das Jugendamt für Mitarbeitende medizinischer

Einrichtungen geleistet wird. Hierzu vermuten die Jugendamtsmitarbeitenden folgende Ursachen für die geringe Inanspruchnahme:

- Das Beratungsangebot ist nicht bekannt (I11; I9; I8; I6; I5; I4 = 55%).
- Ärzt:Innen sehen Kooperationsprozesse im Kinderschutz nicht als ihre Aufgabe an (I11).
- Das Gesundheitssystem ist eher geschlossen und agiert wenig nach außen (I10).
- Es wird seitens der medizinischen Einrichtungen eher keine (anonyme) Beratung, sondern direkt eine Meldung nach § 8a SGB 8 gemacht, um den Fall direkt an das Jugendamt weiterzureichen (I3; I1).

Um mehr Beratungsanfragen aus dem Gesundheitssektor zu erhalten, wird die Notwendigkeit beschrieben, dass die Jugendhilfe ihr Beratungsangebot kontinuierlich bewerben muss (I9, I5). Die Jugendämter sehen hier durch die coronabedingt reduzierten Netzwerktreffen deutliche Einschnitte. Hierzu wurden Flyer erstellt und intensiv in verschiedenen Netzwerken geworben (I7; I9; I4), schriftliche Informationen versendet und Präsenzveranstaltungen zur Information vorbereitet (I5). Neben der direkten (anonymen) Beratung in potenziellen Kinderschutzfällen beschreibt I6, dass auch die Überleitung von Eltern in Richtung der öffentlichen Jugendhilfe häufiger gelingt.

Eine Fachkraft berichtet von regelhaften Angeboten, in denen sie die Strukturen und Entwicklungen in der Gesetzgebung in Einrichtungen des Gesundheitswesens schult. In diesen Veranstaltungen ist sie aktiv um über die der Strukturen in der Jugendhilfe, deren Beratungsmöglichkeiten und Beratungsauftrag zu informieren:

„Dann sitze ich da so als Lehrerin und frage die ab. Und wenn das aber nicht wäre, aus sich selbst heraus schaffen die das gar nicht im Arbeitsalltag. Und ich glaube, da ist so der Knackpunkt, dass viele das einfach gar nicht wahrnehmen oder auch für sich selbst dann nicht als wichtig sehen. Und unter dem Strich ist ja auch nicht wichtig Paragraph 4 KKG, sondern unterm Strich ist wichtig, dass die wissen, aha, da ist eine Telefonnummer vom Jugendamt und wenn ich Bauschmerzen habe, rufe ich da an.“ (I1)

Erschwerende Strukturen aus Sicht der Jugendhilfe sind eine direkte unmittelbare Erreichbarkeit kompetenter Ansprechpersonen im Medizinischen Kinderschutz („Aber ich glaube, das ist so der Grund, dieses Ins-Leere-Laufen, Keinen-Erreichen. Dann gibt es vielleicht einen Rückruf, dann habe ich meine Frage schon wieder vergessen.“ (I1)) Dieselbe interviewte Person thematisiert auch fehlendes Vertrauen in die Jugendhilfe, da erst Kontakt aufgenommen wird, wenn deutlich geworden ist, dass ein konkreter Handlungswunsch aus dem Gesundheitswesen in Richtung des Jugendamtes adressiert wird.

In fünf Interviews benennen die Jugendamtsmitarbeitenden eigeninitiativ das Thema *Vertrauen* im Rahmen der (anonymen) Beratung. Inhaltlich gibt es hier folgende Foki:

- Den Wunsch, dass niedergelassene Kinderärzt:Innen mehr Vertrauen in die Arbeit der Jugendämter entwickeln (I1).
- Die Sorge, dass Ärzt:Innen das Jugendamt trotz Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung nicht oder erst sehr spät involvieren, da dies von den beteiligten Familien als Vertrauensbruch empfunden werden könne und somit eine Störung der Arzt-Patient:Innen-Interaktion bis hin zum Abbruch der Behandlung hervorrufen werden könne (I3; I11).
- Den Hinweis, dass der Vertrauensaufbau ein längerfristiger Prozess ist. „Und dafür muss man auch einfach mal Zeit füreinander haben. Und erst dann kann Vertrauen entstehen und erst dann kann man überhaupt von Gemeinschaft sprechen.“ (I8; I3)
- „Ich glaube, das ist häufig dieses Bild: ‚Also ich will das Jugendamt nicht bei mir in der Praxis haben.‘“ (I11)

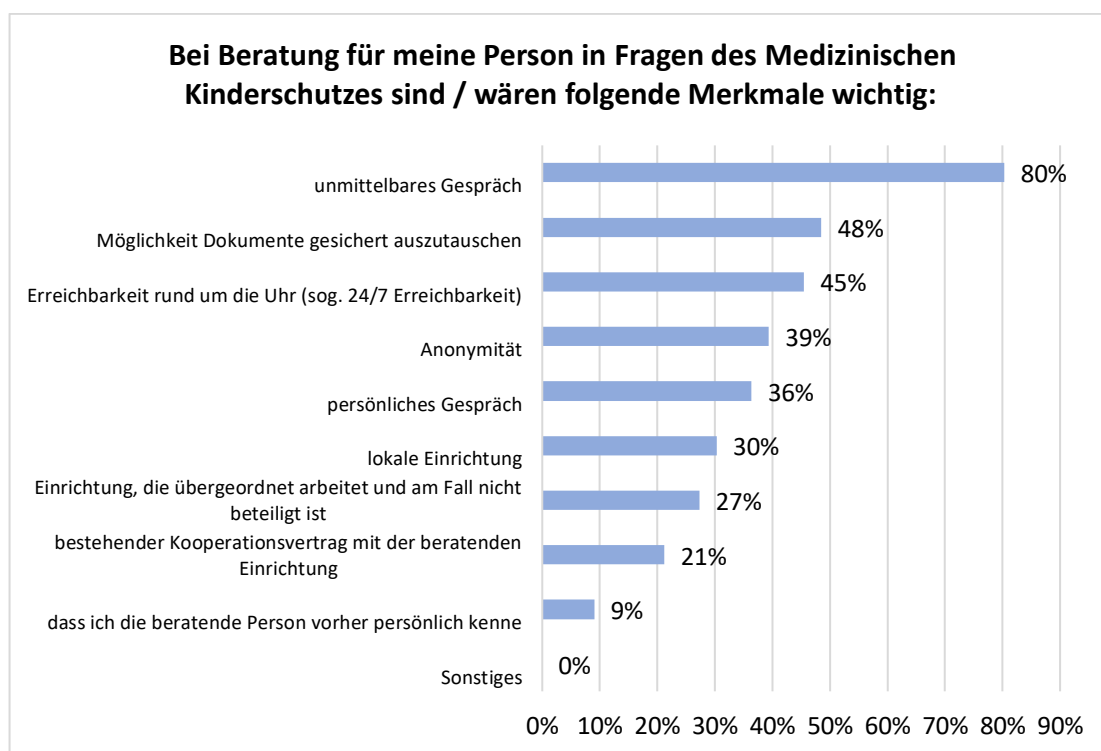
Für den Fall, dass sich die Jugendämter in Einrichtungen des Gesundheitswesens beraten lassen, konnten die nachfolgenden Ergebnisse beschrieben werden. So stimmen 28% *sehr oft* und 54% *oft* der Aussage zu, dass sie eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischen Einrichtungen für sinnvoll erachten. Die Meinung der Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen wird fast ebenso häufig in die Bewertung der Kindeswohlgefährdung einbezogen.

Trotz der oben genannten Wünsche nach Einbeziehung und der konkreten Einbeziehung der Meinung, erfolgen die konkreten Schritte der Ausgestaltung von Schutzplänen bzw. der Gefährdungseinschätzung deutlich weniger gemeinsam als die Beratung im Vorfeld. Eine gemeinsame Risiko- / Gefährdungseinschätzung erfolgt bei 79% *nie oder selten*, bei der Erstellung von Schutzplänen sind dies ebenfalls 71%. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung, ob in konkreten Fällen eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, erfolgt *oft* bei 22% der Jugendamtsmitarbeitenden und *sehr oft* bei 4%. Die Einbeziehung von Personen aus medizinischen Einrichtungen als *externe Fachkräfte* in die Beratungsprozesse geben 40% als *oft* (34%) oder *sehr oft* (6%) an. Deutlich häufiger wird noch angegeben, dass die Meinung von Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste maßgeblich in die Bewertung mit einbezogen wird (55% *oft*, 25% *sehr oft*). Die Rückmeldungen aus dem Gesundheitswesen werden jedoch scheinbar entweder in Einzelgesprächen der fallverantwortlichen Jugendamtsmitarbeitenden erhoben oder ggf. auch schriftlich angefragt in Form von Entlassbriefen etc., die 47% der Befragten *sehr oft* und 38% *oft* anfordern. Gestützt wird das Ergebnis zusätzlich durch die 98%-ige Zustimmung, dass die Beratung der Jugendhilfe zu den Aufgaben des Medizinischen Kinderschutzes gehört.

Die anonyme Beratung durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen haben die antwortenden Mitarbeitenden der Jugendämter *nie* (45%) oder *selten* (44%) in Anspruch genommen, 11% antworteten mit *oft*. Diejenigen, die *nicht oft* geantwortet hatten gaben zu 27% an, dass sie sich eine (anonyme) Beratung durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen wünschen, 44% stimmten *eher* zu. Nur 14% lehnten diese Aussage eher bzw. 5% vollständig ab. Adressat:Innen dieser Beratungen wären für die Jugendamtsmitarbeitenden am ehesten die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (76%), Kinderkliniken (67%) niedergelassene Pädiater:Innen (53%), Rechtsmediziner:Innen (48%) sowie niedergelassene Psychiater:Innen / Psychotherapeut:Innen (44%).

Diejenigen, die sich beraten haben lassen, sind zu 54% *etwas zufrieden* und zu 46% *ziemlich zufrieden*, die Extremwerte wurden demzufolge nicht ausgewählt.

Als wichtige Merkmale für eine Beratung durch den Medizinischen Kinderschutz werden mit deutlichem Abstand der Faktor *unmittelbares Gespräch* (80%) genannt, die Möglichkeit *gesichert Dokumente auszutauschen* (48%), eine *Erreichbarkeit rund um die Uhr* (45%), und die *Anonymität* (39%) sind nachfolgend am häufigsten ausgewählt und sind damit die determinierenden Faktoren. Wo die beratende Einrichtung verortet ist, ob diese übergeordnet arbeitet oder nicht, dass ein Kooperationsvertrag besteht oder die beratende Person sogar persönlich bekannt ist, werden mit deutlichem Abstand als unwichtige Merkmale benannt.



*Tabelle 10 Wichtigkeit unterschiedlicher Merkmale im Medizinischen Kinderschutz*

In der Analyse der qualitativen Befragung zu dieser Hypothese zeigte sich, dass die Jugendamtsmitarbeitenden zu einem Großteil angaben, sich selbst *nie oder selten* im Medizinischen Kinderschutz von Gesundheitseinrichtungen beraten lassen haben. Andererseits gaben sie ebenfalls an, sie würden sich wünschen, dass es die Möglichkeit zur Beratung für sie gibt.

In den qualitativen Interviews wird diesen Angaben nachgegangen mit der Zielrichtung, diese zunächst widersprüchlich anmutenden Aussagen inhaltlich

mehr zu durchdringen. Die Ergebnisse zeigen eine große Bandbreite in der Inanspruchnahme der Beratung durch den Medizinischen Kinderschutz.

Einige der Befragten berichten von positiv verlaufenden Prozessen im Kontakt mit Ärzt:Innen, der Rechtsmedizin oder anderen Strukturen, mit denen sie im Kontakt seien:

- „Ich mache das eigentlich ständig und ich hoffe auch, dass viele meiner Mitarbeitenden das auch häufig machen.“ (I1)

- „Ob da Früherkennungsuntersuchungen regelmäßig wahrgenommen werden und dergleichen. Also von daher Kontakt in Kinderschutzfällen besteht und das auch in sehr, sehr breiter, doch in sehr, sehr hoher Menge.“ (I7)

- I2 berichtet von einer Ausschlussdiagnostik zum Vorliegen von Merkmalen körperlichen Missbrauchs in sehr guter Zusammenarbeit.

- „Also ich kann es für uns gar nicht so unterstreichen, weil wir das tatsächlich sehr häufig in Anspruch nehmen. Auch wenn wir schon mal Berichte aus der Psychiatrie haben, ist es tatsächlich so, dass wir im Krankenhaus anrufen, weil wir einfach natürlich gewisse medizinische Aspekte gar nicht kennen und wissen und auch nicht wissen, was ist notwendig für eine Nachsorge und so. Und wir holen das eigentlich häufiger ein, aber es ist natürlich so dieser Eins-zu-eins-Kontakt, das geschieht nicht auf einem strukturellen Weg, das ist so und so der Weg.“ (I2)

Auffällig ist hier, dass sämtliche Teilnehmer:Innen, die positive Kooperationsprozesse bzgl. der Inanspruchnahme der Beratung durch Einrichtungen des Gesundheitssystems beschreiben, aus Jugendämtern kommen, in denen Gesundheitseinrichtungen im Projekt „MeKidS.best“ beteiligt sind. Eine teilnehmende Person betont, dass diese Netzwerke zur Beratung nicht institutionell strukturiert vorgehalten werden, sondern persönliche Kontakte und Initiative als Grundlage haben. „Ich würde mir da verlässlicherere [sic!] Strukturen wünschen, Netzwerk wünschen. Ich habe mir das selber aufgebaut, also ich nutze das, was ich kenne. Ich habe aber das nicht so gehabt: ‚Hier ist eine Liste von Leuten, ruf die doch mal an!‘“ (I11)

Als Gründe für die Nicht-Wahrnehmung der Beratung werden genannt:

- Es gibt unterschiedliche (Fach-)Sprachen (I 10).
- Es besteht Unsicherheit, bei welchen Fällen eine Beratung durch das Gesundheitswesen in Kinderschutzfällen tatsächlich in Anspruch genommen werden sollte (I 9).
- Die Jugendämter möchten sich in ihrer primären Aufgabe, dem Kinderschutz, nicht reinreden lassen (I9).
- Die Beantwortung einzelner spezifischer Fragen durch Ärzt:Innen wird nicht als *Beratung* wahrgenommen (I6).
- Es wird fehlende gegenseitige Wertschätzung und Kritikfähigkeit (I1) genannt.
- Es gibt Ressourcenprobleme bei den Ärzt:Innen (I7).
- Es besteht ein Konkurrenzdenken in Bezug auf die Fallführung und das Treffen wichtiger Entscheidungen (I9).
- Es wurden in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen bei der Wahrnehmung des Gesundheitswesens gemacht (I9).
- Es gibt eine selbsterfüllende Prophezeiung der Jugendamtsmitarbeitenden, dass sie in Kinderschutzfällen sehr isoliert agieren (müssen) (I8).

Als erschwerender Fakt wird ebenfalls angegeben, dass in Kooperationsbeziehungen häufig Leitungskräfte und Vorgesetzte aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen vertreten sind und die ausschlaggebenden Personen für die Kooperation sich weiterhin nicht außerhalb der konkreten Fallarbeit begegnen (I2).

Mitarbeitende der Jugendämter wünschen sich in der konkreten Bearbeitung von eingehenden Kinderschutzanfragen bzw. -meldungen nach § 8a SGB 8 die Möglichkeit multiprofessionell als (insoweit) erfahrene Fachkräfte in den Austausch gehen zu können. Genannt werden fragliche Infektionsgeschehen z.B. bei Scabies, Fragen zur Gewichtszunahme bei Säuglingen oder Anorexie-Patient:Innen, aber auch um die Gefährlichkeit gehaltener exotischer Tiere (I3).

Als weitere Faktoren, die in den Interviews genannt wurden und die Inanspruchnahme der Beratung beeinflussen, gelten:

- Die Schwelle zur Senkung der Inanspruchnahme scheint auch durch die Kinderschutzambulanzen zu sinken (I2).
- Durch die SGB 8-Novellierung sehen einige Jugendamtsmitarbeitende den Einbezug des Gesundheitswesens gestärkt, indem diese als Aufforderung zum Austausch nicht nur über die Meldung, sondern auch zur Koordination der weiteren Zusammenarbeit verstanden wird (I7).

Die *Medizinische Kinderschutzhotline* wird in zwei Interviews eigeninitiativ durch die Teilnehmenden erwähnt, eine teilnehmende Person wünscht sich explizit eine solche Hotline, kennt das bestehende Angebot aber nicht.

Anfragen zur (anonymen) Beratung im Gesundheitswesen kommen überwiegend selten vor. Für (anonyme) Beratungsanfragen aus dem Jugendamt scheint es grundlegend Bedarf zu geben, da ein Großteil mindestens *oft* eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen sinnvoll findet und die Meinung der Kooperationspartner:Innen aus dem Gesundheitswesen tatsächlich *häufig* in die Bewertung der Kinderschutzfälle einbezogen wird. Gemeinsame Erstellung von Schutzplänen bzw. von Gefährdungseinschätzungen erfolgen jedoch deutlich seltener, als es diese Ergebnisse vermuten lassen würden. Die Jugendamtsmitarbeitenden gehen andersherum mit Blick in die Gesundheitseinrichtungen größtenteils davon aus, dass die (anonyme) Beratungsmöglichkeit dort bekannt ist, wobei knappe 40% noch deutlich Einschränkungen wahrzunehmen scheinen. Ein ähnliches Ergebnis lieferte das Deutsche Institut für Urbanistik (2016), das beschreibt, dass circa 2/3 der Kinder- und Jugendärzt:Innen um den Beratungsanspruch beim Jugendamt wissen, jedoch viele Hemmnisse bestehen, die die konkrete Inanspruchnahme nicht zustande kommen lassen. Weitergehende Betrachtungen in Bezug auf andere medizinische Berufsgruppen scheinen hier sinnvoll zu sein, um klarere Empfehlungen ableiten zu können. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass vielfältige Hemmnisse ebenso bestehen, wie ein Beratungsbedarf und -wunsch. Potenziell wären bei diesen Fragenstellungen erneut die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinderkliniken, die Praxen dieser beiden medizinischen Fachrichtungen und Rechtsmediziner:Innen gewünschte Beratungsquellen. Durch die Berichte der



Interviewten über stattgefundene Beratungen lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nur beschreiben, dass es ein ausgewogenes Verhältnis zwischen *eher* zufriedenen und *ziemlich* zufriedenen Nutzenden der Beratungen gibt.

#### **5.2.6. H12 Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch evozieren eher eine Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste als andere Faktoren.**

Die nachfolgende Grafik beschreibt das Ranking der Jugendamtsmitarbeitenden auf die Frage: *Welche Faktoren sind / wären ausschlaggebend, damit Sie Kontakt zu einer Einrichtung des Medizinischen Kinderschutzes aufnehmen?* als abgeschlossene Listenauswahlmöglichkeit:

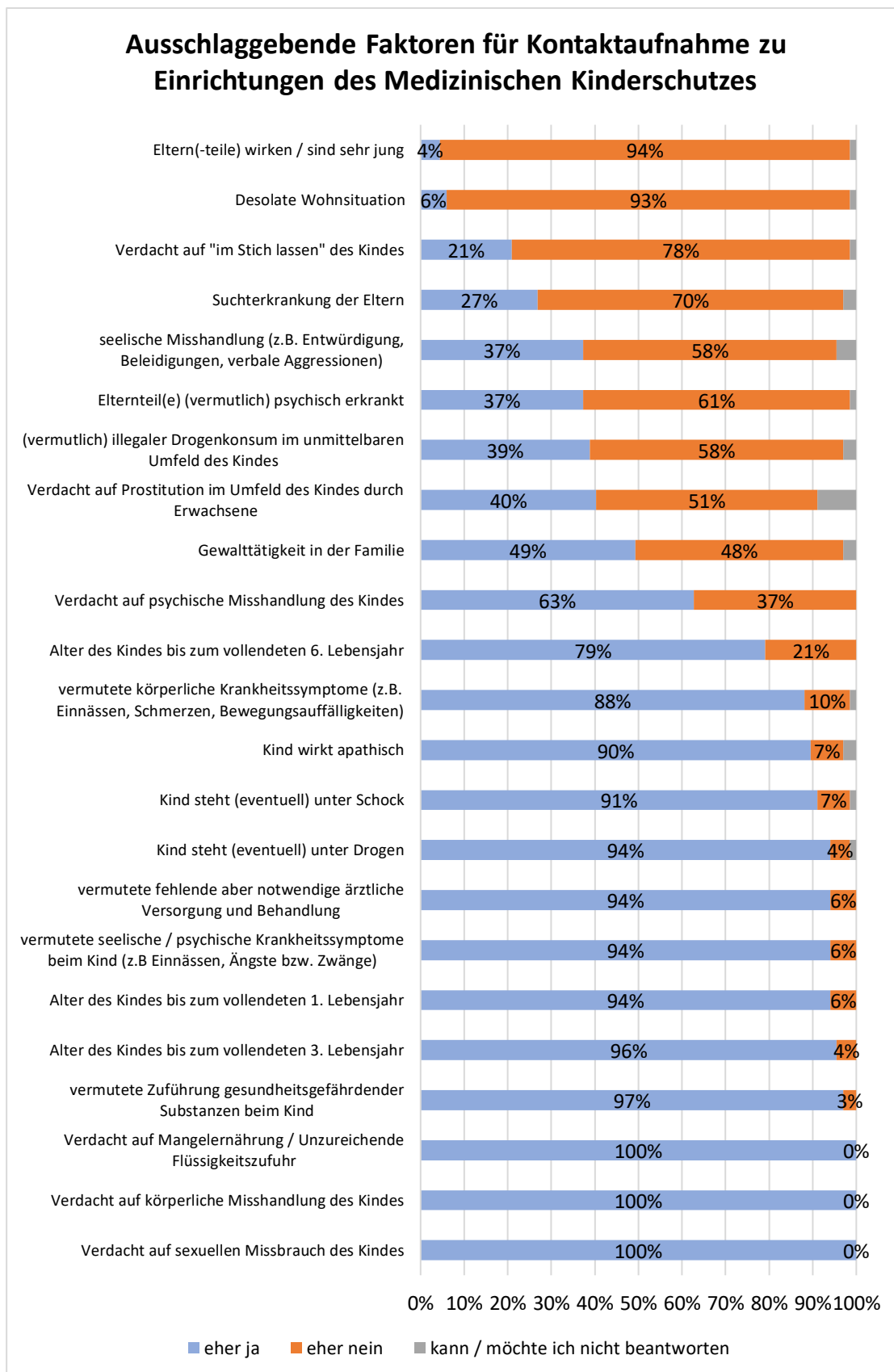


Abbildung 53 Ausschlaggebende Faktoren für die Kontaktaufnahme zum Medizinischen Kinderschutz

Die Jugendamtsmitarbeitenden stimmen einem breiten Spektrum an Auffälligkeiten zu, bei denen sie den Kontakt zum Medizinischen Kinderschutz

suchen oder suchen würden. Es werden Faktoren beschrieben, bei denen (fast) alle Teilnehmenden eine Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes vornehmen würden. Hier finden sich zwar diejenigen Aspekte, die in der Hypothese genannt wurden, wie der *Verdacht auf sexuellen Missbrauch* und ein *junges Lebensalter* des Kindes. Es wird jedoch auch bei vermuteten *seelischen bzw. psychischen Krankheitssymptomen* sehr wahrscheinlich (94%) das Gesundheitswesen involviert. Ein deutlicher Abfall der potenziellen Inanspruchnahmerate zeigt sich, wie zu erwarten, bei sozialen Faktoren, wie *desolater Wohnsituation, dem Alter der Eltern* und *Erkrankungen*, die sich primär lediglich *auf die Eltern zu beziehen* scheinen. Auch *psychiatrische Symptomatiken wie Ängste oder Zwänge* werden deutlich als potenzielle auslösende Faktoren angegeben. Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei Indikatoren auf eine potenzielle oder höchstwahrscheinlich vorliegende Kindeswohlgefährdung bei einer großen Bandbreite der Indikatoren erfolgt. Im Vergleich zu Biesel und Urban-Stahl (2018) und den oben bereits dargestellten Gefährdungsmerkmalen bei den jungen Menschen, im familiären Umfeld und in der Mitwirkungsbereitschaft, wurden hier lediglich zwei der drei benannten Bereiche als Antwortmöglichkeit abgebildet. Der große Bereich der Mitwirkung bzw. Zusammenarbeitsfähigkeit der Eltern wurde ausgeklammert. Diese Entscheidung wurde getroffen, da es sich bei den aufgeführten Antwortmöglichkeiten des Fragebogens um akute Einschätzungen der Jugendamtsmitarbeitenden handelt, die zur Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes führend bzw. nicht führen.

Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für diese Skala (insgesamt 23 Fragen) berechnet. Die interne Konsistenz war zufriedenstellend, mit Cronbachs Alpha = .75. Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit der Varimax-Rotation (Kaiser-Normalisierung) durchgeführt, um die wichtigsten, unabhängigen Faktoren zu extrahieren. Bei dieser Analyse lassen sich drei gut gegeneinander abgrenzbare Faktorengruppen identifizieren, die insgesamt 59% des Datensatzes erklären. Dargestellt ist eine Tabelle der Faktoren, die jeweils mit dem angegebenen Wert auf den jeweiligen Faktor laden.

Verdacht auf...	Komponente 1	Komponente 2	Komponente 3
sexuellen Missbrauch	,966		
körperliche Misshandlung	,966		
medizinische Unterversorgung	,966		
Mangelernährung	,950		
fehlende, aber notwendige ärztliche Versorgung	,903		
Zuführen gesundheitsgefährdender Substanzen beim Kind	,890		
vermutete seelische / psychische Krankheitssymptome	,828		
psychische Misshandlung	,736		
(vermutlicher) illegaler Drogenkonsum im unmittelbaren Umfeld des Kindes		,932	
Gewalttätigkeit in der Familie		,932	
desolate Wohnsituation		,876	
Suchterkrankung der Eltern		,872	
Elternteil(e) sind / wirken sehr jung		,699	
Elternteil(e) sind (vermutlich) psychisch erkrankt		,441	
Prostitution im Umfeld des Kindes durch Erwachsene			
vermutete körperliche Krankheitssymptome (z.B. Einnässen, Schmerzen, Bewegungsauffälligkeiten)			
Kind steht (eventuell) unter Drogen			,917
Kind steht (eventuell) unter Schock)			,916

Kind wirkt apathisch		,514	,773
Seelische Misshandlung (z.B. Entwürdigung) des Kindes			,756
„Im Stich lassen“ des Kindes			
Alter des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr			

Tabelle 11 Komponenten aus der Varimax- Faktorenanalyse

Der deutlich geringere Wert der (vermutlich) psychisch erkrankten Elternteile wird aufgrund einer inhaltlichen Konsistenz so akzeptiert.

Die drei identifizierten Komponenten lassen sich grob Zusammenfassen als

- Komponente 1:  
*offensichtliche somatische Faktoren beim Kind,*  
erklärt 28% des Ergebnisses,
- Komponente 2:  
*missgünstige Faktoren im Umfeld des Kindes,*  
erklärt 18% des Ergebnisses,
- Komponente 3:  
*latente somatische Faktoren beim Kind,*  
erklärt 13% des Ergebnisses.

Die Faktorenanalyse liefert somit deutliche Hinweise darauf, dass die Faktoren der körperlichen Misshandlung, des sexuellen Missbrauchs und der medizinischen Unterversorgung den stärksten Einfluss auf die Inanspruchnahme haben. Weitere Faktoren wie Mangelernährung u.a. laden mit ähnlich hohen Werten auf die Komponente der offensichtlichen somatischen Faktoren. Die zwei weiteren identifizierten Komponenten in diesem Modell erklären zu deutlich geringeren Prozentzahlen das Gesamtergebnis, wobei auch die Komponente der missgünstigen Faktoren im Umfeld des Kindes noch nahezu 20% des Ergebnisses beschreiben. Die dritte Komponente wird gebildet durch latente somatische Faktoren beim Kind und erklärt 13% des Ergebnisses.

### **5.2.7. H13 Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten wird nicht als Zusammenarbeit auf Augenhöhe wahrgenommen.**

Die Hypothese beschäftigt sich damit, wie die Kooperation in Bezug auf das sprichwörtliche *Arbeiten auf Augenhöhe* wahrgenommen wird. Es *stimmen*

23% *vollständig* der These zu, dass in der jeweiligen Kommune die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und medizinischen Einrichtungen *auf Augenhöhe* verläuft. Mehr als die Hälfte (52%) der Antwortenden *stimmen* dieser Aussage *etwas zu*. Lediglich 18% *stimmen wenig zu* und 8% *stimmen nicht zu*.

Alle Teilnehmenden, die nicht voll zugestimmt haben, wurden gebeten das Verhältnis näher zu beschreiben. Vier der hier gegebenen Rückmeldungen waren grundsätzliche Erläuterungen der wahrgenommenen Kooperation:

- „Ich würde mir deutlich mehr strukturierte Kooperation zwischen Ärzten / med. Einrichtungen und den Jugendämtern wünschen. Sozusagen ein Selbstverständnis als multiprofessionelle Helfer im Bereich des Kinderschutzes bestehend aus Jugendhilfe und Medizin.“
- „Keine Abstimmungen oder Aufgabenteilung möglich.“
- „Unterschiedliche Haltung“
- „Insbesondere im Umgang mit der KJP findet kein Gespräch auf Augenhöhe statt.“
- „Meines Erachtens nach sollte es ein Verhältnis auf Augenhöhe sein, um gemeinsam gute Entscheidungen für Klienten/Patienten treffen zu können.“

Es konnten sechs inhaltliche Themenbereich identifiziert werden. Nachfolgend werden die Themenbereiche jeweils mit der Anzahl derjenigen Antworten, die sich auf das Thema beziehen und Beispielzitate vorgestellt:

*Partnerschaftliches Miteinander (3):*

„Es kommt vor, dass man wie von oben herab behandelt wird.“

*Kompetenz und Hierarchie (10):*

- „Ich finde es okay, dass eine Maßnahme empfohlen wird. Ansonsten soll aber bitte nur der medizinische Part der Arbeit passieren. Die Bewertung, Zusammenführung der Informationen und Entscheidung über Maßnahme liegt beim Jugendamt.“

- „Und das Hierarchiedenken ist immer noch zu stark ausgeprägt bzw. die Anerkennung der Mitarbeiter des Jugendamtes als Fachkräfte ist nach wie vor nicht hoch genug.“
- "Götter in Weiß."

#### *Jugendhilfe in der Erfüllung medizinischer Entscheidungen / Vorgaben (4)*

- „Die medizinischen Einrichtungen *verschreiben* Jugendhilfeleistungen und möchten vorgeben, wie das Jugendamt zu agieren hat.“

#### *Rechtliches (3)*

- „Die Mediziner ziehen sich nach wie vor zu sehr auf ihre Schweigepflicht zurück.“

#### *Verantwortung (2)*

- „Medizinische Einrichtungen geben m.E. mit Übermittlung der § 8a-Mitteilung häufig die Verantwortung an das Jugendamt ab und ziehen sich aus Gesprächen/Entscheidungsfragen raus.“
- „Verantwortung möchte abgegeben werden.“

#### *Faktor Zeit (1)*

- „Durch Kinder- und Jugendpsychiatrien wird Druck ausgeübt, damit die Kinder schnell wieder entlassen werden können, Kinder- und Jugendpsychiatrien wenden sich zu spät an das Jugendamt.“

Ein deutlicher Schwerpunkt liegt bei dem Thema *Kompetenz und Hierarchie*, welches in das Thema *Jugendhilfe in der Erfüllung medizinischer Entscheidungen / Vorgaben* als Unterthema integrierbar ist.

Ein weiteres Item zielt direkt auf das Thema der *Entscheidungsfähigkeit / Entscheidungsbefugnis*. Die Frage, ob sich medizinische Einrichtungen in Kinderschutzfällen zu viel *Entscheidungsfähigkeit / Entscheidungsbefugnis* anmaßen, beantworten die Jugendamtsmitarbeitenden folgendermaßen: *stimme nicht zu* 23%, *stimme wenig zu* 38%, *stimme etwas zu* 33%, *stimme voll zu* 6%, womit ein Anteil von knappen 40% diese These zumindest partiell stützt.

Da die Ergebnisse der quantitativen Befragung eher indifferent sind, wurden die Ergebnisse in der Tiefe in den qualitativen Interviews diskutiert. Hierzu wurde erfragt, ob die Teilnehmenden die Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Jugendhilfe und Gesundheitswesen als Kontakt *auf Augenhöhe* wahrnehmen.

Die quantitative Erhebung ergab ein eher heterogenes Bild in Bezug auf die Beantwortung der Frage, ob die Arbeit zwischen der öffentlichen Jugendhilfe und den Gesundheitseinrichtungen auf Augenhöhe verläuft. Aus diesem Grund wurde die Frage in den qualitativen Interviews erneut aufgenommen.

Da in einem gemischtmethodischen Forschungsdesign gearbeitet wurde, wurden induktiv bei den Interviews die Grundaussagen bestimmt. Der Grundtenor der elf Interviews wurde folgendermaßen analysiert:

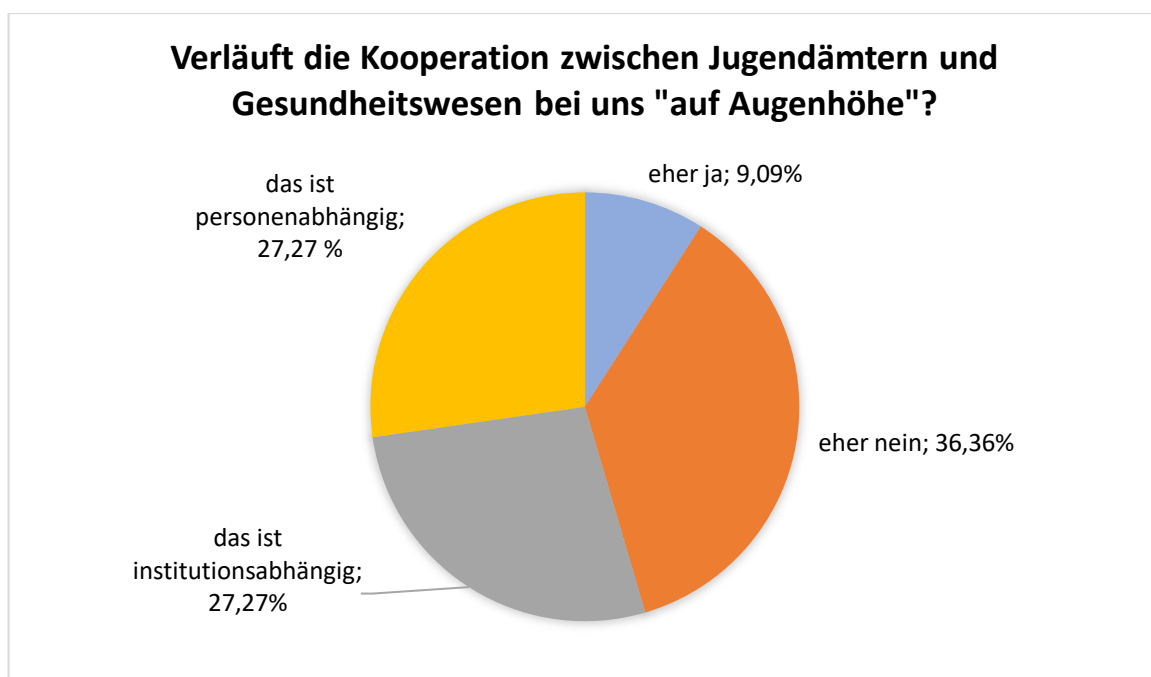


Abbildung 54 Kooperationsverlauf auf Augenhöhe

Es wird somit nur in einem Fall beschrieben, dass die Kooperation deutlich auf Augenhöhe verläuft. Die größte Zahl gibt Antworten tendenziell in die Richtung, dass die Kooperation nicht auf Augenhöhe verläuft. Eine deutliche Abhängigkeit von der jeweiligen Institution des Gesundheitswesens, beschreiben mehr als 27% und ebenso viele Teilnehmende sehen personenabhängige Variablen als ausschlaggebend an. Hier verdeutlichende Beispiele aus den Interviews:



	Ankerbeispiel	Inter- view
Eher ja	„Und da waren die Ärzte super offen und haben gesagt, ja, können wir auch morgen noch machen oder ist eh auf dem Plan, machen wir morgen nochmal. Wir machen auch nochmal weitergehende Untersuchungen. Also da war es echt total gut, weil die super auf das eingegangen sind, was wir gerade an Möglichkeiten hatten, haben auch nochmal meine Anregungen angenommen und überhaupt nicht bewertet, sondern gesagt, ja finden wir gut, nehmen wir auf, machen wir sowieso. Das war eine Arbeit auf Augenhöhe.“	I 6
Eher nein	„Die haben dann schon mal Hilfe quasi ausgesucht und also verstehen sich glaube ich, das ist so der Kern, würde ich sagen, verstehen sich nicht als Kooperationspartner und werten uns da als gleichberechtigte Fachkräfte, sondern haben eher so die Idee, dass sie wissen, wie es jetzt weitergeht und das Jugendamt ist so Erfüllungsgehilfe.“	I10
Institutions- abhängig	„Ich muss leider hier immer wieder unterteilen in stationärer medizinischer Versorgung und den niedergelassenen Ärzten. Krankenhaus, definitiv Augenhöhe, habe ich sehr wohl das Gefühl. Auch, dass die eben uns auch schon mal anrufen und um Rat fragen. Das gibt einem ja eben das Gefühl so: Hey, wir nehmen euch auch ernst, wir brauchen uns. Bei den Kinderärzten leider gar nicht“	I2
Personen- abhängig	„[...] kann ich das ja, glaube ich, persönlich beantworten, weil es ja immer auch was mit der eigenen Person hat, welche Machtverhältnisse man für sich so innerlich verankert hat. Und dann würde ich sagen, ich persönlich weiß noch genau, wie ich vor Jahren vor dem Oberarzt saß und der mich sehr unter Druck gesetzt hat, dass es da tatsächlich, also ich mich nicht so sehr behaupten konnte.“	I8

Tabelle 12 Ankerbeispiele zur Kooperation auf Augenhöhe

Bei den personenabhängigen Faktoren werden neben der Sozialisation bzw. der Ausbildung, dem Alter, der Berufserfahrung bzw. dem Standing, dem Grad der gegenseitigen Vertrautheit auch die Stellung in der Hierarchie der Einrichtung und persönliche Haltungen verbalisiert. Die

Jugendamtsmitarbeitenden beschrieben ebenso Situationen, in denen sie Kooperation auf Augenhöhe erlebt haben.

Als Faktoren, die eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglichen, wurden genannt:

- die Abklärung unklarer Verletzungen (I9).
- stationäre Einrichtungen als Kooperationspartner:Innen (I2; I10; I11).
- gute gegenseitige Kenntnis besteht (I7).
- klare Strukturen aufgrund eines Kooperationsvertrages (I7).
- direktes Eingehen auf Anregungen der Jugendamtsmitarbeiterin und Umsetzung der Anregungen in weitere Diagnostik (I6).
- Kontakt mit Sozialarbeiter:Innen, die im Gesundheitswesen (hier Tagesklinik) arbeiten (I6).
- Zusammenarbeit mit einer kleinen Abteilung (I5).
- Wahrgenommene Haltungsveränderungen in den Gesundheitseinrichtungen, die sich weg von der Formulierung von Handlungsaufträgen an das Jugendamt und folgendem Rückzug aus dem Fall hin zu einer kontinuierlichen gemeinsamen Verantwortung entwickeln (I4).

Als potenziell hemmende Faktoren der Kooperation auf Augenhöhe werden von den Jugendamtsmitarbeitenden genannt:

- Empfehlungen zu weiterführenden Hilfen (der Erziehung), die seitens der Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtungen an die Familie ohne Rückbindung mit der Jugendhilfe kommuniziert werden (I11).
- Fehlendes Verständnis von Kooperation (I9; I10).
- Später Einbezug des Jugendamtes, wenn Beratungs- und Entscheidungsprozesse bereits weit fortgeschritten sind (I10).
- Wahrnehmung als Konkurrenten (I3; I9).
- Meldungen nach § 8a SGB 8 ohne weitere Verantwortungsnahme der meldenden medizinischen Einrichtung, obwohl dies aus Sicht des Jugendamtes indiziert wäre (I4; I9).
- Berufliche Sozialisation, die den Mediziner:Innen mehr Macht und den Sozialarbeitenden weniger Macht aufgrund ihres beruflichen Selbstverständnisses suggeriert (I1; I8).

- Wenig Einbezug des Wissens des Jugendamtes, auch wenn diese die Familie schon über einen langen Zeitraum kennen (I6).
- Kein ergebnisoffener Austausch, sondern feststehende Meinungen der Ärzt:Innen (I5; I6).
- Fehlendes Wissen um den Kooperationspartner:Innen (I5).
- Ein sehr restriktives Verhalten der Ärzt:Innen beim Thema Datenschutz, sodass kein Austausch möglich ist. (I2).
- Erschwerte Kooperation durch Verlagerung von Kooperationsprozessen von der Basis hin zu Leitungspersonen (I3).

Als ein besonders herausstechender Faktor scheinen sich Grenzverletzungen der professionellen Rollen abzubilden, bei denen sich gegenseitig die Zuständigkeit, die Fachlichkeit und die Eigenständigkeit abgesprochen wird:

- Seitens des Jugendamtes wird gesagt: „Kinderschutz ist unsere Aufgabe, nicht ihre Aufgabe!“ (I11; I9)
- Aufgrund der Letztverantwortlichkeit in Kinderschutzfällen ist das Gesundheitswesen eine Kooperationspartner:In von vielen (I7).
- Es gibt eine Nicht-Wahrnehmung der eigenen Fachlichkeit des Jugendamtes (I10).
- Es findet eine Abwertung der Jugendhilfe und Wahrnehmung als *Erfüllungsgehilfe* der Ärzt:Innen statt (I5; I9; I10; I11).

Eine herausragende Position nimmt eine Äußerung von I7 ein. Hier wird das Jugendamt klar als Auftraggeber und der Medizinische Kinderschutz als Auftragnehmer gesehen, dessen Aufgabe es ist, die Fragestellungen der Jugendhilfe zu beantworten:

„Wenn ich ein misshandeltes Kind einem Arzt vorstelle, dann ist es klar geregelt, ich bin gerade der fallverantwortliche Sozialarbeiter der Stadt und habe hier einen Sachverhalt zu klären. Und dann kann der Mediziner womöglich an der Klärung des Sachverhaltes oder zur Klärung des Sachverhaltes beitragen, in dem der eine von mir vorgegebene Fragestellung beantwortet.“ (I7)

Als Grundlage dieser Situation wird eine bestehende Kooperationsvereinbarung genannt:

„Wir haben hier Kooperationsvereinbarungen mit denen gerade auch in der Entstehung, wo auch ganz klar wird, wo klar daraus hervorgeht, dass wir gewissermaßen Auftraggeber sind, ne?“ (I7)

Von einzelnen Teilnehmenden werden auch Lösungen ins Gespräch gebracht, wie eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe perspektivisch gelingen kann:

- Gegenseitige gemeinsame Fortbildungen „Also da auch nochmal ein gemeinsames Verständnis von gemeinsamen Kinderschutz und auch Verantwortungsgemeinschaften geschaffen werden muss und Verständnis für die Profession des jeweils anderen.“ (I11)
- Implementierung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt in die Ausbildung der Ärzt:Innen (I1).
- Mehr gegenseitige Beratung in besonders schwierigen Fällen (I4).
- Mehr gegenseitiger Austausch über die unterschiedlichen Rollen, die jeweiligen Aufgaben und somit Dekonstruktion der Machtgefälle (I8).

Zusammenfassend lässt sich beschreiben, dass die Jugendamtsmitarbeitenden die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens überwiegend nicht als Kooperation auf Augenhöhe empfinden. Die kausale Herleitung dieser Wahrnehmung fußt auf einer deutlich differenzierten und reflektierten Betrachtung mit der Fokussierung auf Faktoren, die in den einzelnen Personen und Institutionen verortet sind. Überall dort jedoch, wo eine Veränderung in Bezug auf unterschiedliche Zeiträume beschrieben wurde, gaben die Befragten an, dass eine zunehmende Bewegung hin zu einer Kooperation auf Augenhöhe wahrgenommen werde.

„Und wir uns da, je mehr man kommuniziert, desto, ja, desto geringer werden ja auch die Machtverhältnisse, weil es da um das gemeinsame Ziel geht. Den Eindruck habe ich schon, dass sich das verbessert.“ (I8)

### 5.3. Hypothesen zum Medizinischen Kinderschutz

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Strukturen und Prozesse betrachtet sind, erfolgt nun die Betrachtung der Hypothesen, die den Medizinischen Kinderschutz betreffen.

#### 5.3.1. H14 Das Wissen im Medizinischen Kinderschutz wird mehr durch Berufspraxis und / oder Kooperation beeinflusst als durch die Aus- und Fortbildung.

Diese Hypothese nimmt in den Blick, ob es Hinweise darauf gibt, dass das selbstgeschriebene Wissen im Medizinischen Kinderschutz mehr durch praktische berufsimmanente Elemente der Berufspraxis und der beruflichen Kooperation, denn durch explizite Aus- und Fortbildung erworben wurde.

Überprüft werden konnte an dieser Stelle die Selbstauskunft zum Item *Ich verfüge in Bezug auf das Thema Kinderschutz über Wissen zu Abläufen, Arbeitsweisen und Handlungslogiken der medizinischen Einrichtungen.*

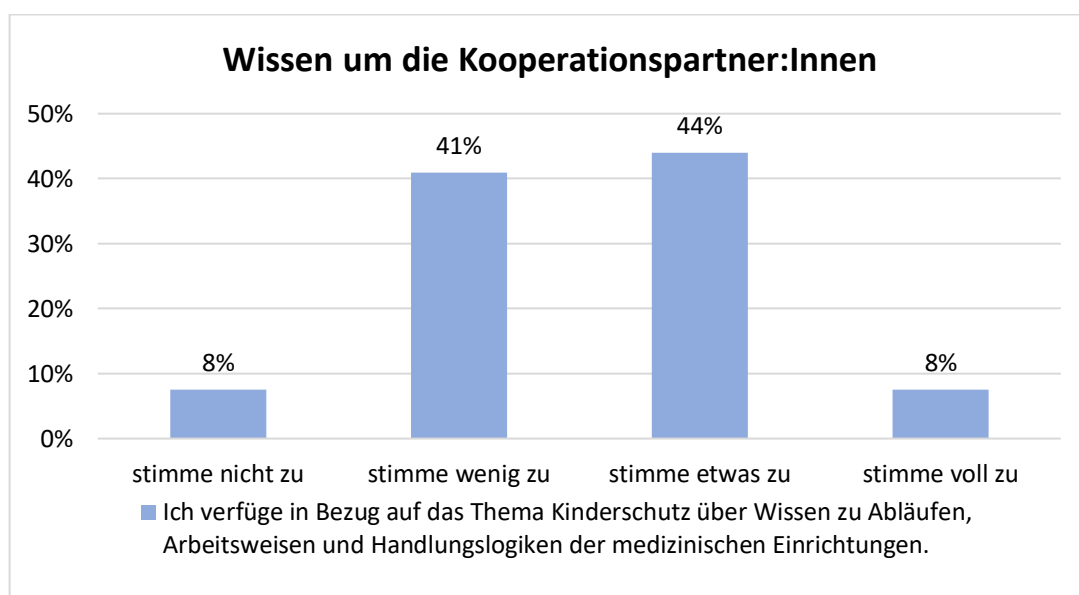


Abbildung 55 Wissen um die Kooperationspartner:Innen (n=66)

Um hier zu überprüfen, ob es statistische Zusammenhänge zwischen diesem Item und soziodemographischen Variablen gibt, wurde eine Analyse der Zusammenhangsstärke durchgeführt.

Statistische Zusammenhangsstärke, abgebildet über Cramers V zwischen den unten gelisteten Items und dem Item:

*Ich verfüge in Bezug auf das Thema Kinderschutz über Wissen zu Abläufen, Arbeitsweisen und Handlungslogiken der medizinischen Einrichtungen.*

	Cramers V
Berufsjahre im Jugendamt	.64
Berufsjahre in der Sozialen Arbeit nach erstem einschlägigen Hochschulabschluss	.60
Alter	.33
Score Einarbeitung / Ausbildung	.39
Fort- und Weiterbildungen im Medizinischen Kinderschutz habe ich schon besucht	.33
= kein statistisch relevanter Zusammenhang	Cramers V = über .25      Cramers V = über .40      Cramers V = über .50

*Tabelle 13 Statistische Zusammenhänge (Cramers V) in Bezug auf das wahrgenommene Wissen über Kooperationspartner:Innen*

Bei der Betrachtung der Stärke des statistischen Zusammenhangs zeigt sich, dass die Anzahl der Berufsjahre sowohl nach erstem einschlägigen Hochschulabschluss als auch im Jugendamt (gemeint hier sind ASD, BSD etc.) einen deutlich stärkeren Zusammenhang haben als das Alter, besuchte Fort- und Weiterbildungen im Medizinischen Kinderschutz oder der Score Einarbeitung / Ausbildung (siehe Anhang). Diejenigen Teilnehmenden, die voll zustimmen, dass ihnen die Vorgehensweisen *gut bekannt* sind, haben im Schnitt länger (durchschnittlich 13,25 Jahre) im ASD gearbeitet. Diejenigen, die Angaben die Vorgehensweisen *nie* gekannt zu haben, sind hingegen durchschnittlich erst sechs Jahre im ASD tätig.

Durchschnittliche Berufstätigkeit in Jahren, bei Beantwortung der Frage: <i>Ich verfüge in Bezug auf das Thema Kinderschutz über Wissen zu Abläufen, Arbeitsweisen und Handlungslogiken der medizinischen Einrichtungen.</i>			
<i>Ich stimme voll zu</i>	<i>Ich stimme etwas zu</i>	<i>Ich stimme wenig zu</i>	<i>Ich stimme nie zu</i>
13,25	11,5	10	6

*Tabelle 14 Dauer der Berufstätigkeit und Wissen über Kooperationspartner:Innen*

Gegenübergestellt werden nachfolgend die Berufsjahre nach dem Hochschulabschluss.

Durchschnittliche Jahre, seit dem ersten einschlägigen Hochschulabschluss, bei Beantwortung der Frage: <i>Ich verfüge in Bezug auf das Thema Kinderschutz über Wissen zu Abläufen, Arbeitsweisen und Handlungslogiken der medizinischen Einrichtungen.</i>			
<i>Ich stimme voll zu</i>	<i>Ich stimme etwas zu</i>	<i>Ich stimme wenig zu</i>	<i>Ich stimme nie zu</i>
14,67	15,96	11,28	7,6

Tabelle 15 Jahre seit einschlägigem Hochschulabschluss und Wissen über Kooperationspartner:Innen

### 5.3.2. H15 Die Jugendamtsmitarbeitenden haben einen Wunsch / den Bedarf an Fortbildung und Qualifizierung im Medizinischen Kinderschutz.

Knapp mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (52%) haben bereits Fort- bzw. Weiterbildungserfahrung im Medizinischen Kinderschutz. Die Ergebnisse beschreiben deutlich, dass die Jugendamtsmitarbeitenden sich (erneute) Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu Medizinischem Kinderschutz wünschen. 30% der Antworten sagen, dass die Antwortgebenden wahrscheinlich eine solche Veranstaltung (erneut) besuchen würden und 68% antworten, dass sie auf jeden Fall (erneut) teilnehmen würden. Dass Ergebnis scheint umso aussagekräftiger zu sein, da neben der bereits stattgefundenen Teilnahme an Fort- und Weiterbildung berichtet wird, dass in 40% der Netzwerke (hier n=38) Fortbildung bereits inhaltlich berücksichtigt wird.

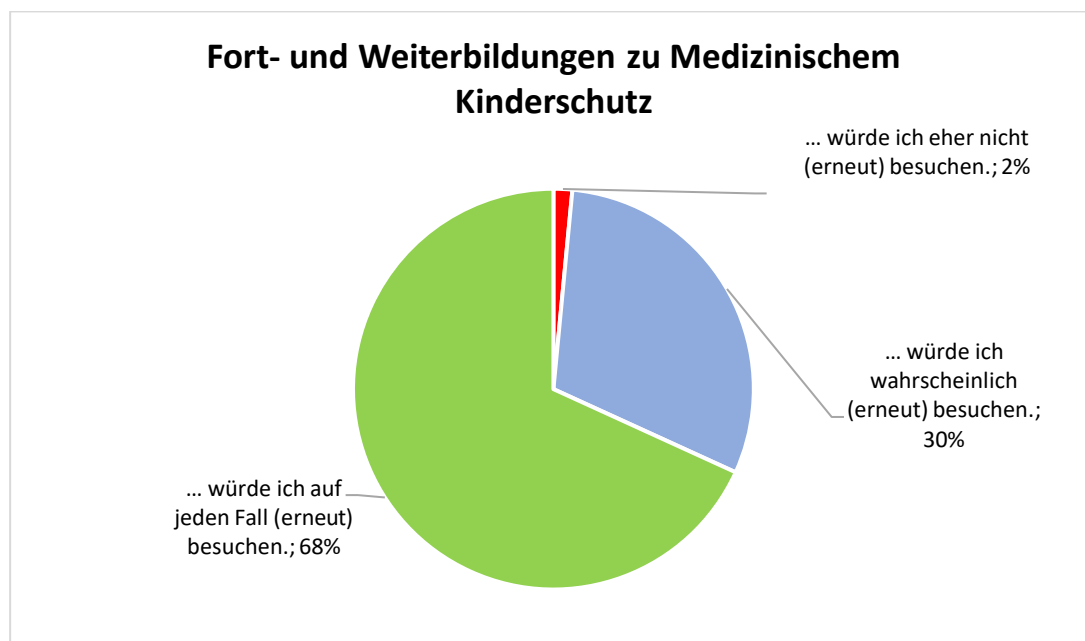


Abbildung 56 Fort- und Weiterbildungen im Medizinischem Kinderschutz (n=66)

Das Anbieten von Fortbildungen wird von fast 90% der Teilnehmenden als Aufgabe des Medizinischen Kinderschutzes gesehen, sodass neben der beratenden Tätigkeit und der direkten Arbeit mit den betroffenen Kindern im Rahmen von Diagnostik, Intervention und Früherkennung ein dritter Bereich des Tätigwerdens für den Medizinischen Kinderschutz identifiziert wird.

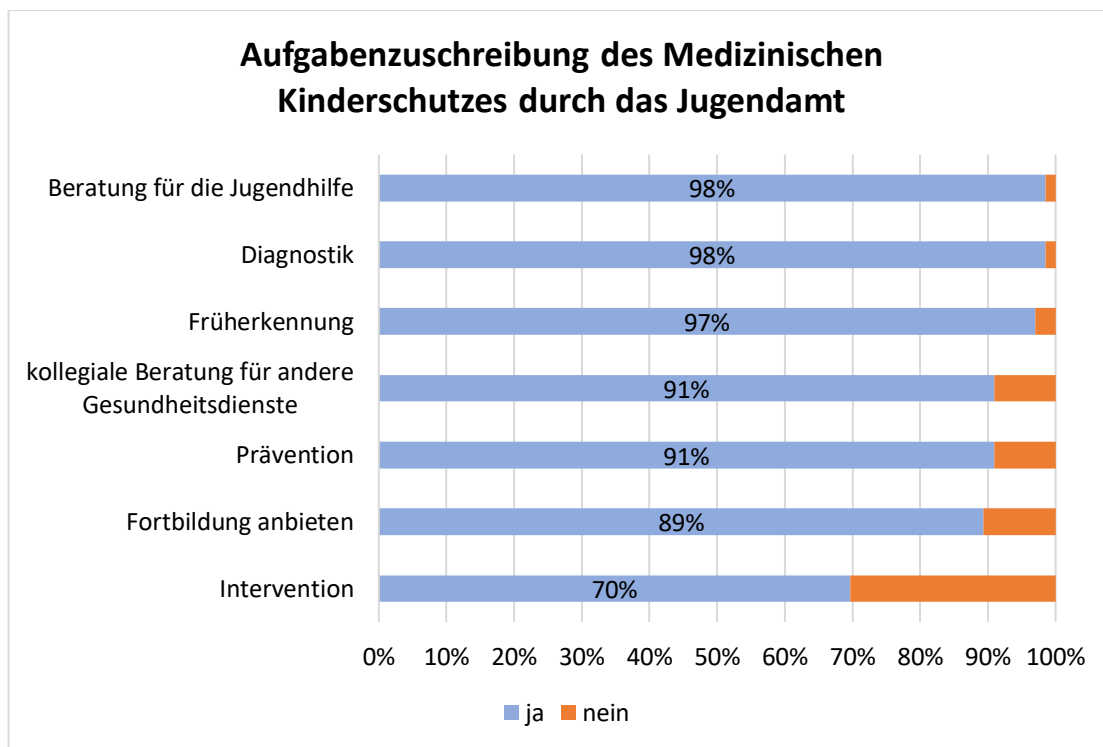


Abbildung 57 Aufgabenzuschreibung Richtung des Medizinischen Kinderschutzes (n=66)

Es wird ein Wunsch nach Fortbildung durch den Medizinischen Kinderschutz beschrieben.

### 5.3.3. H16 Jugendämter sehen die Einrichtungen der Gesundheitsdienste im gesamten Kinderschutz-Fall nur partiell eingebunden.

Kinderschutzfälle umfassen eine Reihe von unterschiedlichen Teilprozessen. Selbst wenn präventive Strukturen ausgeklammert werden, verbleiben mit der Detektion von Kinderschutzfällen, der Risiko- bzw. Gefährdungseinschätzung, der (anonymen) Beratung, der Erstellung von Schutz- und Hilfeplänen, der Beratung und Installierung angemessener Hilfen bis zu den Rückmeldungen zu installierten Hilfen viele Schritte, die grundsätzlich auch kooperativ bearbeitet werden können. Wie genau das Zusammenwirken im Fall zwischen



Mitarbeitenden der Jugendämter und den medizinischen Einrichtungen im Kinderschutz gestaltet wird, soll anhand einzelner Items erforscht werden, um einen Einblick in mögliche Verläufe, Kontaktwege und potenzielle Perspektiven zu gewinnen.

Grundsätzliche geben 38% der Jugendamtsmitarbeitenden an, dass sie *sehr oft* (4%) oder *oft* (34%) in Kinderschutzfällen mit Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen beteiligt waren. 13% geben an, dass dies *nie* der Fall war. Etwas höher, bei 43% liegt die Zahl derjenigen, die bereits durch Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen *sehr oft* (4%) oder *oft* (39%) zu gemeinsamen Gesprächen in Kinderschutzfällen eingeladen wurden, wohingegen dies bei 12% *nie* der Fall war. Allein auf dieser Zahlenbasis ließe sich beschreiben, dass einige Jugendamtsmitarbeitende dieser Einladung nicht folgen konnten / gefolgt sind.

Gespräche zum Kinderschutz vor Ort in medizinischen Einrichtungen gehören für Jugendamtsmitarbeitende zu 7% *sehr oft* und für 40% *oft* zum Arbeitsalltag, zu 46% *selten*. Von den Mitarbeitenden der Jugendämter geben 37% an, sie hätten noch *nie* Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen in Kinderschutzfällen zu Gesprächen in das Jugendamt eingeladen, 54% taten dies *selten*, 7% *oft* und lediglich ein Prozent *sehr oft*.

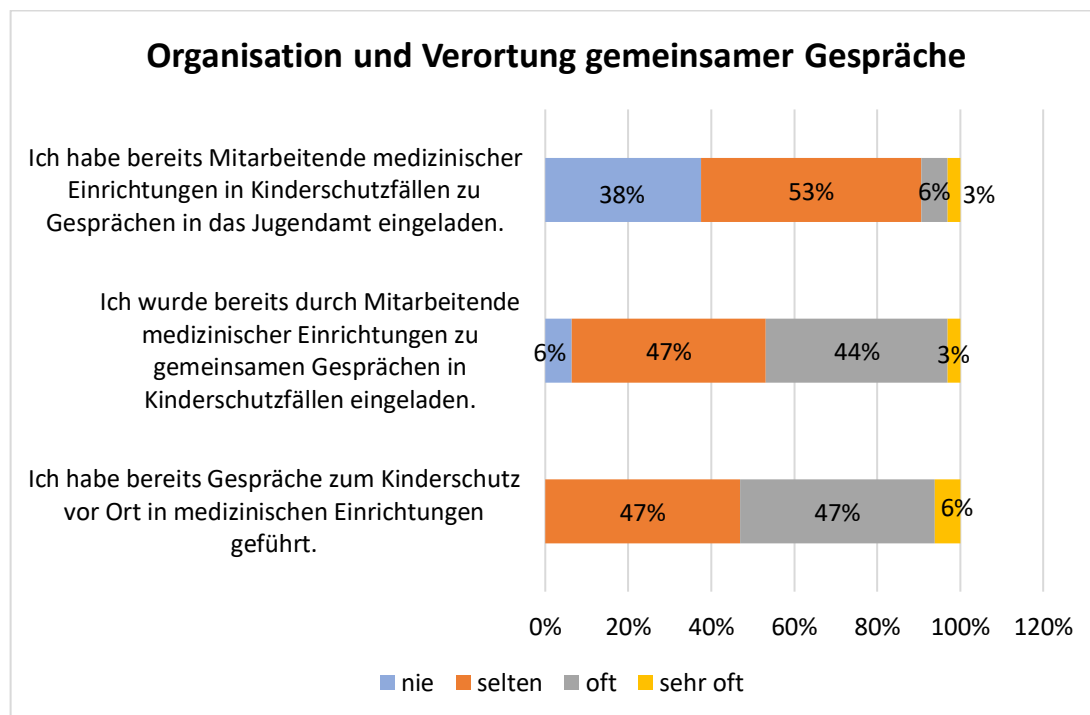


Abbildung 58 Organisation und Verortung gemeinsamer Gespräche (n=66)

Gemeinsame Kinderschutzgespräche scheinen deutlich eher in den medizinischen Einrichtungen stattzufinden.

In der Erhebung wurden den Mitarbeitenden des Jugendamtes alle Aufgaben des Medizinischen Kinderschutzes nach der Darstellung von Winter (2020) vorgelegt. Insgesamt gab es eine hohe Zustimmung zu fast allen Punkten. Nahezu vollständige Zustimmung erhielten die Aufgaben *Beratung für die Jugendhilfe* (98%), *Diagnostik* (ebenfalls 98%) sowie *Früherkennung* (97%). Eine weitere Gruppe aus drei Aufgaben folgt mit leichtem Abstand. Vertreten dort sind die *kollegiale Beratung für andere medizinische Einrichtungen* (91%), *Prävention* (91%) und das *Anbieten von Fortbildungen* (89%). Das *Intervenieren* (70%) wird mit Abstand deutlich weniger als Aufgabe des Medizinischen Kinderschutzes gesehen, sodass an dieser Stelle ggf. der Einbezug des Gesundheitswesens weniger gesehen wird und somit weniger erfolgt.

Weiterführend in diesem Themenkomplex wurde die Frage gestellt, wie sehr der Medizinische Kinderschutz die Jugendamtsmitarbeitenden bei diesen Aufgabenstellungen unterstützen kann: Bei dem Ziehen von Schlussfolgerungen aus vorhandenen Informationen sehen 30% *sehr viel* und 50% *viel* Möglichkeiten der Unterstützung. Knappe 90% sehen *viel* (38%) oder *sehr viel* (41%) Unterstützungsmöglichkeit im multiperspektivischem Fallverstehen. Bei der Auswahl der konkreten fachlich passenden Hilfe sehen mehr als die Hälfte *gar keine* (6%) oder nur *etwas* (45%) Unterstützungsmöglichkeit und damit 30% weniger als bei den oben genannten Aufgaben. Die Auswahl der Fragen bezieht sich auf Rätz und Wolff (2018), die diese Themenkomplexe für kompetente Fachkräfte identifizierten.

Bei der weiteren Erläuterung gegenüber Dritten (z.B. Jurist:Innen oder der Polizei) *stimmen* 71% *voll zu*, dass Anamnese und Diagnostik des Medizinischen Kinderschutzes hilfreich sind, 23% *stimmen etwas zu* und 6% *stimmen wenig zu*. Niemand der Untersuchungsteilnehmenden *stimmt nicht zu*. Ebenso wenig wie bei der Zustimmung zur Aussage *Die Anamnese und Diagnostik des Medizinischen Kinderschutzes helfen mir dabei Kindeswohlgefährdungen zu erkennen*.

Kristallisationspunkt, der hier diskutierten Hypothese ist das Item: Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu: *Nach erfolgter Meldung an das Jugendamt können die medizinischen Einrichtungen das Jugendamt in Kinderschutzfällen noch weiter im Fall unterstützen.*

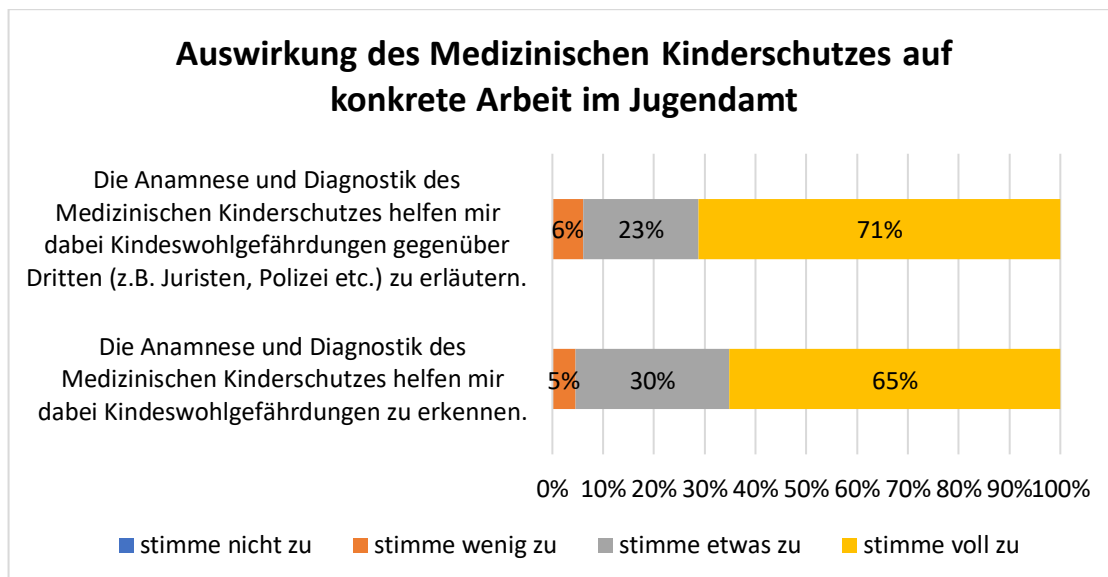


Abbildung 59 Auswirkung des Medizinischen Kinderschutzes auf die konkrete Arbeit im Jugendamt (n=66)

Dieser These *stimmen* 5% *wenig zu*, 59% *etwas zu* und 36% *stimmen voll zu*. Grundsätzlich lässt sich die Hypothese also bestätigen, denn die Jugendamtsmitarbeitenden geben deutliche Rückmeldungen, dass z.B. bei der Auswahl der konkreten fachlichen Hilfen wenig Unterstützungsmöglichkeit durch den Medizinischen Kinderschutz erwartet wird. Auch zur Unterstützung von Interventionen zeigt sich eine deutlich geringere Zustimmung, wobei bei beiden Items absolut noch hohe Zustimmungsquoten abgebildet werden. In der quantitativen Erhebung ist eine deutliche Profilierung der zugeschriebenen Aufgaben des Medizinischen Kinderschutzes noch nicht gelungen. Die Frage, ob der Medizinische Kinderschutz nach der erfolgten Meldung weiterhin unterstützen kann, blieb zunächst ohne eine inhaltliche Fundierung. Daher wurden im qualitativen Interview mit der Frage: *Bei einem Kinderschutzfall von Prävention über Meldung, Beratung, Entscheidung, Auswahl der angemessenen Hilfen... wo glauben Sie kann der medizinische Kinderschutz sie am besten unterstützen?* weitere Daten erhoben.

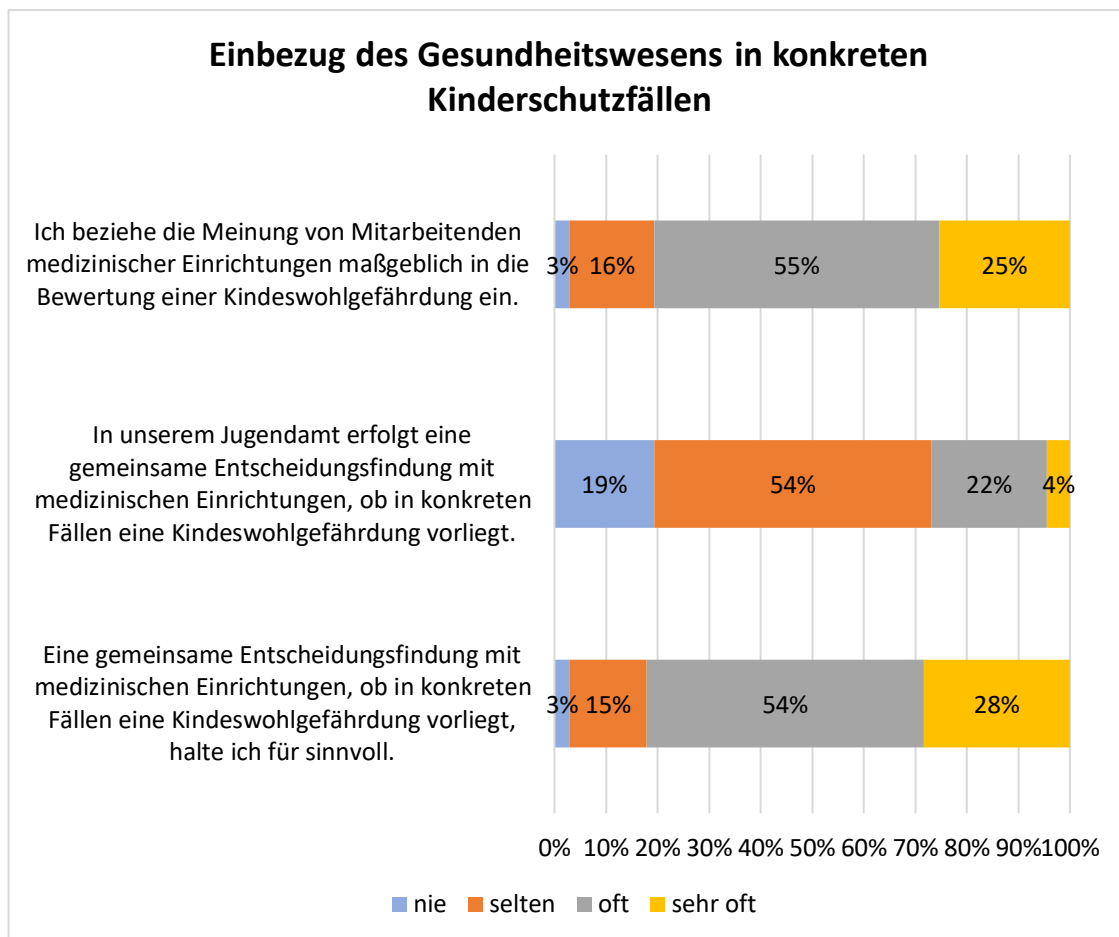


Abbildung 60 Praktischer Einbezug des Gesundheitswesens in Kinderschutzfällen (n=66)

Sehr häufig geben Jugendamtsmitarbeitende an, dass sie die Meinung medizinischer Einrichtungen maßgeblich in die Bewertung der Kindeswohlgefährdung einbeziehen (25% *sehr oft*, 55% *oft*, 16% *selten*, 3% *nie*). Die Einbeziehung von Personen aus medizinischen Einrichtungen als *externe Fachkräfte* hingegen erfolgt nur bei 6% *sehr oft*, bei 34% *oft* und bei 43% *selten*. Bei 16% der Jugendamtsmitarbeitenden wird dies *nie* umgesetzt.

Risikoeinschätzungen werden bei knapp 80% der Jugendämter *nie* (31%) oder *selten* (48%) gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen erstellt. Lediglich bei einem Prozent geschieht dies *sehr oft*. Etwas häufiger noch wird über das gemeinsame Erstellen von „Schutzplänen“ berichtet. Neben 7%, bei denen dies *sehr oft* geschieht und 21% die diesen Weg *oft* beschreiten, gibt es jedoch 25%, in denen diese Form der Kooperation *nie* gelebt wird.

Deutlich seltener als Schutzkonzepte erarbeitet werden, wird die Entscheidung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, gemeinsam getroffen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung (also nicht nur die Einbeziehung der

Meinung) kommt nur bei 4% *sehr oft*, bei 22% *oft*, bei 54% *selten* und bei 19% *nie* vor, wohingegen die Jugendamtsmitarbeitenden es deutlich häufiger für sinnvoll erachten, dass diese Entscheidung gemeinsam getroffen wird (siehe Tabelle unterhalb).

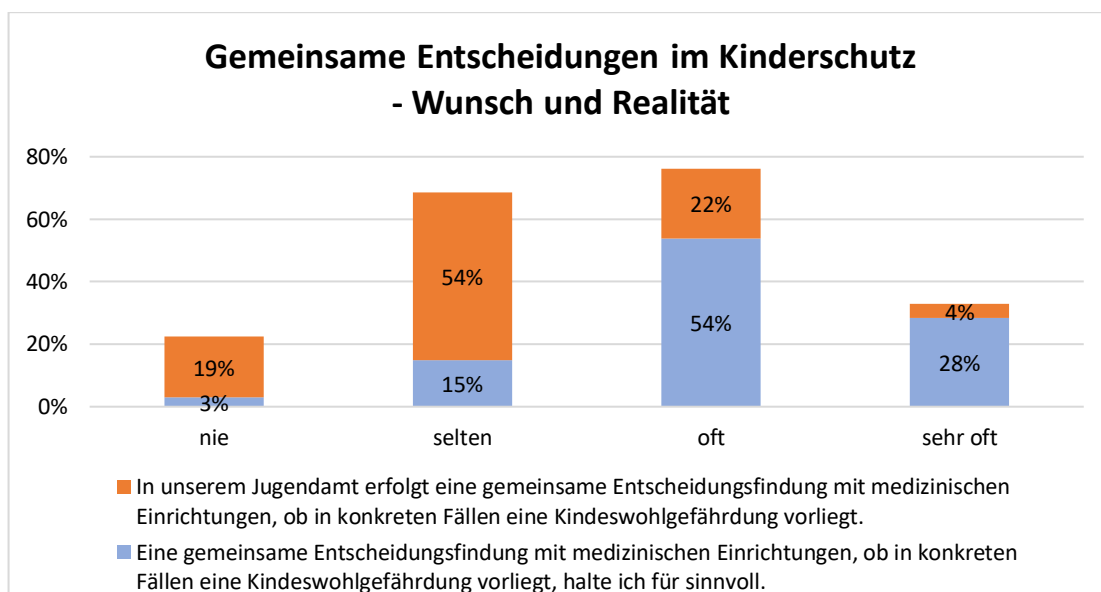


Abbildung 61 Gemeinsame Entscheidungen im Kinderschutz: Wunsch und Realität (n=66)

In einer ersten quantitativen Auswertung der Antworten auf diese Frage zeigt sich diese Verteilung:

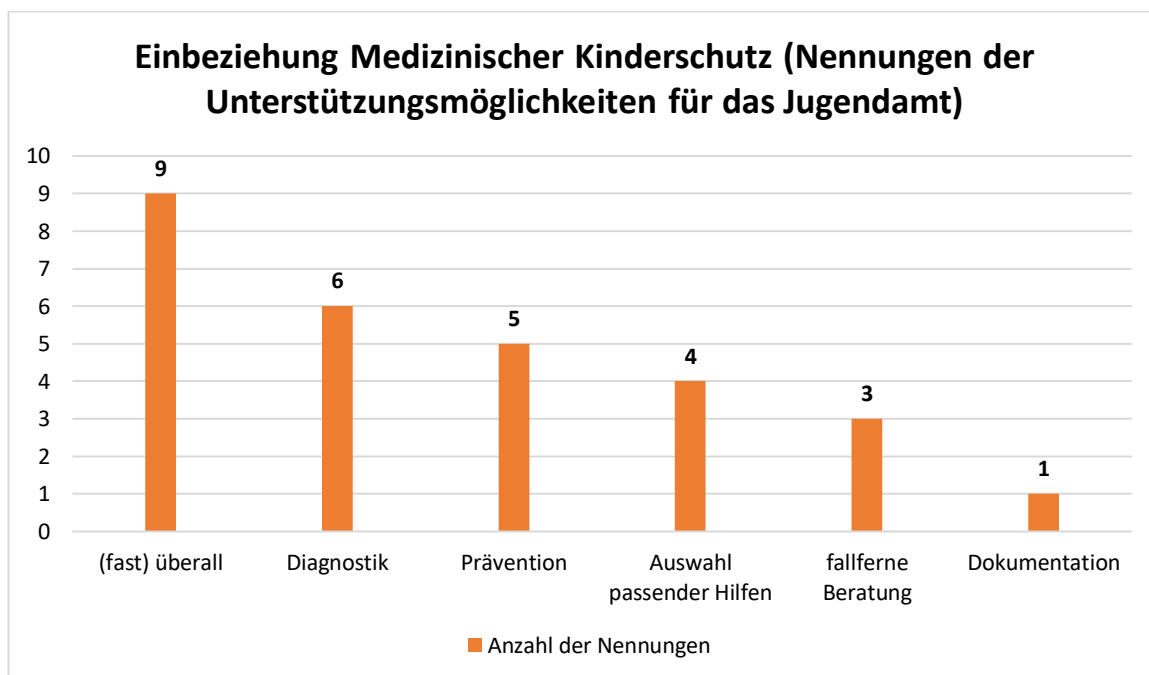


Abbildung 62 Unterstützungsmöglichkeiten durch den Medizinischen Kinderschutz (aus den Interviews) (n=11)

Um diese Kategorien konkreter nachvollziehen zu können, sind hier Ankerbeispiele zu den oben gewählten Kategorien aufgeführt.

	Ankerbeispiel	Inter- view
(Fast) überall	„Also wenn wir jetzt ganz groß denken, dann ist das fast an jedem Punkt sinnvoll. Wenn ich im Kinderschutz bin, dann habe ich ja mitunter nicht nur irgendwelche körperlichen Blessuren oder aufgrund von Armut eine verschimmelte Wohnung, die zu Problemen führt. Ich habe nicht nur die Schläge, sondern natürlich habe ich auch die psychische Gesundheit, und die leidet in der Regel fast immer, wenn wir im Kinderschutz unterwegs sind.“	I1
Einschätzung / Diagnostik	„Insgesamt erwarte ich aber ja mehr erstmal eine Diagnostik. Und ich glaube auch, dass die vor Ort auch in der Klinik gut gemacht werden kann.“	I5
Auswahl passender Hilfen	„Und auch bei den Hilfen, bei den passenden Hilfen würde ich die auch mit hinzuziehen, weil gewisse Krankheitsbilder, wenn man da schaut oder gewisse therapeutische Bedarfe einfach besser beschrieben werden können von Profis und nicht von uns.“	I11
Beratung	„Und genau also das würde ich jetzt so als auch so ein Stück Entwicklung im Kinderschutz, gemeinsame Zusammenarbeit bei so einer anonymisierten Beratung so sehen.“	I7
Rechtssichere Dokumentation	„Also es ist ja im Kinderschutz auch immer die Sache, eine Dokumentation zu haben, die auch unter Umständen halt gerichtsfest ist. Zum einem vielleicht für ein Familienrechtsverfahren oder auch für einen Strafprozess. Je nachdem in welche Richtung man da gehen will.“	I5
Präventiv informierend / begleitend	„[...] und Medizinischer Kinderschutz beginnt für mich im präventiven Bereich, Vorsorgeuntersuchungen zum Beispiel. Und um zu gucken, wie kann man das Kind früh fördern, es gibt Untersuchungsmöglichkeiten,	I4

	die Entwicklung zu betrachten und so weiter, das wäre präventiv und in dem Fall wäre die medizinische Seite miteinzubeziehen.“	
--	--	--

Tabelle 16 Ankerbeispiele für potenzielle Einbeziehung des Medizinischen Kinderschutzes

Bei genauerer Analyse lassen sich sowohl Hemmnisse als auch Schwerpunkte in der Erwartung an den Medizinischen Kinderschutz identifizieren. So betont I11, dass die Einbeziehung anderer Fachkräfte oftmals im Arbeitsalltag untergeht und I6 merkt an, dass die Einbeziehung der Mediziner:Innen bei jüngeren Kindern, insbesondere solchen, die sich nicht gut selbst artikulieren können, selbstverständlicher ist als bei Jugendlichen. Wenn nach Schwerpunkten trotz der Aussage, dass der Medizinische Kinderschutz in allen genannten Bereichen unterstützen kann, gefragt wird, fokussieren mehrere Teilnehmende auf den Bereich der Gefährdungseinschätzung (I11; I10; I9).

Um die Meinungen bzw. Erfahrungen der Teilnehmenden in den Bereichen der Diagnostik bzw. Dokumentation der diagnostizierten Sachverhalte weiter zu spezifizieren, wurden diese Textpassagen ebenfalls einzeln codiert und analysiert. Ziel dieser Analyse ist es, zu beschreiben, was genau diagnostiziert bzw. dokumentiert werden soll.

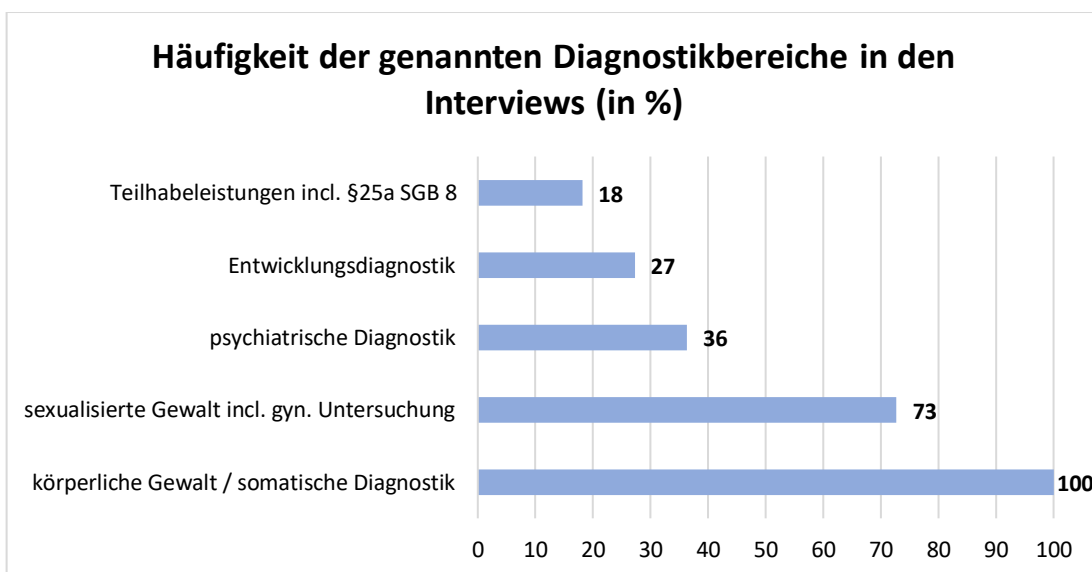


Abbildung 63 Häufigkeit der genannten Diagnostikbereiche in den Interviews (n=11)





In den Ankerbeispielen zeigen sich die jeweiligen Ausdifferenzierungen. Die Jugendamtsmitarbeitenden bezogen sich jedoch zumeist auf mehrere Aspekte und gaben Beispiele, die auch mehrere Gefährdungsbereiche umfassen.

#### **5.3.4. H17 Kinderschutzstrukturen aus dem Gesundheitswesen sind im Jugendamt wenig bekannt und genutzt.**

Die Strukturen des Medizinischen Kinderschutzes lassen sich zunächst in die regionalen Strukturen vor Ort, also Kinderschutzgruppen an Kliniken, Kooperationsverträge mit einzelnen Kinderschutzmediziner:Innen in jeglichen Arten medizinischer Einrichtungen und Netzwerken als auch in überregionale Einrichtungen, z.B. die bundesweiten Angebote, wie Hotlines und auch allgemeingültige Regelungen wie die AWMF-Kinderschutzleitlinie unterteilen.

Die Erhebung bei den Jugendämtern (n=66) liefert Hinweise auf den Bekanntheitsgrad kommunaler und übergeordneter Strukturen des Kinderschutzes. Auf kommunaler Ebene sind den Mitarbeitenden der Jugendämter zumeist Ansprechpersonen im Kinderschutz in den Bereichen Psychotherapie / Psychiatrie (Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken 89% sowie KJP-Praxen 83%) und Pädiatrie (Kinderkliniken und pädiatrische Praxen jeweils 88%) bekannt. Weitere hohe Bekanntheitsgrade erreichen diejenigen Einrichtungen, die in der Kommune in aller Regel eine einzige zentrale Anlaufstelle darstellen (Gesundheitsamt 79% und Sozialpädiatrisches Zentrum 77%). In denjenigen medizinischen Einrichtungen, die sich mit der Phase rund um die Geburt befassen (Hebammen / Entbindungspfleger 70%; Geburtskliniken 67%) sowie den Kliniken im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (62%) geben noch mehr als die Hälfte der Befragten an, dass Kinderschutz-Ansprechpersonen bekannt sind. Dies ist in rechtsmedizinischen Einrichtungen (42%), frauenärztlichen Praxen (35%), Praxen für Erwachsenenpsychiatrie (30%) sowie zahnärztlichen Praxen (20%) nicht mehr der Fall.

Welche dieser Einrichtungen in Kinderschutzfällen am ehesten angefragt würden, bildet die Grafik ab, die das Ergebnis der nachfolgenden Fragestellung abbildet.

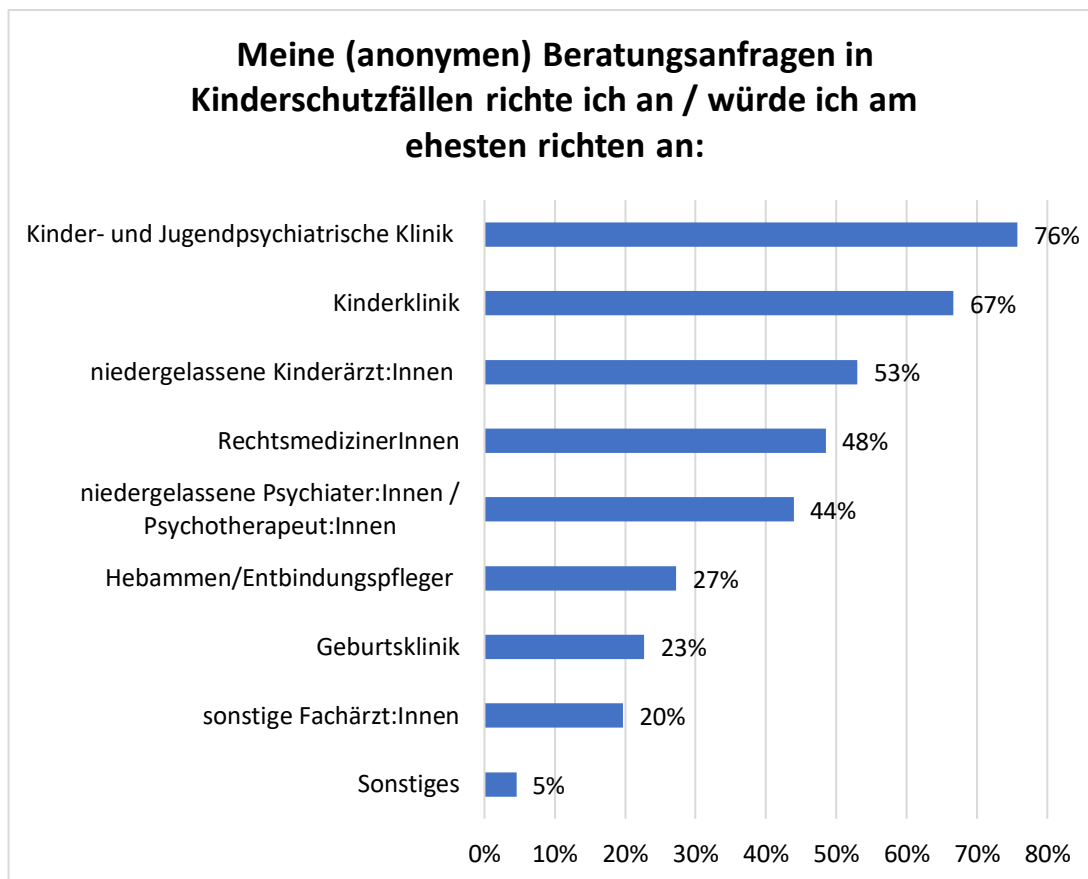


Abbildung 64 Ranking (potenzieller) Beratungsanfragen

Hier wird deutlich, dass analog zu den der Frage der persönlichen Kontakte pädiatrische Einrichtungen sowie die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie die wichtigsten Ansprechpersonen zur (anonymen) Beratung sind / wären. Rechtsmediziner:Innen sowie niedergelassene Psychiater:Innen / Psychotherapeut:Innen werden noch von circa der Hälfte der Befragten für eine potenzielle Beratung genannt (48% und 44%), während alle nachfolgenden Organisationen / Berufsgruppen von weniger als 30% als Adressat:Innen für Beratungsanfragen wahrgenommen werden.

Mitarbeitenden in der öffentlichen Jugendhilfe ist die Kinderschutzleitlinie nicht flächendeckend bekannt. Jeweils circa die Hälfte der Jugendamtsmitarbeitenden weiß um die Kinderschutzleitlinie (53%) und hat sie gelesen / gesichtet (49%). Eine weitere Möglichkeit für die Jugendhilfe auf medizinische Kompetenz in Kinderschutzfällen zurückzugreifen ist die *Medizinische Kinderschutzhotline*. Die Ergebnisse beschreiben, dass die Hälfte der Befragten diese Einrichtung *nicht kennt*. 42% ist sie *bekannt* und von lediglich 8% wurde die *Medizinische Kinderschutzhotline bereits genutzt*.

Die Antworten der Jugendamtsmitarbeitenden deutliche Hinweise darauf, dass sowohl die Kinderschutzleitlinie als auch die *Medizinische Kinderschutzhotline* in der Jugendhilfe die Ebene der Multiplikator:Innen noch nicht umfassend erreicht hat. Bei Beratungsanlässen stehen weiterhin pädiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken deutlich im Vordergrund. Im qualitativen Teil der Studie wurden die Erfahrungen mit der Kinderschutzleitlinie abgefragt.

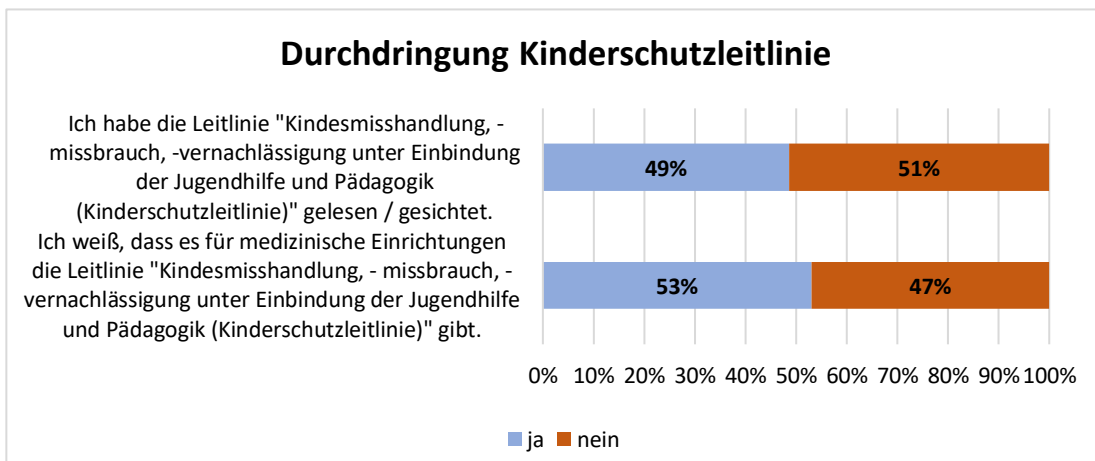


Abbildung 65 Durchdringung der Kinderschutzleitlinie (n=66)

Die Leitlinie war in sechs Interviews unbekannt (davon eine Kommune, in der sich die Unit an *MeKidS.best* beteiligt). In zwei Kommunen erinnerten sich die Interviewpartner:Innen an die Leitlinie, kannten jedoch keine Inhalte. Drei interviewte Personen konnten konkretere Aussagen zu ihrem Umgang mit der Leitlinie machen. Diese Personen gaben an, dass ihnen die Leitlinie für die praktische Nutzung zu umfangreich war, sie aber z.B. Kitteltaschenkarten für interne Schulungen nutzen würden. Die dritte interviewte Person betonte, dass Leitlinien nur dann wirksam sein können, wenn sie als Unterstützung aktiver Netzwerk- und Kooperationsarbeit genutzt werden, eine solitäre Existenz jedoch keinen Effekt habe.

„Und dass halt Kooperationsvereinbarungen immer ganz nett sind und auch Leitlinien und Verfahrenswege ganz nett sind, aber die oft auch Schubladenhüter sein können. [...] Aber dass halt das Leben von Kontakten, also Kontakten, das Miteinander, der Austausch, das voneinander lernen wollen auch, dass das halt ein wichtiger Punkt ist und diese Leitlinien halt keine Unterstützung sein können, wenn sie in der Schublade liegen.“ (I7)

Deutlich wird in diesem Interview, dass die interviewte Person das Forschungsdesign inhaltlich unterstützt, indem sie darauf hinweist, dass jegliche strukturelle Vorgabe mit menschlichem Handeln gefüllt werden muss, um wirksam zu sein.

## 6. Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion

Dieses sechste Kapitel ist neben einer inhaltlichen Diskussion geprägt von einer methodischen Diskussion des Forschungsprojektes, der Darstellung seiner Limitationen und abschließenden Anmerkungen zur Erstellung dieser Arbeit während einer Pandemie. Wie die hier vorgestellten Ergebnisse nun in Beziehung zu den vorgenannten theoretischen Vorannahmen einzuschätzen sind, wird nachfolgend diskutiert.

### 6.1. Diskussion der Hypothesen

Der grundsätzlichen Operationalisierung der Forschungsfrage folgend findet sich auch hier der Dreischritt der Betrachtung von Strukturen, Prozessen der Inanspruchnahme sowie einer spezifischen Betrachtung des Medizinischen Kinderschutzes.

#### 6.1.1 Diskussion struktureller Faktoren

**Attribute der Kommune und der ASD – Strukturen haben einen Einfluss auf die Kooperationseinstellung (H1a) und die Kooperationsstrukturen (H1b).**

##### **Diskussion zur Hypothese 1a**

Durch die Hypothese konnte belegt werden, dass die strukturellen Aspekte der jeweiligen Kommune, in der das Jugendamt ansässig ist, einen diskreten Einfluss auf die Scores Kooperationseinstellung und Kooperationsstrukturen haben.

Bei der Überprüfung der kommunenbezogenen Strukturvariablen zeigte sich, dass der Einfluss der *Art der Kommune* als unsicher zu beschreiben ist, da dieselben Ergebnisse auch in Bezug auf die Mitarbeitendenanzahl im ASD und die Einwohnendenzahl auffällig sind. In kreisfreien Städten waren bei den Jugendamtsmitarbeitenden deutlich häufiger die Kontaktdaten der vertretenden Person bekannt als in Städten eines Kreises. Auch van Santen und Seckinger (2003) kamen in ihrer empirischen Erhebung zu Jugendämtern

in Deutschland im Hinblick auf die jeweiligen Kooperationen zu der Feststellung, dass es in Bezug auf die Anzahl der Arbeitskreise zunächst einmal keinen Unterschied zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen gibt.

In der vorliegenden Studie konnten starke statistische Zusammenhänge zwischen der *Einwohnerzahl* und dem Vorhandensein aktueller Kontaktdaten der Ansprechpersonen im Medizinischen Kinderschutz (auch für die Vertretungen) sowie vorliegende schriftliche Kooperationsvereinbarungen und der Verortung der Kooperation als Thema in internen Teambesprechungen der Jugendämter beschrieben werden.

Die Größe der Kommune scheint einen deutlichen Einfluss auf die Anzahl der persönlich bekannten Kooperationspartner:Innen im Medizinischen Kinderschutz zu haben, was sich eher bei größeren Kommunen über 100.000 Einwohnenden ausprägt. Böwer und Kotthaus (2018) vermuteten, dass es bei größeren Jugendämtern über 100 Mitarbeitenden schwieriger für Außenstehenden sein könnte, die richtigen Ansprechpersonen ausfindig zu machen, beschreiben jedoch andererseits, dass gezieltere Aktivitäten notwendig sind, um Netzwerke in größeren Kommunen arbeitsfeldübergreifend zu installieren. Welcher Effekt hier mehr zu beobachten ist, lässt sich nicht beschreiben, wohl aber, dass die Anzahl der Mitarbeitenden im ASD insgesamt in Bezug auf die Strukturmerkmale der Kooperation im Medizinischen Kinderschutz die meisten statistisch hoch auffälligen Zusammenhänge hat. Neben den oben zur Größe der Kommune aufgelisteten Items kann bei der Vorhaltung einer 24 / 7-Erreichbarkeit für Kinderschutzfälle im Jugendamt ein sehr hoher Zusammenhang beschrieben werden. Die sehr heterogenen und teilweise nicht gut gegenseitig erklärbaren Ergebnisse bei der itemspezifischen Auswertung bestätigen sowohl die Annahmen von Knaller (2013) als auch Schwier et al. (2019). Diese beschreiben jeweils, dass in der Praxis kleinräumige individuelle Lösungen für Strukturen gefunden werden. Die Studie von Böwer (2012) spricht sogar von „Erfindungen“, die die Jugendämter in ihren Ideen, Konzepten und praktischen Lösungsansätzen im Kinderschutz individuell erarbeiten. Auch Turba (2019) und Heinitz (2020) fokussieren ähnlich der vorliegenden Studie scheinbar offensichtliche Widersprüche, die in kleineren Strukturen (vielleicht nur zeitweise) aufgelöst werden. Obwohl die Ergebnisse der oben beschriebenen

Kreuztabellen es hergeben, dass die Jugendamtsmitarbeitenden die Kontaktdaten der Vertretung einer Person kennen, deren Kontaktdaten sie nicht aktuell besitzen, wird diese Teilhypothese nach inhaltlicher Validierung verworfen.

### **Diskussion zur Hypothese 1b**

Die Hypothese zur Kooperationseinstellung wurde über die Analyse der Items der kommunalen (Jugendamts-)Struktur mit dem *Score Kooperationseinstellung* gemeinsam vorgenommen. Hierbei zeigt sich eine deutliche statistische Auffälligkeit. Die Kooperationseinstellung hat einen deutlichen Zusammenhang mit der *Anzahl der Einwohnenden* (Cramers  $V = .46$ ). Bei näherer Betrachtung der einzelnen Elemente der Kreuztabelle erreichen Kommunen ab 200.000 Einwohnenden durchgängig hohe Scores in der Kooperationseinstellung. Der Einschätzung von Pluto et al. (2016), dass bei größeren Kommunen Maßnahmen zur Kooperation bewusster angegangen werden müssen, könnte sich hier abbilden. Bei kleineren Kommunen ist das Bild heterogener. Die Mitarbeitendenanzahl im ASD hat ebenfalls einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Score der Kooperationseinstellung (Cramers  $V = .46$ ). Ab 50 und mehr Mitarbeitenden haben alle Jugendämter einen Kooperationseinstellungs-Score, der höher ist als der mittlere erreichte Wert aller Jugendämter. Beckmann et al. (2018) fällen das Urteil, dass insgesamt Zusammenhänge denkbar sind, sehen jedoch in ihrer Erhebung keine statistisch signifikanten Zusammenhänge. Dieser Einschätzung wird hier nicht grundsätzlich widersprochen, jedoch kann sich die hier überprüfte Hypothese eher in den Ergebnisreigen einreihen, der beschreibt, dass einzelne Schwerpunkte in Gemeinden unterschiedlicher Größe und Struktur heterogen ausgeprägt sind (Heinitz, 2020; Franzheld, 2017a; Böwer, 2012).

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die Hypothese als bestätigt angesehen werden kann. Dass die bereitgestellten Strukturen hoch mit der Anzahl der Mitarbeitenden zusammenhängen ist nicht verwunderlich und wird über die Analysen bestätigt. Die Anzahl der Mitarbeitenden scheint in der Breite den größten Einfluss auf den Kooperations-Score zu haben und die Art

der Kommune hat mit Abstand den geringsten statistischen Zusammenhang mit den Kooperationsstrukturen. In kleineren Kommunen und in sehr großen Kommunen sind die Ansprechpersonen persönlich gut bekannt.

## **Diskussion zu Hypothese 2**

### **Die gegenseitige (anonyme) Beratung ist in ihren Strukturen nicht durchgängig ausgebildet.**

Nahezu in allen beforschten Jugendamtsbezirken sind Strukturen der (anonymen) Beratung im Kinderschutz beim Jugendamt aufgebaut, wobei die Beratung bei weniger als einem Fünftel rund um die Uhr vorgehalten wird. Fast 70% haben spezifische Ansprechpersonen für Kinderschutz-Beratungsanfragen aus dem Gesundheitswesen. Informationen zur (anonymen) Beratung werden auf den Internetseiten und auch in Flyern von einem großen Teilen der Jugendämter zur Verfügung gestellt.

Die Mitarbeitenden in den Jugendämtern gehen zu fast 40% davon aus, dass die (anonymen) Beratungsmöglichkeiten nach § 4 KKG bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen *eher nicht bekannt* sind, was die Annahmen von Betz et al. (2018) und Bertsch und Seckinger 2016 bestätigt. So lässt sich das Ergebnis erklären, dass mehr als drei Viertel der Jugendamtsmitarbeitenden berichten, dass in ihren Diensten *nie* oder *selten* überhaupt eine (anonyme) Beratung von Einrichtungen / Personen aus den medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen stattfindet.

Die Struktur der gegenseitigen anonymen Beratung scheint partiell ausgebildet zu sein, der Output der Inanspruchnahme spiegelt dieses Ergebnis jedoch nicht wider. Die Annahmen von Bertsch und Seckinger (2016) in Bezug auf vorhandene Flyer etc. und trotzdem geringer Kenntnis über die Strukturen werden so bestätigt.

Als (potenzielle) Adressat:Innen ihrer Anfragen in Kinderschutzfällen in Richtung des Gesundheitswesens nennen mehr als 50% der Jugendamtsmitarbeitenden die kinder- und jugendpsychiatrischen sowie pädiatrischen Kliniken, pädiatrische Praxen sowie die Rechtsmedizin.



Die *Medizinische Kinderschutzhotline* ist zwar bereits fast der Hälfte der Mitarbeitenden der Jugendämter bekannt, wurde aber bisher nur von knappen 8% genutzt. Die Einschätzung von Pluto et al. (2016), die die skeptischen Hinweise von Bertsch und Seckinger (2016) zwar erwähnen, jedoch steigende Inanspruchnahmewerte insgesamt als ermunternde Hinweise sehen, kann inhaltlich an dieser Stelle geteilt werden, wobei eine zunehmend schnellere Entwicklung notwendig erscheint.

### **Diskussion zu Hypothese 3**

#### **Die Netzwerkstruktur hat bedeutsame statistische Zusammenhänge mit den Prozessen (Zuweisung, Inanspruchnahme, Rückmeldung und Zufriedenheit).**

Insgesamt zeigen sich bei *stärker ausgebauter Netzwerkstruktur*, dass die Mitarbeitenden der Jugendämter weniger an gemeinsamen Gesprächen teilnehmen und auch im Vergleich etwas weniger zufrieden mit den Ergebnissen im Vergleich zu Kinderschutzfällen ohne Beteiligung medizinischer Einrichtungen sind.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese beschreiben ebenfalls, dass bei *stärker ausgebauter Netzwerkstruktur* die Mitarbeitenden der Jugendämter tendenziell weniger an gemeinsamen Gesprächen teilnehmen und auch im Vergleich etwas unzufriedener mit den Ergebnissen sind, wenn auch medizinische Einrichtungen in Kinderschutzfällen beteiligt waren. Kindler et al. (2006) beschrieben abweichend hiervon eine vermehrte Zufriedenheit bzw. ein Gefühl von Erfolg, wenn im ASD in Kooperationen gehandelt wurde. Es könnte jedoch hier eher ein Effekt zum Tragen zu kommen, den van Santen und Seckinger (2003) bei reinen Arbeitskreisen der Sozialen Arbeit vermuteten, nämlich derjenige, dass je enger (dort räumlich) die Netzwerke sind, Konkurrenz- und Machtdenken zwischen den Einrichtungen stärker ausgebildet sind.

Bei stärkerer Netzwerkstruktur ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Meinung von Mitarbeitenden aus dem Gesundheitswesen stärker in die Risiko- und

Gefährdungseinschätzungen einbezogen wird, dass diese Einschätzungen gemeinsam erfolgen und auch Schutzpläne gemeinsam erstellt werden, erhöht. Für den DKSB Unna (2014) beschrieb Discher, dass der gegenseitige Einbezug von Sozial- und Gesundheitswesen bei der Schutzplanerstellung eine wichtige Grundlage darstellt. In der vorliegenden Erhebung konnte gezeigt werden, dass es hierzu starker Netzwerkstrukturen bedarf. Auch die Überleitung zur Risikoeinschätzung an eine medizinische Einrichtung ist bei gut ausgebauten Netzwerkstrukturen deutlich wahrscheinlicher. Die Netzwerke, in denen einzelne Personen teilnehmen, aber Organisationen im Bedarfsfall näher aneinanderrücken lassen, könnten damit diejenigen auslösenden Funktionen haben, die Fischer und Geene (2019) in ihrem Impulspapier fordern. Neben der Beobachtung aus der Praxis, dass funktionierende Netzwerke für funktionierenden Kinderschutz elementar wichtig sind, zeigt sich aus Sicht der Wissenschaft noch ein deutliches Defizit, da Studien fehlen, die beschreiben, wie interdisziplinäre Kinderschutznetzwerke etabliert werden können (Künster et al., 2010b; Suess & Hammer, 2010). Die hier vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass Netzwerke Einfluss auf die konkrete Kooperation haben, jedoch in ihrer interdisziplinären Ausrichtung in Bezug auf ihre konkrete Wirkweise nicht leicht zu erfassen sind und daher potenziell in den Verdacht der Ineffektivität geraten könnten. Bei schwächer ausgebauter Netzwerkstruktur ist das Gegenteil der Fall. Diese Effekte sind jedoch als gering zu beurteilen. Deutlich wahrscheinlicher ist es, dass bei besser ausgebauter Netzwerkstruktur die Meinung der Mitarbeitenden aus dem Gesundheitssystem verstärkter einbezogen wird und dass Risiko- und Gefährdungseinschätzungen gemeinsam vorgenommen sowie Schutzpläne gemeinsam erstellt werden. Auch die Überleitung zur Risikoeinschätzung an eine medizinische Einrichtung ist bei gut ausgebauten Netzwerkstrukturen deutlich wahrscheinlicher.

#### **Diskussion zu Hypothese 4**

**Die Durchdringung der Jugendämter in Bezug auf die bestehenden Strukturen und die Prozesse in der Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen auf der Ebene der Sachbearbeitenden unterscheiden sich statistisch bedeutsam von der Ebene der Stabstelle Kinderschutz.**

Die Antworten auf die erfragten Strukturen (z.B. ob Informationen zum Kinderschutz auf der Homepage hinterlegt sind oder ob Kooperationsabsprachen schriftlich geschlossen wurden) werden bei differenzierter Betrachtung der Gruppen der ASD-Mitarbeitenden auf Fallebene und den Personen auf Kinderschutzstabstellen bzw. in Leitungspersonen mit diskreten bis deutlichen statistisch bedeutsamen Zusammenhängen abweichend beantwortet.

Insgesamt wird hier bestätigt, dass ein divergierendes Wissen, um Strukturen und Prozesse innerhalb der Jugendämter anhand der Position zu beschreiben ist. Da jedoch auch Leitungskräfte bei nicht Vorhandensein einer Stabsstelle an deren statt für diese Position geantwortet haben und aufgrund der relativ kleinen Stichprobe, lassen sich diese Befunde nur als gewichtige Hinweise werten. Wie Informationen weitergegeben werden und ob verbindliche Kommunikationsstrukturen wie von Schneider und Gutmann (2022) gefordert bestehen, wurde nicht erfragt, so dass hier eine Fortführung der Forschungsansätze an der Stelle sinnvoll erscheint, wenn es um kinderschutzspezifische Strukturen geht, die in anderen Durchdringungsprozessen der Jugendhilfe nicht vorgesehen sind. Da auch Leitungskräfte bei Nicht-Vorhandensein einer Stabsstelle an deren statt für diese Position geantwortet haben und aufgrund des relativ kleinen n, lassen sich diese Befunde lediglich als gewichtige Hinweise werten.

## **Diskussion zu Hypothese 5**

**Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen melden im Kontext der Kindeswohlgefährdung tendenziell andere Formen der Kindeswohlgefährdung als andere Meldegruppen.**

Das Gesundheitswesen zeichnet sich nicht durch hier belegbare Alleinstellungsmerkmale aus, hat jedoch bei der Art der gemeldeten Kindeswohlgefährdungen die größte statistische Nähe zu den Angaben der betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst. Die Hypothese ist somit

zumindest insoweit verifiziert, als dass das Meldeverhalten der Mitarbeitenden aus dem Gesundheitswesen sich vom Meldeverhalten anderer professioneller Gruppen und auch des sozialen Umfeldes der betroffenen Minderjährigen unterscheidet. Die Einbeziehung unterschiedlicher Organisationen auf breiter Ebene ist folglich ein wichtiger Aspekt im Kinderschutz, um möglichst in der Breite der Gesellschaft die Detektion von Kindeswohlgefährdungen zu erreichen und um das Thema in gesellschaftlich relevanten Strukturen zu setzen. Kinderschutz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe für eine breite Anzahl beteiligter Personen mit unterschiedlichem Wissen und unterschiedlichen Foki, wie ihn Gautschi (2021) in einem systematischen Literaturreview beschrieb, hat auch im Gesundheitswesen seine spezifische Berechtigung, wie die vorliegenden Ergebnisse ebenfalls unterstreichen. Aufgrund der Vielzahl der Einrichtungen des Gesundheitswesens, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten von Patient:Innen in Anspruch genommen werden (Goldbeck et al., 2005), bedarf es der Ausbreitung von Kinderschutzstrukturen auch in der Breite des Gesundheitswesens.

### **Diskussion zu Hypothese 6**

**Kooperationsstrukturen im ASD sind eher individuell erarbeitet als strukturell verankert.**

Die Hypothese kann als verifiziert angesehen werden, da 72% der Befragten angeben, dass sie sich ihre Kontakte zum Gesundheitswesen weitestgehend oder vollständig selbst aufgebaut haben. Die Angaben aus der Betrachtung der Items zur Einarbeitung deuten zwar darauf hin, dass theoretisch mehr strukturiert gebahnte Kontakte vorhanden sein könnten, da 60% angeben Ansprechpersonen in medizinischen Einrichtungen im Rahmen der Einarbeitung kennengelernt zu haben. Ob die Personen, die im Rahmen der Einarbeitung bekannt waren, später nicht mehr greifbar waren, weil sie entweder keine inhaltlichen oder räumlichen Überschneidungen mit den Personen aus dem Jugendamt hatten, ob die Ansprechpersonen gewechselt haben oder welche Gründe sonst denkbar sind, kann an dieser Stelle nicht

belegt werden. Grundsätzlich bleibt aktuell darauf hinzuweisen und davor zu warnen, dass Lenz bereits 2010 (S. 46) anmerkte:

„Eine Individualisierung der institutionellen Kooperationsbeziehung ist zu vermeiden. Kooperationszusammenhänge sollen tatsächliche Beziehungen zwischen Organisationen und nicht zwischen einzelnen Individuen (d.h. den Mitgliedern des Arbeitskreises) darstellen.“

Darauf beziehend, dass die Teilnehmenden im Durchschnitt elf Jahre im Jugendamt arbeiten, kann man davon ausgehen, dass mittlerweile oftmals veränderte Curricula zur Einarbeitung vorhanden sind. Eine Befragung unter Berufseinsteigenden im ASD wäre hier deutlich aussagekräftiger.

Einen Hinweis, dass die Einarbeitung insgesamt eher wenig den Einbezug des Gesundheitssystems im Fokus hat, gibt die geringe Zahl der Jugendamtsmitarbeitenden an, die überhaupt strukturiert medizinische Einrichtungen vor Ort kennengelernt haben. Die Aufforderung von Böllert (2017), dass die Politik in Land und Bund interdisziplinäre Forschungsprojekte anstoßen muss, um gemeinsames Grundlagenwissen zu generieren, kann an dieser Stelle aufgrund der dargelegten Ergebnisse deutlich unterstützt werden.

Die gewissermaßen als Monopol titulierbare Stellung, die das Jugendamt in Kinderschutzfällen einmal innehatte (Thole et al., 2018), scheint jedoch immer weiter aufzuweichen, was folglich einen wachsenden Kooperationsbedarf erklärt. Ein Grund hierfür scheint eine Verlagerung des Zeitpunkts erster Wahrnehmung und Intervention und eine somit verbundene Öffnung für weitere Akteure im Kinderschutz zu sein.

„Insbesondere in neuerer Zeit lässt sich nun eine verstärkte Hinwendung zur interaktionsbezogenen Aspekten in der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen beobachten, die auf das frühestmögliche Fördern bzw. den frühestmöglichen Eingriff in Fällen fokussiert, in denen das Wohl des Kindes gefährdet erscheint.“ (Böwer, 2013, S. 143) zitiert nach Schneider et al. (2013).

## **6.1.2. Diskussion prozessualer Faktoren**

### **Diskussion zu Hypothese 7**

**Die Wahrnehmung der Kooperation als originären Bestandteil der beruflichen Tätigkeit sehen die Jugendamtsmitarbeitenden eher bei sich als bei den Einrichtungen der Gesundheitsdienste.**

Diese Hypothese konnte verifiziert werden. In der Erhebung zeigt sich deutlich, dass die Ergebnisse, die Böwer und Kotthaus (2018) als Herausforderungen für gelingende Kooperationen herausgearbeitet haben, bestätigt wurden. Kooperation wird oftmals nicht als integraler Teil des eigenen beruflichen Handelns gesehen und den Kooperationspartner:Innen noch deutlicher abgesprochen (LWL, 2015). Die Jugendamtsmitarbeitenden unterstellen sich selbst eine deutlich höhere Kooperationsbereitschaft in Bezug auf die Anerkennung von Kooperation und Netzwerkarbeit als originären Bestandteil ihrer Arbeit.

### **Diskussion zu Hypothese 8**

**Die Kooperationseinstellung hat bedeutsame statistische Zusammenhänge mit den Prozessen (Zuweisung, Inanspruchnahme, Rückmeldung und Zufriedenheit).**

Die Daten der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass die persönliche Einstellung der Jugendamtsmitarbeitenden bei mehreren Items einen statistischen Einfluss auf den Einbezug bzw. die faktische Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen hat. Ein proportionaler Zusammenhang kann jedoch nicht beschrieben werden, insbesondere, da in den Kreuztabellen bei der vorhandenen Stichprobengröße nur auf eine sehr eingeschränkte Datengrundlage zurückgegriffen werden kann. Böllert (2017) bietet hier insofern eine ähnliche Annäherung an diese These, als dass sie beschreibt, dass die Einstellungen bzw. Vorannahmen den Kooperationspartner:Innen gegenüber Auswirkungen auf die praktische

Ausgestaltung des Kooperationsgeschehens zeigen und daher (wenn vorhanden) stets thematisiert und somit bearbeitbar gemacht werden. Im Vergleich des durchschnittlichen statistischen Zusammenhangs zwischen dieser Hypothese H8 und der Hypothese H3, die dieselben Items in Bezug auf den Score Netzwerkstruktur überprüft hat, lässt sich beschreiben, dass der statistische Zusammenhang über die Berechnung des Cramers V beim Netzwerkscore bei gerundeten .38 und beim Score Kooperationseinstellung bei einem gerundeten Cramers V von .33 liegt. Der Einfluss des Netzwerks ist somit ein wenig größer als der Einfluss der Kooperationseinstellung. Es muss ein vorrangiges Ziel sein, stabile Netzwerkstrukturen zu etablieren, die es den handelnden Personen ermöglichen, im Diskurs sich ihrer Einstellungen in Bezug auf die Kooperationspartner:Innen bewusst zu werden, diese zu öffnen und aufeinander abzustimmen, um eine geteilte Wirklichkeit zu konstruieren. Die hier erhobenen Ergebnisse lassen sich in Ergänzung zu bisherigen Befunden interpretieren, die zwar auch personenbezogene Aspekte identifizierten, jedoch strukturiertem Kennenlernen und der gemeinsamen Arbeit an Verbesserungen deutlich mehr Wert beimaßen. Es wird in der Literatur ein potenzieller positiver Effekt betont, wenn tiefergehende Einblicke aus erster Hand in den Berufsfeldern der Kooperationspartner:Innen gewonnen werden (u.a. Bathke et al., 2018). In der Kooperation werden trotz aller persönlicher Sympathie und dem Wunsch zu gelingender Zusammenarbeit auch kritische Situationen, scheiternde Fälle und Dissonanzen entdeckt, betont und bearbeitet. Diese müssen im Blick behalten werden, damit eine kontinuierliche Verbesserung und gegenseitiges Lernen ermöglicht wird (Ziegenhain et al. 2010). Böwer und Kotthaus (2018) regen für gelingende Kooperation in der Praxis die Auseinandersetzung mit der *Vermeidung vereinfachender Interpretationen*, einem *Gespür für betriebliche Abläufe*, einer *Flexibilität* sowie dem *Respekt vor dem fachlichen Wissen und Können an*. Damit verweisen sie auf die Komplexität netzwerkender Handlungsversuche, die notwendig sind, um nicht der *Kooperationsromantik* (Turba, 2019) zu verfallen, sondern Störungen als selbstverständlich und überwindbar zu bewerten und nicht der Versuchung nach rascher Übereinstimmung und Harmonie zu verfallen (Böwer & Kotthaus, 2018).

## **Diskussion zu Hypothese 9**

### **Die Mitarbeitenden der Jugendämter sehen sich in Bezug auf die Fallverantwortung in sehr exponierter Stellung.**

Die Hypothese, dass die Jugendamtsmitarbeitenden sich in einer exponierten Stellung im Jugendschutz wahrnehmen, ist somit bestätigt, da die Mitarbeitenden sich besonders in der Verantwortung und unter besonderem öffentlichen Druck sehen. Wie auch von Kindler et al. (2006) und Körner & Hörmann (2019) beschrieben, ist die Last der Letztverantwortung trotz aller kooperativer Vorgaben und Strukturen den Jugendamtsmitarbeitenden persönlich sehr nahe und präsent. Eine Veränderung dieses Zustands wird von mehr als der Hälfte der Jugendamtsmitarbeitenden befürwortet.

Die Forschungsergebnisse belegen deutlich, dass es eine nicht geringe Anzahl der Jugendamtsmitarbeitenden gibt, die sich wünschen, dass die Verantwortung zwischen beteiligten Kooperationspartner:Innen anders aufgeteilt ist und dass es in Kinderschutzfällen eine gesetzliche Regelung gibt, die die gemeinsame Entscheidungsfindung der Jugendämter und anderer Einrichtungen regelt. Hier ist ein wichtiger Ansatzpunkt für weitere Forschung mit dem Ziel (so denn auch gewünscht) rechtliche Voraussetzungen zu schaffen und z.B. in Supervisions- und Fortbildungsprozessen eine etwaige rechtliche Veränderung zu flankieren.

Auch der Wahrnehmung, dass ein besonders hoher öffentlicher Druck auf den Jugendamtsmitarbeitenden lastet, wird von ebendiesen zu fast drei Viertel vollständig und zu einem Viertel bedingt wahrgenommen. Die Diskussion um die Letztverantwortung und deren Verhältnis zu kooperativem Handeln geht in dieselbe Richtung wie Kelle und Dahmen (2020) die die Ambivalenzen im Kinderschutz darstellen. Sozialarbeitende sind gefordert kooperativ zu denken und zu handeln. „Andererseits seien es aber sie, die im Nachhinein zur Verantwortung gezogen würden, wenn ‚etwas schiefgeht‘.“ (Kelle & Dahmen, 2020, S. 24), Die Deutungshoheit von Fällen wird nun ebenfalls von anderen Akteur:Innen beansprucht. Dass dies aufgrund der Limitierungen der Sozialen Arbeit, die immer wieder als Defizitprofession beschrieben wird, die auf



vollprofessionalisierte Professionen, wie die Medizin angewiesen ist, wird bereits an anderen Stellen, ebenso wie fehlende Selbstkritik zum Beispiel in der Medizin angedeutet (Franzheld, 2018; Frenzke-Kulbach, 2004; Ramb, 1995). Andererseits werden Auftrag und finanzielle Möglichkeiten der Jugendhilfe als positive Aspekte der Interaktion gesehen (Ehlen & Rehaag, 2018). Eine weitere Herausforderung wird darin gesehen, dass einerseits eigeninitiatives Handeln in zur Vermeidung von eskalativen Entwicklungen im Kinderschutz auch außerhalb des Jugendamtes gefordert wird, die Deutungshoheit im Nachhinein jedoch als beim Jugendamt angesiedelt wahrgenommen wird und ist. (Beckmann, 2019; Böllert, 2017; Bertsch & Seckinger 2016; Merk, 2014; Kindler et al., 2006). Es bedarf an vielen Stellen einer Überwindung dieser wahrgenommenen interinstitutionellen Grenzen (Thole et al., 2018; Dittmann & Raabe, 2017; Künstler et al., 2010b; Keup, 2010; Frenzke-Kulbach, 2004), insbesondere damit die Interaktion nicht auf der Ebene einer Absichtserklärung stehenbleibt (Rüting, 2009). Neben der direkten Interaktion und den damit verbundenen Schwierigkeiten stellen sich immer wieder korrespondierende Themen wie der Datenschutz als Fallstricke in der fallbezogenen Interaktion dar (u.a. Biesel & Urban-Stahl, 2018). Die hier beschriebenen Kooperationshemmnisse erschweren die bei der Diskussion dieser Hypothese eingangs erwähnte Umsetzung eines gemeinsamen Tragens der Verantwortung.

### **Diskussion zu Hypothese 10**

**Es werden in Kinderschutzverfahren selten Rückmeldungen an die medizinischen Einrichtungen gegeben.**

Die hier aufgeführten Ergebnisse wurden wenige Monate nach Inkrafttreten der Novellierung des SGB 8 erhoben, so dass anzunehmen ist, dass dieser Zeitpunkt eine deutliche Auswirkung auf die Ergebnisse hat. Eine Durchdringung und Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelung im KKG, insbesondere des § 4 Abs. 4 KKG zu den Rückmeldungen scheint es in einem Großteil der Jugendämter (noch) nicht zu geben. Trotz dieser Limitierung ist die Hypothese zunächst einmal zu verifizieren.

Die vorliegende Forschungsarbeit stellt heraus, dass die Regelungen zu Rückmeldungen bei Kindeswohlgefährdungsmeldungen nach § 8a SGB 8 an Berufsheimnisträger:Innen (u.a. Schneider & Gutmann, 2022) durch eine deutliche Mehrheit der Jugendamtsmitarbeitenden nicht umgesetzt werden. Die Begründungen sind sowohl struktureller (Datenschutzvorgabe, fehlende Ressourcen) als auch prozessualer Art (niemand erreicht bzw. keine Rückmeldung gewünscht). Es zeigt sich deutlich, dass hier Maßnahmen innerhalb der Ämter zur Steigerung der Durchdringung und Anpassung der Abläufe notwendig sind, um die Intention der Gesetzesnovelle umsetzen zu können. Die gesetzlich geforderte Rückmeldung und die damit verbundene Stärkung des konkreten fallbezogenen Austauschs wird nicht umfassend institutionell umgesetzt und ist in Teilen nicht institutionell vorgesehen. Inhaltlich bricht an dieser Stelle potenziell die Kommunikation im Fall ab. Verbesserungen in Bezug auf die Gefährdungsmeldung an sich (da kein Wissen über die Sichtweise des Jugendamtes zur Meldung erlangt wird) und in der weiteren Zusammenarbeit mit den Betroffenen (da nicht bekannt ist, ob z.B. Hilfesysteme installiert wurden, die nun weitere potenziell hilfreiche Ansprechpersonen sind, wie ambulante Hilfen zur Erziehung...) sind dann nicht mehr strukturiert möglich. Die Ergebnisse von Bertsch und Seckinger (2016) werden somit bestätigt.

Die unterschiedlichen Kommunikationskanäle, die diejenigen Jugendamtsmitarbeitenden wählten, die Rückmeldungen zum Eingang der Meldung bzw. zum weiteren Verlauf gaben sind eher heterogen. Dies lässt vermuten, dass es individuelle Vorgaben gibt, bzw. dass Entscheidungen über die Art der Rückmeldung individuell getroffen werden. Dort, wo eher persönlich / telefonische Rückmeldungen gegeben werden, könnte eher vermutet werden, dass es eher individuelle, denn strukturell getragene Rückmeldungen sind. Andere Wege könnten ggf. nicht vorgesehen sein, sprich für die Eingangsbestätigung könnte es eher in Checklisten etc. Vorgaben, Hinweise oder auch vorbereitete Formulare geben. Die Interviews von Bertsch und Seckinger (2016) zeigten, dass Rückmeldungen eher informell gegeben werden. Obwohl in der hier beschriebenen Forschungsarbeit nicht explizit erfragt wurde, in welchem Kontext die Rückmeldungen gegeben wurden, so ist doch davon auszugehen, dass es sich in der Masse eher um unstrukturierte

Rückmeldungen handelt, da Rückmeldungen nur in seltenen Fällen und auf unterschiedlichen Wegen nicht für eine formale Struktur sprechen.

Neben den oben beschriebenen Rückmeldungen sind kritische Rückmeldungen in Form von Beschwerden als Rückmeldungen zu werten. Während im Gesundheitswesen, insbesondere durch das Patientenrechtegesetz (2013), die Umsetzung eines Beschwerdemanagements verpflichtender Bestandteil der Arbeit aller Krankenhäuser ist, so ist es neben der Arbeit mit den Patient:Innen / Kund:Innen / Klient:Innen auch die interorganisationale Arbeit, die von Rückmeldungen jeglicher Art profitiert. Besonders vor dem Hintergrund der vorhergehenden Hypothese ist das Thema der Beschwerden und Fehler eine wichtige Grundlage. Wie Ackermann et al. (2015) beschrieben, bedarf es einer Fehlerfreundlichkeit, um institutionelle Fehler zu minimieren und um Systeme auszugestalten. Denn so werden die Fehler frühestmöglich verhindert, damit einzelne (Jugendamts-)Mitarbeitende nicht in die Situation kommen, einzig durch ihr Verhalten grobe unerkannte Fehler produzieren zu können. In Anlehnung an Reason (2000) verweisen Fegert, Schnoor, Kleidt, Kindler und Ziegenhain (2015) in ihrer Machbarkeitsexpertise zu Kinderschutzverläufen auf die Fehleranfälligkeit menschlichen Handelns und sprechen sich für die Implementierung eines gezielten Risiko- und Fehlermanagements inklusive eines freiwilligen Berichterstattungssystems aus.

Deutlich wird bei der Betrachtung der Diagramme, dass die Anzahl der Jugendamtsmitarbeitenden, die sich *oft* oder *sehr oft* innerhalb der eigenen Einrichtung über Mitarbeitende des Gesundheitswesens beschweren deutlich höher ist als der Anteil derjenigen, die sich bereits bei der entsprechenden Einrichtung selbst beschwert haben. Nun mag hier aufgrund der hierarchischen Gegebenheiten (z.B., dass Beschwerden nach außen grundsätzlich über die Leitungsebene verantwortet und gegeben werden) eine Verzerrung gut möglich ist. Das vorliegende Ergebnis wird jedoch in der Kombination mit den fallbezogenen Rückmeldungen oben derart interpretiert, dass Beschwerden und damit auch Verbesserungspotenzial für die interinstitutionellen Prozesse zwar identifiziert, jedoch nicht an die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen weitergegeben werden. Die kostenlose Organisationsberatung, als die Hensen (2016) Beschwerden ansieht, wird

somit nur sehr eingeschränkt geleistet, denn ein Großteil der Beschwerden verbleibt im Jugendamt.

Als Erklärungsmuster könnte die Tendenz der Sozialen Arbeit dienen, Kritik weniger nach außen zu tragen. Von einigen Autor:Innen wird die organisationale Einbindung und Unterstützung der Sozialen Arbeit als schwächer schützend gesehen als dies zum Beispiel bei Ärzt:Innen, Jurist:Innen oder Lehrer:Innen der Fall ist, die jeweils durch ihre Organisationen mit deren eigenen Regeln eine hohe Autonomie in ihrem professionellen Handeln haben. Diese Autonomie wird durch den organisationalen Rahmen gestützt. Die Soziale Arbeit muss ihre Arbeit, ihre Perspektive und individuelle Sichtweise häufig gegenüber anderen Fallbeteiligten klären und behaupten, was ebenso wie die Arbeit mit den Klient:Innen Konflikte mit sich bringt und Ressourcen kostet. Diese Konflikte jedoch werden häufig aufgrund von Harmonisierungstendenzen nicht ausgetragen (Liel & Rademaker, 2020). Diese Tendenzen könnten sich in o.a. Ergebnissen widerspiegeln.

## **Diskussion zu Hypothese 11**

### **Die gegenseitige (anonyme) Beratung ist in den Prozessen wenig ausgebildet.**

Die Jugendamtsmitarbeitenden beschreiben, dass eine (anonyme) Beratung durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen eher *nie* bzw. *selten* in Anspruch genommen wird, wobei ein nicht geringer Teil der Jugendamtsmitarbeitenden sich genau diese Möglichkeit wünschte. Dieses Ergebnis folgt dem Ductus von Kelle und Dahmen (2020) in der Beschreibung vielschichtiger Ambivalenzen im Kinderschutz.

Zur Beantwortung der Hypothese lässt sich aus den qualitativen Interviews Folgendes ergänzen: es gibt Jugendämter, die in regelmäßigem, teilweise sogar regelgeleitetem Austausch mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen stehen. Andererseits gibt es jedoch weiterhin deutlich beschriebene Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme, die größtenteils aus

strukturellen (Ressourcen, Erreichbarkeit, fehlende Schulungen) und persönlichen Faktoren (Vorannahmen, schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit) erwachsen. Die Chancen, die gute beratende Zusammenarbeit bieten, werden gesehen und es bestehen Ansätze zur Stärkung der Inanspruchnahme dieser Beratung sowohl individuell als auch politisch bzw. legislativ.

Einzelne Mitarbeitende der Jugendämter berichten von gelingenden Beratungsprozessen durch die öffentliche Jugendhilfe für Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen. Übergreifend beschreiben die Ergebnisse, dass dort, wo die (anonyme) Beratung durch die Jugendhilfe von Mitarbeitenden aus dem Gesundheitswesen verstärkt in Anspruch genommen wahrgenommen wird, individuelle Faktoren als Begründung gesehen werden. Die überwiegende Mehrheit der Jugendamtsmitarbeitenden gibt an, dass *eher selten* Beratung durch das Jugendamt für Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen geleistet wird.

Es scheint deutlich belegt zu sein, dass es in beiden Systemen den Wunsch nach gegenseitiger (anonymer) Beratung gibt und Strukturen hierfür vorgehalten werden. Dittmann und Raabe (2017) kommen zu ähnlichen Aussagen und argumentieren z.B. mit einer gerichtssichereren Argumentation bei Einbezug medizinischer Beratungsergebnisse. Es kommt jedoch oftmals nicht zu einer Umsetzung des Beratungsanspruchs bzw. der Beratungsmöglichkeit, weil die Systeme nicht gut aufeinander eingespielt sind und weil persönliche Annahmen über den Beratungsunwillen bzw. über die Beratungssinnhaftigkeit die individuelle Inanspruchnahme ausbremsen. Die Ergebnisse von Betz et al. (2018) werden hier mittelbar gestützt, da diese die Infragestellung des Beratungssinns aus Sicht der Ärzt:Innen hervorheben. Es zeigen sich ambivalente Muster in den theoretischen Annahmen bzw. Wünschen und ihrer praktischen Umsetzung, sodass hier zu vermuten ist, dass diese Ambivalenzen nur praxisnah am Fall bzw. durch einzelne Individuen aktuell aufgelöst werden, aber nur wenig prozessuale Vorgehensweisen in derartig gelagerten Fällen beschrieben werden.

## **Diskussion zu Hypothese 12**

### **Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch evozieren eher eine Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste als andere Faktoren.**

Die Hypothese lässt sich verifizieren, da die Jugendamtsmitarbeitenden diese Formen der Kindeswohlgefährdung zu 100% als potenzielle Indikatoren für die Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes bewerten. Die Jugendamtsmitarbeitenden geben an, bei einem breiten Spektrum an Auffälligkeiten den Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitswesens potentiell zu suchen. Fraglich ist an dieser Stelle, ob die jeweiligen Zustände mit den bereits thematisierten geringen Kenntnissen der Jugendamtsmitarbeitenden in medizinischen (sowohl somatischen als auch psychiatrischen) Krankheitsbildern überhaupt erkannt würden, da die hier vorgelegten Situationen bereits feststehende Auffälligkeiten in Bezug auf potenziell Kindeswohlgefährdende Sachbestände beinhalteten. Fallarbeit als Forschungsgrundlage, teilnehmende Beobachtungen oder andere Forschungsdesigns wären in Bezug auf eine tiefergehende Beantwortung sicherlich denkbare Settings. Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch provozieren zwar in den Angaben der Jugendamtsmitarbeitenden sehr häufig eine Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes, stechen jedoch nicht derart hervor, wie es die Hypothese impliziert.

Ein deutlicher Abfall der potenziellen Inanspruchnahmerate zeigt sich wie zu erwarten bei sozialen Faktoren, wie desolater Wohnsituation, dem Alter der Eltern und Erkrankungen, die sich primär lediglich auf die Eltern zu beziehen scheinen. Ackermann (2017) stellte in seiner Arbeit dar, wie unterschiedliche Berufsgruppen und ehrenamtliche Helfende unterschiedliche Foki aus ihrem jeweiligen Blickwinkel einbringen. Auch Schierer et al. (2022) betonen, dass nicht nur abgeschlossene Studiengänge Zugang zu Weiterbildungen im Kinderschutz ermöglichen, sondern dass die notwendigen Erfahrungen auch auf anderen Wegen nachgewiesen werden können. Ackermann (2017) beschreibt, dass das Alter der jeweiligen Kinder keinen Einfluss auf die Wahl der weiteren Hilfen hat, was durch die vorliegenden Ergebnisse zumindest bei den unter Dreijährigen angezweifelt werden kann und die Ergebnisse, dass unterschiedliche Berufsgruppen unterschiedliche Referenzpunkte für ihre

jeweiligen Beurteilungen nutzen, wird u.a. von Benbenishty und Chen (2003) bestätigt. In Anbetracht der vielfältigen Angebote, Fortbildungen und beteiligten Personen in den Angeboten der *Frühen Hilfen*, könnte es auch sein, dass in diesem Alter die Belastungen und Gefährdungen besonders gut bekannt sind und erkannt werden. Mannigfaltige Indikatoren einer potenziellen oder (höchst-)wahrscheinlichen Kindeswohlgefährdung induzieren die Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes durch die Jugendamtsmitarbeitenden, wobei offensichtliche und latente somatische Faktoren neben missgünstigen Umweltfaktoren im Kindesumfeld einen Großteil der in der Studie genannten Inanspruchnahmegründe subsumieren. Ackermann (2017) und Kotthaus (2010) stellten schon heraus, dass konkrete auslösende Faktoren jugendamtlichen Handelns im Kinderschutz (dort die Indikation zur Veranlassung einer Fremdunterbringung) einer Vielzahl von potenziellen Auslösern folgten, sodass das vorliegende Ergebnis diese Aussagen auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes stützt.

Insgesamt erscheinen die Ergebnisse noch sehr heterogen, teilweise (z.B. bei Aussagen, die das Alter der Kinder betreffen) sogar widersprüchlich. Es bedarf scheinbar einer spezifischen Erhebung von Faktoren, die eng auf den Medizinischen Kinderschutz fokussieren, um für Kinderschutzfälle, die diesen Bereich betreffen, vertiefende Aussagen zu treffen.

### **Diskussion zu Hypothese 13**

#### **Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten wird nicht als Zusammenarbeit auf Augenhöhe wahrgenommen.**

Bei der Diskussion der Frage der Begegnung auf Augenhöhe zeigen sich sehr heterogene Ergebnisse im vorliegenden Forschungsdesign. Unterschiedliche Ergebnisse in der quantitativen Erhebung führten dazu, dass die Frage ebenfalls in den qualitativen Interviews behandelt wurde. Der deutliche Schwerpunkt, der eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe in den vorliegenden Studienelementen verhinderte, war, dass die Mitarbeitenden der Jugendämter in Bezug auf Kompetenz und Hierarchie ein vorhandenes, konstruiertes oder unterstelltes Machtgefälle wahrnehmen bzw. befürchteten. Insbesondere

dann, wenn die Wahrnehmung vorhanden war, sie selbst würden als die *Erfüllungsgehilfen* der Medizin wahrgenommen, wurde dies deutlich als erschwerender Faktor für die Kooperationsprozesse hervorgehoben. Insbesondere in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen die Kooperationshemmnisse darin, dass bei deutlichen Unterschieden in Struktur, Handlungsauftrag und Konzept, dennoch große Überschneidungsbereiche vorliegen (Fegert & Schrapper, 2004). An dieser Schnittstelle scheinen besonders intensive Methoden und ggf. langfristige Prozesse notwendig, um diese Gemengelage gemeinsam analysieren und strukturieren zu können. Bei genauerer Analyse scheinen sich die Schwierigkeiten zwischen den Systemen häufig an der (Wahrnehmung der) Berufsgruppe der Ärzt:Innen zu kristallisieren. Zwischen der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen, insbesondere den Ärzt:Innen, werden im Bereich der *Frühen Hilfen* deutliche Asymmetrien, insbesondere den Ärzt:Innen gegenüber beschrieben (Sommer & Thissen, 2020). Da in der vorliegenden Erhebung auf die Gesundheitseinrichtungen in toto bzw. einzelne Gesundheitseinrichtungen (jedoch ohne Binnendifferenzierung auf einzelne Berufsgruppen) fokussiert wurde, lässt sich hierzu an dieser Stelle keine explizite Aussage treffen.

Die Hypothese kann bedingt verifiziert werden, weil die Ergebnisse in Bezug auf die Wahrnehmung der Arbeit auf Augenhöhe nicht eindeutig sind. Weniger als ein Viertel bestätigt uneingeschränkt, dass die Kooperation auf Augenhöhe stattfindet. Die skeptische Haltung zum aktuellen Stand des Medizinischen Kinderschutzes von Sommer und Thissen (2020), die Kooperationen in diesem Gebiet noch nicht auf Augenhöhe sehen, wird durch die hier erhobenen Daten deutlich gestützt. Die Dekonstruktion der hier wahrgenommenen Distanz bedarf weiterer Bearbeitung, wie Atzeni et al. (2017) bereits forderten. Die aktive Ausgestaltung gemeinsamer Verantwortung (Amme, 2015) ist ein ebenso wichtiges Element für die Praxis wie auch die Auseinandersetzung mit der Netzwerk- und Kooperationsdynamik. Da sich auf der Kooperationsebene der Hilfesysteme auch familiäre Gewaltdynamiken sehr oft spiegeln (Völkl-Kernstock & Kienbacher, 2016), bedarf es höchstwahrscheinlich neben den direkt beteiligten Organisationen auch Strukturen (wie



Netzwerkkoordinator:Innen, einem Konfliktmanagement in Kooperationen), die diesen bei massiven Konflikten und Verclinchungen unterstützend zur Seite stehen (u.a. Dreistein, 2001).

#### **Diskussion zu Hypothese 14**

#### **Das Wissen im Medizinischen Kinderschutz wird mehr durch Berufspraxis und / oder Kooperation beeinflusst als durch die Aus- und Fortbildung.**

Insgesamt lässt sich die Hypothese deutlich verifizieren und es bestätigt sich, dass der Einfluss der Dauer der Berufstätigkeit erheblich stärker als das Alter und die Einarbeitung / Ausbildung das Wissen über die Handlungslogiken, Abläufe und Arbeitsweisen der Kooperationspartner:Innen im Medizinischen Kinderschutz ist. Es gibt jedoch keinen rein proportionalen, aber einen von der Tendenz her deutlichen Zusammenhang.

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Ergebnisse, dass in Studium und Ausbildung die Themen Kinderschutz und insbesondere Medizinischer Kinderschutz aus Sicht der antwortenden Jugendamtsmitarbeitenden nicht ausreichend vertreten sind, ist dieses Ergebnis nicht verwunderlich. Bisher nicht vorhandene interdisziplinäre Lehrbücher (Böllert, 2017) und aktuell zunehmend ausdifferenzierte Studiengänge (Böllert, 2017; Böwer & Kotthaus, 2018), deren Absolventen jedoch erst nach und nach in den Jugendämtern ihren Dienst aufnehmen und wahrscheinlich erst in einigen Jahren auch verantwortlichere Positionen einnehmen, liefern erste Begründungsansätze. Folglich spielt der Faktor Zeit bei diesem Ergebnis eine wichtige Rolle. Es ist anzunehmen, dass in fünf bis zehn Jahren dieses Ergebnis bereits, aufgrund der bisher umgesetzten Veränderungen in der Ausbildung der Fachkräfte der Sozialen Arbeit, ein deutlich anderes Bild ergibt. Die Teilnehmenden der Erhebung waren im Durchschnitt bereits über 15 Jahre in Berufsfeldern der Sozialen Arbeit und ziemlich genau im Durchschnitt elf Jahre im Bereich des ASD berufstätig, so dass an dieser Stelle perspektivisch Befragungen von Berufseinsteiger:Innen validere Ergebnisse liefern würden. Die Idee einer altersgemischten Besetzung von ASD-Teams lässt sich neben den hier gewonnenen Erkenntnissen auch durch weitere Ergebnisse stützen. Wie von

Böwer (2012) in Bezug auf den erschwerten Umgang mit strukturellen Veränderungen lebensälterer Mitarbeitender und jüngeren Mitarbeitenden, die einen leichteren Zugang neuen (digital) Dokumentationssystemen haben erforscht, sind auch im Kinderschutz altersheterogene Teams ein großer Vorteil. Da Bahners (2020) zu dem Urteil kommt, dass der Medizinische Kinderschutz in der pädiatrischen Regelversorgung noch nicht angekommen ist, ist zu erwarten, dass auch im Gesundheitswesen eine stärkere Durchdringung stattfinden wird. Diese ist notwendig, um das Wissen um den Medizinischen Kinderschutz flächendeckend auszubreiten. Schmidt et al. (2020) sehen aufgrund des deutlichen Anstiegs der Prävalenz der Fälle, bei denen sich während des Abklärungsprozesses im Medizinischen Kinderschutz der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung erhärtet hat, einen dringenden Bedarf, ein großes Potenzial und eine hohe Notwendigkeit zusätzlicher Ressourcen. Strukturelle, inhaltliche sowie politische Ziele der Kinderschutzmedizin, konkret eine Verankerung in Aus- und Fortbildung, eine gesicherte Finanzierung, Netzwerkaufbau, rechtliche Absicherung im Bundeskinderschutzgesetz, stellen Schwier et al. (2019) als perspektivische Aufgaben dar, wodurch sie die Ergebnisse der hier vorliegenden Erhebung stützen.

### **6.1.3. Diskussion der Faktoren des Medizinischen Kinderschutzes**

#### **Diskussion zu Hypothese 15**

#### **Die Jugendamtsmitarbeitenden haben einen Wunsch / den Bedarf an Fortbildung und Qualifizierung im Medizinischen Kinderschutz.**

Knapp mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (52%) haben bereits Fort- bzw. Weiterbildungserfahrung im Medizinischen Kinderschutz. Die Ergebnisse beschreiben deutlich, dass die Jugendamtsmitarbeitenden sich (erneute) Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu Medizinischem Kinderschutz wünschen.

Das Anbieten von Fortbildungen wird von fast 90% der Teilnehmenden als Aufgabe des Medizinischen Kinderschutzes gesehen, sodass hier neben der beratenden Tätigkeit und der direkten Arbeit mit den betroffenen Kindern im

Rahmen von Diagnostik, Intervention und Früherkennung ein dritter Bereich des Tätigwerdens für den Medizinischen Kinderschutz identifiziert wird.

Diese Hypothese ist somit deutlich verifiziert. In der konkreten Umsetzung dieses Fortbildungswunsches sind allerdings die Ergebnisse aus Hypothese H13 zu berücksichtigen, die eine deutliche Machtasymmetrie, eine Bevormundung der Jugendamtsmitarbeitenden und kommunikative Störungen in der direkten Interaktion beschreiben. Wie Fortbildungen aussehen sollen, die auf Augenhöhe stattfinden und trotzdem einen Wissenszuwachs sicherstellen, wird sicherlich kontinuierlich Aufgabe aller Beteiligten sein, insbesondere da die Wissensvermittlung an Mitarbeitende der Jugendhilfe mit dem Inhalt, warum, aus welchem Grund und wie eine Einbeziehung des Gesundheitswesens sinnvoll sein kann, explizit eine Zielsetzung der Kinderschutzleitlinie ist (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019, S. 25).

### **Diskussion zu Hypothese16**

#### **Jugendämter sehen die Einrichtungen der Gesundheitsdienste im gesamten Kinderschutz-Fall nur partiell eingebunden.**

Kinderschutzfälle lassen sich als eine Abfolge von unterschiedlichen Teilprozessen beschreiben. Die Teilprozesse Prävention, Detektion von Kinderschutzfällen, Risiko- bzw. Gefährdungseinschätzung, (anonyme) Beratung, Erstellung von Schutz- und Hilfeplänen, Beratung und Installation angemessener Hilfen ebenso wie Rückmeldungen zu installierten Hilfen sind Schritte, die in den Kinderschutzfällen denkbar, sinnvoll und teilweise auch gesetzlich vorgegeben sind. Ein großer Teil der befragten Personen berichtet, bereits *oft* oder *sehr oft* gemeinsam mit Mitarbeitenden des Gesundheitswesens in Kinderschutzfällen agiert zu haben. Als deutlicher Schwerpunkt der Aufgabenzuschreibung der Jugendamtsmitarbeitenden lässt sich die Diagnostik identifizieren. Auch Kinder (2006) beschreibt, wie durch den ASD zur Beantwortung spezifischer Fragen oftmals medizinische Expertise hinzugezogen wird. Die Einschätzung von Winter (2020), dass alle

oben genannten Teilprozesse von der Prävention bis hin zur Beratung über angemessene weitere Hilfen grundsätzlich auch dem Medizinischen Kinderschutz zuzuordnen sind, bildet sich insbesondere in den Interviews nicht ab. Rabe (2022) betont insbesondere primär und sekundär präventive Möglichkeiten des Medizinischen Kinderschutzes u.a. in den Früherkennungsuntersuchungen. Auch Scheer (2018) ordnet den Kinderschutz in den Kliniken der sekundären Prävention zu, die ein Wiederauftreten verhindern soll.

Die vorliegende Studie beschreibt gut, dass bei konkreter Nachfrage bei den Mitarbeitenden des Jugendamtes alle Aufgaben des Medizinischen Kinderschutzes nach der Darstellung von Winter (2020) durch die Jugendamtsmitarbeitenden auch im Gesundheitswesen verortet waren. Insbesondere die Intervention wird deutlich geringer dem Medizinischen Kinderschutz als Aufgabe zugeschrieben. In den Interviews, in denen pauschal erfragt wurde, an welcher Stelle eines Kinderschutzfalles die Jugendamtsmitarbeitenden den Medizinischen Kinderschutz für hilfreich erachten, zeigte sich jedoch, dass initial häufig der Schwerpunkt in der Diagnostik und Beratung gesehen wurde und andere Aspekte des Medizinischen Kinderschutzes den Jugendamtsmitarbeitenden nicht präsent waren.

Der DKSB Unna (2014) sieht mindestens in der Erstellung von Schutzplänen und der Gefährdungseinschätzung massive Potenziale des Einbezugs medizinischer Einrichtungen. Als potenzielle Ressource bei der Auswahl von passenden Hilfen wird der Medizinische Kinderschutz durch die Jugendämter wenig betrachtet, wohingegen im Fallverstehen und dem Ziehen von Schlussfolgerungen deutliche Potenziale vermutet werden. Eine deutliche Profilierung des Medizinischen Kinderschutzes scheint somit noch nicht gelungen, wobei hier eher gemeint ist, dass die Jugendämter oftmals die Potenziale des Medizinischen Kinderschutzes (noch) nicht direkt für ihre Arbeit nutzen.

Es lässt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht umfassend beschreiben, ob Kinderschutzgespräche der Jugendamtsmitarbeitenden in der Regel in den medizinischen Einrichtungen oder an anderen Orten stattfinden. Einrichtungen des Gesundheitswesens scheinen jedoch eher Ort

solcher Gespräche zu sein. Auch ist zu bemerken, dass die Initiative gemeinsamer Gespräche sowohl von den Jugendamtsmitarbeitenden als auch von den Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtungen ausgeht. Ob hier individuelle und damit nicht klar gesteuerte Prozesse zu Grunde liegen oder ob diese Ergebnisse eine hohe Flexibilität und individuelle Fallbearbeitung beschreibt, lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht näher beschreiben. Bei dem Teil der Patient:Innen, die sich zum Zeitpunkt der Gespräche stationär in einer Klinik aufhielten, lässt sich dies wahrscheinlich allein durch die Anforderungen der Klinik (ggf. somatisch überwachungspflichtig, Notfallstrukturen vor Ort, Familie, Patient:In und medizinisches Personal vor Ort) erklären. Mit einer Ausweitung des Medizinischen Kinderschutzes auf weitere Elemente des Gesundheitswesens ist jedoch zu erwarten, dass auch einladende Strukturen der Jugendämter (bei Gesundheitsberufen ohne klassische Komm-Strukturen wie Hebammen, ambulante Therapeut:Innen etc.) zunehmend ein wichtiges Angebot für gemeinsame Gespräche darstellen können.

Schlussendlich lässt sich beschreiben, dass die Jugendämter den Medizinischen Kinderschutz in vielen Prozessschritten in Kinderschutzfällen als potenziell hilfreich sehen. In der gelebten Praxis jedoch reduziert sich die tatsächliche Inanspruchnahme durch den wahrscheinlicheren Einbezug bei bestimmten Fallmerkmalen oder bei strukturellen Merkmalen der Kommune, des Jugendamtes oder auch personeninhärenten Faktoren der Beteiligten.

Jugendamtsmitarbeitenden ist die Vielfalt der Potenziale des Einbezugs des Medizinischen Kinderschutzes teilweise nicht bekannt, bzw. diese Ressourcen werden nicht als solche wahrgenommen. Es ist anzunehmen, dass es einen deutlichen Unterschied gibt, welche Aspekte des Medizinischen Kinderschutzes aktiv bekannt sind (und somit auch nur genutzt werden können) und welchen Aspekten nach Nennung durch den Interviewer zugestimmt wird. Hier bedürfte es ggf. anderer Erhebungsinstrumente wie retrospektive Fallanalysen oder teilnehmende Beobachtungen, um zu beschreiben, welche Ressourcen tatsächlich eingebunden werden.

## **Diskussion zu Hypothese 17**

### **Kinderschutzstrukturen aus dem Gesundheitswesen sind im Jugendamt wenig bekannt und genutzt.**

Die Erhebung bei den Jugendamtsmitarbeitenden liefert Hinweise auf den Bekanntheitsgrad kommunaler und auch übergeordneter Strukturen des Kinderschutzes. Auf kommunaler Ebene sind den Mitarbeitenden der Jugendämter zumeist Ansprechpersonen im Kinderschutz in den Bereichen (Kinder- und Jugend-)Psychotherapie / Psychiatrie und Pädiatrie bekannt. Weitere hohe Bekanntheitsgrade erreichen diejenigen Einrichtungen, die in der Kommune in aller Regel eine einzige zentrale Anlaufstelle darstellen wie Gesundheitsämter. In denjenigen medizinischen Einrichtungen, die i.d.R. rund um die Geburt in Anspruch genommen werden, wie Hebammen / Entbindungspfleger und Geburtskliniken sowie der Erwachsenenpsychiatrie, gaben noch mehr als die Hälfte der Befragten an, dass Kinderschutz-Ansprechpersonen bekannt sind. Bei anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere im ambulanten Sektor (z.B. zahnärztliche Versorgung) gibt es deutlich weniger bekannte Ansprechpersonen. Wie sehr strukturelle Attribute der jeweiligen Kommune den Kinderschutz beeinflussen können, beschreibt Schäfer-Pichula (2020) exemplarisch an Kindertageseinrichtungen im ländlichen Raum.

Die Kinderschutzleitlinie benennt, dass die Mitarbeitenden der Jugendhilfe Adressat:Innen der Kinderschutzleitlinie der AWMF sind (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Obwohl bei der Erstellung der Kinderschutzleitlinie neben medizinischen Fachgesellschaften auch Fachgesellschaften der Jugendhilfe (u.a. Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.; Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe e.V.; Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter; Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaften e.V.; Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.; Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.;) beteiligt waren (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019), scheint die Existenz der Kinderschutzleitlinie (53%) sowie deren inhaltliche Kenntnisnahme (49%) in der Jugendhilfe noch wenig verbreitet. Dies wird durch die Ergebnisse der

qualitativen Studie gestützt: Die Leitlinie war in sechs Interviews unbekannt (davon eine Kommune, in der sich die Unit an *MeKids.best* beteiligt). Die verbleibenden fünf Jugendämter hatten alle über ihre Kommune einen Bezug zum Projekt *MeKidS.best*. In zwei Kommunen erinnerten sich die Interviewpartner:Innen an die Leitlinie, kannten jedoch keine Inhalte.

Die *Medizinische Kinderschutzhotline* wurde 2017 installiert und war somit bereits circa vier Jahre als Angebot vorhanden, wobei erst durch die Ausweitung des Projekts der Medizinischen Kinderschutzhotline am 01.01.2021 Fachkräfte der Jugendhilfe explizit angesprochen waren. Sie ist am Uniklinikum Ulm angesiedelt, steht jedoch bundesweit für Anfragen zur Verfügung (Berthold, 2019). Diese Möglichkeit wird nur von einem sehr geringen Teil der befragten Jugendamtsmitarbeitenden genutzt und scheint somit noch keinen Einzug in die regelhafte Bearbeitung von Kinderschutzfällen gefunden zu haben. Die Ergebnisse geben deutliche Hinweise darauf, dass sowohl die Kinderschutzleitlinie als auch die *Medizinische Kinderschutzhotline* in der Jugendhilfe die Ebene der Multiplikator:Innen noch nicht umfassend erreicht hat. Bei Beratungsanliegen stehen weiterhin pädiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken deutlich im Vordergrund.

Nach den unter Hypothese H15 beschriebenen Ergebnissen, die zeigt, dass grundsätzlich Fort- und Weiterbildung gewünscht wird und dem Ergebnis aus Hypothese H2 und H11, die eine partielle defizitäre Durchdringung in Bezug auf Wissen um die (anonyme) Beratung abbildet, ist dieses Ergebnis erwartbar gewesen. Davon ausgehend, dass die quantitative Erhebung circa zwei Jahre nach dem Erscheinen der Kinderschutzleitlinie erfolgt ist und dass die Teilnehmenden sich freiwillig für eine Erhebung zum Medizinischen Kinderschutz entschieden haben, wird ihnen somit zumindest ein grundlegendes Interesse am Thema unterstellt.

Es bleibt also die Frage, wie sektoren- und systemübergreifend Kinderschutzstrukturen aufgebaut, erhalten und weiterentwickelt werden können. Medizinischer Kinderschutz soll und darf sich nicht nur auf die *Frühen Hilfen* beziehen. Das sehr erfolgreiche Konzept der *Frühen Hilfen* stellt von der Schwangerschaft bis zum Alter von drei Jahren, umfassende sozialarbeiterische und medizinische Hilfen zur Verfügung, sorgt für deren

Vernetzung, Ausbau und Weiterentwicklung. Der Bericht zur Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (2015) beschreibt eine hohe Wirksamkeit bei Säuglingen der *Frühen Hilfen*. Rattay et al. (2014) belegen, dass abhängig vom Alter, mindestens 80% der Kinder und Jugendlichen innerhalb eines Jahres irgendeine pädiatrische Leistungen in Anspruch nehmen. Hier sind zwar jüngere Kinder überrepräsentiert, der Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen besteht weiterhin und könnte folglich im Kinderschutz genutzt werden. Qualitativ scheint die Bewertung detektierter Kinderschutzfälle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe größtenteils eine hohe Kongruenz zu haben, da der Medizinische Kinderschutz zu einem Großteil Kinderschutzfälle meldet, die nachfolgend durch die jeweiligen Jugendämter als Fälle von Kindeswohlgefährdung bewertet werden. Dies zeigt sich u.a. in einer Erhebung in Hamburg-Altona, bei der sich bei 98,5% der gemeldeten Kinderschutzfälle der Verdacht im Jugendamt erhärtete (Schmidt et al., 2020).

Aktuelle gesetzliche Entwicklungen stellen vermehrt die Bilateralität von Kooperationsbeziehungen im Medizinischen Kinderschutz in den Fokus. Moderne Sichtweisen argumentieren vermehrt in die Richtung, dass eine fachliche Einschätzung einer potenziellen Kindeswohlgefährdung und die daraus folgende Überleitung an das Jugendamt nicht das volle Potenzial der beteiligten Einrichtungen und damit die volle Wirkkraft für die Kinder- und Jugendlichen entwickeln kann. Ein erster Schritt ist die verbindliche Rückmeldung bzw. Einbeziehung bei der Gefährdungseinschätzung der meldenden Institution durch das Jugendamt nach erfolgten Meldungen gemäß des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz, welche im SGB 8 bzw. KKG seit 2021 beschrieben sind. Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung im Gesundheitswesen nicht synchron verläuft, da Suchert (2020) anmerkt, dass der Medizinische Kinderschutz, aufgrund längerer Tradition und eines oftmals distanzierteren Verhältnisses zwischen Patient:Innen und Mitarbeitenden in Kliniken stärker verbreitet ist als in Praxen.

#### **6.1.4. Kurzzusammenfassung der Ergebnisse**

Die Forschungsfrage nach den strukturellen und prozessualen Faktoren der Inanspruchnahme des Medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche



Jugendhilfe konnte mit den vorliegenden Ergebnissen in einzelnen Schritten beantwortet werden. In der einleitenden Frage der quantitativen Erhebung gaben 92% der Befragten an, dass ihnen die Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen *sehr wichtig* ist. Eine grundsätzliche Offenheit für die Themen der Erhebungen und ein Interesse an positiver Kooperation ist somit vorauszusetzen.

Betrachtet wurden die basalen Strukturen, die notwendig sind, um eine Inanspruchnahme überhaupt zu ermöglichen. Allem voranzustellen ist an dieser Stelle, dass die Jugendamtsmitarbeitenden ein hohes Interesse an Fort- und Weiterbildung im Medizinischen Kinderschutz haben (Hypothese 15) und die so aufgebauten Kontakte auch für ihre Kolleg:Innen einsetzen, wenngleich eine strukturelle Sicherung des Wissens, um den Medizinischen Kinderschutz in den Jugendämtern noch nicht in der Fläche zu verzeichnen ist (Hypothese 6).

Die grundsätzliche persönliche Einstellung der Jugendamtsmitarbeitenden zu Kooperationen hat dabei wenig Einfluss auf die faktische Umsetzung der Kooperationshandlungen (Hypothese 8). Das Wissen um Strukturen des Medizinischen Kinderschutzes in den untersuchten Jugendämtern war sehr heterogen und die Angebote des Medizinischen Kinderschutzes in vielen Jugendämtern sind nicht bekannt oder werden nicht genutzt (Hypothese 17).

Stabstellen für Kinderschutz und Führungskräften fällt bei der Vermittlung von Wissen eine wichtige Funktion zu, da diese über mehr Wissen und Kontakte zum Medizinischen Kinderschutz verfügen (Hypothese 4). Hierbei scheinen trotz leichter Unterschiede alle Jugendämter unabhängig von kommunalen Strukturen ähnlich betroffen. Jugendämter mit einer großen Mitarbeitendenzahl haben Vorteile in Bezug auf bestehende tragende Strukturen (Hypothese 1). In den Kommunen mit stärker ausgebauter Kinderschutz-Netzwerkstruktur wird der Medizinische Kinderschutz mehr in Beratungsabläufe der Jugendämter integriert (Hypothese 3).

Der Einfluss von Ausbildung und Einarbeitung bei der Erarbeitung von Wissen um Einrichtungen und Strukturen des Medizinischen Kinderschutzes ist aktuell geringer als der Einfluss der Berufserfahrung (Hypothese 14).

Bei der Bearbeitung von Kinderschutzfällen sehen sich die Jugendamtsmitarbeitenden unter einem besonderen Druck und sehen sich hauptsächlich in der Verantwortung, wobei sich ein Großteil eine geregelte Verantwortungsgemeinschaft mit anderen Institutionen wünscht (Hypothese 9). Den Auftrag zur Kooperation als originären Bestandteil ihrer Tätigkeit empfinden die Jugendamtsmitarbeitenden stark und beschreiben, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens aus ihrer Wahrnehmung sich diese Aufgabe, deutlich weniger zuschreiben (Hypothese 7).

(Anonyme) Beratungsanfragen erfolgen zwischen den beiden Systemen noch wenig, obwohl die Strukturen aufgebaut sind. Eine Inanspruchnahme erfolgt jedoch aktuell noch nicht in der Breite der Jugendämter (Hypothese 2 und Hypothese 11). Grundsätzlich sind die Mitarbeitenden der Jugendämter für ein breites Spektrum möglicher Inanspruchnahmeauslöser für den Medizinischen Kinderschutz sensibilisiert (Hypothese 12), wobei den Einrichtungen des Gesundheitswesens in der konkreten Bearbeitung von Kinderschutzfällen oftmals lediglich ein diagnostischer Part zugeschrieben wird und hier Potenziale des Medizinischen Kinderschutzes noch unbekannt sind (Hypothese 16).

Aus Richtung des Medizinischen Kinderschutzes melden Mitarbeitende des Gesundheitswesens Kindeswohlgefährdende Situationen, die sich von anderen Melder:Innengruppen unterscheiden. Der deutliche Schwerpunkt bezüglich der Art der potenziellen Kindeswohlgefährdung liegt auf Vernachlässigungen (Hypothese 5). Nach dem Eingang oder der Bearbeitung einer Kindeswohlgefährdungsmeldung geben die Jugendämter selten und noch seltener strukturell getragene Rückmeldungen an die meldenden Einrichtungen des Gesundheitswesens (Hypothese 10).

## 6.2. Diskussion des Forschungsdesigns

Der Einsatz eines gemischtmethodischen Forschungsdesigns mit quantitativer Fragebogenerhebung und qualitativen leitfadengestützten Interviews erwies sich als geeignetes Medium, um die Forschungsfrage zu bearbeiten. Die teilnehmenden Personen wurden angeregt über ihre persönlichen und die jeweiligen organisationsbezogenen Faktoren zu berichten. Da vielfach die persönliche Meinung der befragten Person und keine objektiv ableitbaren Werte gefragt waren, zeigt dieses Forschungsdesign deutliche Vorteile z.B. gegenüber einer teilnehmenden Beobachtung. Eine Ausbreitung der Befragungssituation wie durch Gruppendiskussionen, könnte sinnvoll sein, um die Strukturen durch die Experten im Dialog zu beschreiben zu lassen und das Thema zu vertiefen. Der Rücklauf der quantitativen Erhebung lässt keine repräsentativen Aussagen zu, erlaubt jedoch einen Überblick über inhaltliche Strömungen, beschreibt sowohl heterogene als auch homogene Ergebnisse und zeigt daher, dass ein differenziertes Antwortverhalten möglich war. Teilweise konnten Ergebnisse der qualitativen Erhebung auch quantitativ ausgewertet werden (z.B. die Kenntnis um die Kinderschutzleitlinie), wodurch final zu konstatieren ist, dass sowohl die Ergebnisse in der Breite durch die Fragebogenerhebung als auch die Ergebnisse in der Tiefe durch gezielte Gesprächsimpulse und Fragestellungen eine umfassende Betrachtung ermöglichen. Der Einsatz leitfadengestützter Interviews erwies sich als geeignetes Medium, um die Forschungsfrage multiperspektivisch zu beantworten. Die interviewten Personen wurden angeregt über ihre persönlichen aber auch über organisationsbezogene Faktoren zu berichten. Da vielfach die persönliche Meinung der interviewten Person und keine objektiv ableitbaren Werte gefragt waren, zeigt diese Erhebungsform deutliche Vorteile z.B. gegenüber einer teilnehmenden Beobachtung.

## 6.3. Limitationen

Die Studie unterliegt sowohl inhaltlichen und methodischen Limitationen. Zur Einordnung der Studienergebnisse und um zukünftige Forschung anzuregen, bedarf es an dieser Stelle einer Auslistung der identifizierten Limitationen:

- Die Studie ist nicht repräsentativ.
- Die Aufteilung der Untersuchungsgruppen in fallbearbeitende und kinderschutzbeauftragte Fachkräfte ist nur bedingt zu nutzen, da oftmals Überschneidungen oder frühere Tätigkeiten in anderen Bereichen ebenfalls einfließen können.
- Strukturelle Fragestellungen werden aus der Grundgesamtheit bei denjenigen Personen ausgewertet, die als einzige Person bzw. als erste Person des jeweiligen Jugendamtes geantwortet haben.
- Aussagen zu objektiv überprüfbaren Angaben werden rein auf der Basis der Teilnehmendenantworten ausgewertet und nicht zusätzlich überprüft, z.B. durch Recherche auf den Internetseiten.
- Bei der Interpretation von Cramers V wird nach Akoglu (2018) derart bewertet, dass ab .25 ein starker Zusammenhang als bestätigt angenommen wird. In der vorliegenden Arbeit wurden jedoch aufgrund der Vielzahl von Ergebnissen, die diese Marke erreichten, auch andere Einschlusskriterien genutzt.
- Aufgrund des höchstwahrscheinlich anzunehmenden großen Dunkelfeldes können sich die vorliegenden Daten und Einschätzungen nur auf das (vermutlich kleine) Hellfeld in Kinderschutzfällen beziehen.
- Die Studie wurde zur Zeit der Covid-19-Pandemie durchgeführt, was anschließend noch genauer betrachtet wird.
- Zum Zeitpunkt der Erstellung des Prüfplans und der Forschungshypothesen war der Projektabschluss des Projekts *MeKidS.best* auf denselben Zeitraum terminiert, wie die Beendigung des vorliegenden Forschungsprojektes. Durch die Verlängerung von *MeKidS.best* um sechs Monate und die damit einhergehende spätere vorliegende Evaluation, wurden einzelne Hypothesen in der Kontrastierung zu *MeKidS.best* verworfen, da die notwendigen Referenzwerte des Projektes noch nicht zur Verfügung gestellt werden konnten.

#### 6.4. Kinderschutz und die Corona-Pandemie

Bei einer Dissertation, die 2020 begonnen und 2023 beendet wird, kommt der Autor nicht umhin, zum Thema der Corona-Pandemie einzelne Einflussfaktoren sowohl auf die Erhebung als auch auf den Gegenstand der Forschung zu erwähnen, die insgesamt als große Herausforderung für alle Beteiligten beschrieben werden (Jentsch & Schnock, 2020).

In einer bundesweiten Befragung der Jugendämter wurde deutlich, dass insbesondere in der internen, aber auch externen Kommunikation große Herausforderungen liegen. Wichtige Austauschprozesse würden erschwert und die digitale Kommunikation erschwerte es, den Fachkräften ein für sie stimmiges Bild in komplexen Fällen zu erhalten, was durch ausfallende Reflexionsprozesse innerhalb der Jugendämter verstärkt würde (Meyer, Klomann & Alsago, 2022). Erschwerend kommt hinzu, dass im Vergleich zu 2018 im Jahr 2020 durchschnittlich ebenso viele Gefährdungseinschätzungen zu leisten waren (Pothmann & Mühlmann, 2020). Neben dem Einfluss auf die Arbeitsbelastung der Jugendamtsmitarbeitenden ist dieser Effekt inhaltlich kritisch zu sehen. In den Jugendämtern steigen die Fallzahlen an und die Geh-Struktur, die das Jugendamt auffordert, vor Ort präsent und aufsuchend aktiv zu sein, konnte oftmals nicht aufrechterhalten werden (Beckmann, 2014). Der Statistik folgend hätte es prognostisch deutlich mehr Kinderschutzfälle geben müssen und durch die besonderen Belastungen der Familien ist zu befürchten, dass in den Jugendämtern, in denen die Zahlen nicht gestiegen sind, vermutlich deutlich mehr Gefährdungen nicht entdeckt und somit auch nicht gemindert wurden. Veränderungen auf das Alter der Betroffenen oder die Meldenden wurden erstaunlicherweise (da viele Einrichtungen geschlossen waren und sich die Kontakte in allen Bereichen verändert haben) nicht verzeichnet, ebenso wenig ein *Nachholeffekt* nach der Wiedereröffnung der Einrichtungen (Pothmann & Mühlmann, 2020). Als positiver Effekt des Umgangs mit der pandemischen Lage lässt sich sicherlich die Ausweitung alternativer Beratungsformen und Informationswege, die teilweise als lange überfällig beschrieben werden, konstatieren (Jentsch & Schnock, 2020). Trotzdem kommen Jentsch und Schnock (2020) zu der Conclusio, sowohl der

präventive als auch der intervenierende Kinderschutz habe nicht durchgängig sichergestellt werden können. Kinder und Jugendliche waren einem erhöhten Risiko für Misshandlung und Vernachlässigung ausgesetzt und die Behörden waren eingeschränkt handlungsfähig.

Heimann et al. beschäftigten sich bereits 2021 mit der Frage des Kinderschutzes während der Corona-Pandemie und beschrieben, dass die Fallzahlen im Medizinischen Kinderschutz während des Lockdowns deutlich sanken. Sie befürchten einen Anstieg des Dunkelfeldes im Kinderschutz. Eine umfassende Validierung dieser Hypothese erscheint aktuell noch nicht möglich, jedoch deuten mehrere Faktoren darauf hin, dass die Corona-Pandemie mit ihren sozialen Auswirkungen wie räumliche Isolation, fehlende Außenkontakte zu Vertrauenspersonen in Schule und Jugendarbeit, angespannte finanzielle Situation, Leben auf engem Raum, temporäre Schließung oder Änderung der Inanspruchnahmestruktur bei Beratungs- und Hilfeangeboten die Entwicklung des Kinderschutzes nachhaltig negativ beeinflusst hat. Das Forschungsvorhaben wurde insoweit direkt beeinflusst, als dass die Jugendämter sowohl vor ungeahnten Herausforderungen (wie Online-Beratung, massiven Hygieneanforderungen, neuen Ängsten, Quarantäneverordnungen, Ausgangssperren, Einrichtungsschließungen etc.) konfrontiert waren, Mitarbeitende maximal belastet waren, oft und lange Ausfallzeiten hatten und insgesamt eine große Verunsicherung bei nahezu allen Personen herrschte. Die Fragebogenerhebung und die Interviews mussten daher aus der Distanz lösbar sein, es kam zu zeitlichen Verschiebungen und unvorhergesehenen Arbeitsbelastungen. Es ist anzunehmen, dass ohne diese Herausforderungen und mit mehr (Präsenz-) Veranstaltungen, bei denen für das Forschungsvorhaben geworben werden hätte können, die Beteiligung noch deutlich höher gewesen wäre. Unter Pandemiebedingungen sind folglich weitere Limitationen und Anpassungen erwähnenswert, eine grundsätzliche Einschränkung der Nutzbarkeit der vorstehenden Ergebnisse wird jedoch nicht gesehen, insbesondere da der Medizinische Kinderschutz auch ohne die Pandemie eine hochdynamische Entwicklung genommen hat, was auch perspektivisch zu erwarten ist.



# Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 ANZAHL DER VERFAHREN ZUR EINSCHÄTZUNG EINER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG 2012 - 2021	21
ABBILDUNG 2 FORSCHUNGSDESIGN – QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG	123
ABBILDUNG 3 MEDIZIN UND (MEDIZINISCHER) KINDERSCHUTZ IN AUSBILDUNG / STUDIUM (N=66)	144
ABBILDUNG 4 EINARBEITUNG IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ UND IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN (N=66)	145
ABBILDUNG 5 ANSPRECHPERSONEN IM KINDERSCHUTZ IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN (N=66)	146
ABBILDUNG 6 VORLIEGENDE KONTAKTDATEN VON ANSPRECHPERSONEN IM GESUNDHEITSWESEN (N=66)	147
ABBILDUNG 7 KONTAKTAUFBAU UND -NUTZUNG (N=66)	147
ABBILDUNG 8 ART DER KOMMUNE	148
ABBILDUNG 9 ANZAHL DER MITARBEITENDEN IM ASD	149
ABBILDUNG 10 INFORMATIONSMITTEL ZUM KINDERSCHUTZ (N=38)	149
ABBILDUNG 11 STRUKTUREN DER (ANONYMEN) BERATUNG (N=38)	150
ABBILDUNG 12 RÜCKMELDUNGEN ZU GEFÄHRDUNGSMELDUNG UND FALLVERLAUF (N=66)	150
ABBILDUNG 13 RÜCKMELDEWEGE (N=66)	151
ABBILDUNG 14 MELDUNGEN NACH § 8A SGB 8 AUS BERUFSGRUPPEN / EINRICHTUNGEN	153
ABBILDUNG 15 WISSEN UM ANONYME BERATUNGSMÖGLICHKEIT (N=66)	154
ABBILDUNG 16 VORKOMMEN VON (ANONYMER) BERATUNG DES GESUNDHEITSWESENS (N=66)	155
ABBILDUNG 17 BETEILIGUNG DER JUGENDAMTSMITARBEITENDEN AN GESPRÄCHEN IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN	156
ABBILDUNG 18 GEMEINSAME GESPRÄCHE IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN IM KINDERSCHUTZ (NUR ASD MITARBEITENDE)	156
ABBILDUNG 19 SCHRIFTLICHE VORGABEN / REGELUNGEN ZUR EINBEZIEHUNG MEDIZINISCHER EINRICHTUNGEN (N=66)	159
ABBILDUNG 20 STRUKTUR UND BETEILIGUNG IN KINDERSCHUTZNETZWERKEN	160
ABBILDUNG 21 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM LOKALEN KINDERSCHUTZ-NETZWERK (N=27)	161
ABBILDUNG 22 INHALTE DER NETZWERKTREFFEN	162
ABBILDUNG 23 DURCH JUGENDAMTSMITARBEITENDE WAHRGENOMMENE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN DURCH DEN MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ (N=66)	163
ABBILDUNG 24 AUFGABENZUSCHREIBUNG DURCH DAS JUGENDAMT (N=66)	163
ABBILDUNG 25 WEITERE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEIT DURCH MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN NACH ERFOLGTER MELDUNG (N=66)	164
ABBILDUNG 26 WAHRNEHMUNG ANONYMER BERATUNG IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN (N=66)	165
ABBILDUNG 27 ADRESSAT:INNEN IM GESUNDHEITSWESEN FÜR (ANONYME) BERATUNGSANFRAGEN (N=66)	166
ABBILDUNG 28 WICHTIGE BERATUNGS AUSLÖSENDE MERKMALE IM KINDERSCHUTZ (N=66)	167
ABBILDUNG 29 FALLBEZOGENER EINBEZUG DES GESUNDHEITSWESENS IN DIE BERATUNG DER KINDERSCHUTZFÄLLE (N=66)	168
ABBILDUNG 30 FALLBEZOGENER EINBEZUG DES GESUNDHEITSWESENS IN ENTSCHEIDUNGEN IN KINDERSCHUTZFÄLLEN (N=66)	169
ABBILDUNG 31 FACHSPRACHE UND BERICHTEN (N=66)	170
ABBILDUNG 32 ZUFRIEDENHEIT IN KINDERSCHUTZFÄLLEN MIT BETEILIGUNG MEDIZINISCHER EINRICHTUNGEN (N=66)	171
ABBILDUNG 33 BESCHWERDEN (N=66)	172
ABBILDUNG 34 INTERAKTIONSQUALITÄT IN KINDERSCHUTZANGELEGENHEITEN IM GESUNDHEITSWESEN (N=66)	173
ABBILDUNG 35 HANDLUNGSSCHNELLIGKEIT IN KINDERSCHUTZFÄLLEN (N=66)	174
ABBILDUNG 36 BEWERTUNG DER ZUSAMMENARBEIT IN KINDERSCHUTZFÄLLEN MIT MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN	175
ABBILDUNG 37 BEKANNTHEIT UND NUTZUNG KINDERSCHUTZLEITLINIE (N=66)	176
ABBILDUNG 38 GEFÜHLTES GEGENSEITIGES WISSEN UM DIE KOOPERATIONSPARTNER:INNEN (N=66)	177
ABBILDUNG 39 FORT- UND WEITERBILDUNGEN ZU MEDIZINISCHEM KINDERSCHUTZ (N=66)	178
ABBILDUNG 40 KENNTNIS UND NUTZUNG DER MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZHOTLINE (N=66)	178
ABBILDUNG 41 VERANTWORTUNG IN DER WAHRNEHMUNG DER JUGENDAMTSMITARBEITENDEN (N=66)	180
ABBILDUNG 42 SCHWEIGEPFLICHT DER MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN AUS SICHT DER JUGENDAMTSMITARBEITENDEN (N=66)	181
ABBILDUNG 43 ÜBERGRIFFIGE ENTSCHEIDUNGEN ODER KOOPERATION AUF AUGENHÖHE (N=66)	182
ABBILDUNG 44 GESETZLICHE REGELUNG EINER GEMEINSAMEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG (N=66)	183
ABBILDUNG 45 AUSSAGEN ZUR KOOPERATION (N=66)	184
ABBILDUNG 46 EFFEKTE BEI DER BETEILIGUNG VON JUGENDHILFE UND MEDIZINISCHER EINRICHTUNG IN KINDERSCHUTZFÄLLEN (N=66)	185
ABBILDUNG 47 KENNTNIS ÜBER SCHRIFTLICHE KOOPERATIONSABSPRACHEN NACH FUNKTION IM JUGENDAMT	197
ABBILDUNG 48 PROZENTUALE ART DER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG AN DEN JEWEILIGEN GESAMTMELDUNGEN DER EINZELNEN MELDEGRUPPEN	198



ABBILDUNG 49 KONTAKTAUFBAU UND -NUTZUNG	200
ABBILDUNG 50 EINSTELLUNG UND WAHRNEHMUNG ZU KOOPERATIONS- UND NETZWERKARBEIT ALS ORIGINÄRE AUFGABE	202
ABBILDUNG 51 VERANTWORTUNG IN KINDERSCHUTZFÄLLEN	206
ABBILDUNG 52 INTERN UND EXTERN GEÄUßERTE BESCHWERDEN (N=66)	207
ABBILDUNG 53 AUSSCHLAGGEBENDE FAKTOREN FÜR DIE KONTAKTAUFNAHME ZUM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ	218
ABBILDUNG 54 KOOPERATIONSVERLAUF AUF AUGENHÖHE	224
ABBILDUNG 55 WISSEN UM DIE KOOPERATIONSPARTNER:INNEN (N=66)	229
ABBILDUNG 56 FORT- UND WEITERBILDUNGEN IM MEDIZINISCHEM KINDERSCHUTZ (N=66)	232
ABBILDUNG 57 AUFGABENZUSCHREIBUNG RICHTUNG DES MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZES (N=66)	232
ABBILDUNG 58 ORGANISATION UND VERORTUNG GEMEINSAMER GESPRÄCHE (N=66)	233
ABBILDUNG 59 AUSWIRKUNG DES MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZES AUF DIE KONKRETE ARBEIT IM JUGENDAMT (N=66)	235
ABBILDUNG 60 PRAKTISCHER EINBEZUG DES GESUNDHEITSWESENS IN KINDERSCHUTZFÄLLEN (N=66)	236
ABBILDUNG 61 GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGEN IM KINDERSCHUTZ: WUNSCH UND REALITÄT (N=66)	237
ABBILDUNG 62 UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN DURCH DEN MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ (AUS DEN INTERVIEWS) (N=11)	237
ABBILDUNG 63 HÄUFIGKEIT DER GENANNTE DIAGNOSTIKBEREICHE IN DEN INTERVIEWS (N=11)	239
ABBILDUNG 64 RANKING (POTENZIELLER) BERATUNGSANFRAGEN	242
ABBILDUNG 65 DURCHDRINGUNG DER KINDERSCHUTZLEITLINIE (N=66)	243

## Literaturverzeichnis

- Ackermann, T. (2017). *Über das Kindeswohl entscheiden: Eine ethnographische Studie zur Fallarbeit im Jugendamt*. transcript - Verlag.
- Ackermann, T. (2020). Digitalisierung in der Kinder- und Jugendhilfe und im Kinderschutz: Von Risikoeinschätzungsbögen über Fallbearbeitungssoftware bis zu Big Data. *Soziale Passagen*, 12(1), 171–177.  
<https://doi.org/10.1007/s12592-020-00345-2>
- Ader, S. & Klein, M. (2011). Die organisierte Verantwortungslosigkeit. *Sozial Extra*, 35(5–6), 24–28. <https://doi.org/10.1007/s12054-011-0206-9>
- AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2020). *AFET-Stellungnahme zum Referentenentwurf des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG)*. AFET e.V. [https://afet-ev.de/assets/themenplattform/2020-10-26\\_AFET-Stellungnahme-Ref.-E-KJSG.pdf](https://afet-ev.de/assets/themenplattform/2020-10-26_AFET-Stellungnahme-Ref.-E-KJSG.pdf)
- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91–93.  
<https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Albrecht, M., Lattwein, S. & Urban-Stahl, U. (2016). Interdisziplinäre Kooperation im Kinderschutz. *Sozial Extra*, 40(5), 53–56. <https://doi.org/10.1007/s12054-016-0092-2>
- Althoff, M., Jordan, E. & Lukasczyk, P. (2012). *Qualitätsmerkmale für einen wirkungsorientierten Kinderschutz kommunaler Jugendämter*. ISA – Institut für soziale Arbeit. [https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA\\_Muenster/Dokumente/Bericht\\_QM\\_Kinderschutz\\_Endfassung.pdf](https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA_Muenster/Dokumente/Bericht_QM_Kinderschutz_Endfassung.pdf)
- Althoff, M. (2012). Fallanalysen im Kinderschutz. Eine reflexionsbezogene Methode zur Erkennung von Risikomustern in Kinderschutzfällen. *unsere jugend*, 64(7+8), 302–311. <https://doi.org/10.2378/uj2012.art28d>

- Amme, C. (2015). *Kinderschutznetzwerk: Was benötigt es an Kooperation im Verhältnis Jugendhilfe und Medizin bezogen auf § 8a/§ 8* [Vorlesungsfolien]. Dgfp. [https://www.dgfp.de/tl\\_files/pdf/Fachtagungen%202015/2015-09-28\\_DGfPI\\_Einladung\\_Bundestagung\\_2015\\_web.pdf](https://www.dgfp.de/tl_files/pdf/Fachtagungen%202015/2015-09-28_DGfPI_Einladung_Bundestagung_2015_web.pdf)
- Deutsches Institut für Urbanistik (2009). Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in Deutschland. Difu. <https://repository.difu.de/jspui/bitstream/difu/182234/1/DR16731.pdf>
- Deutsches Institut für Urbanistik. (2016). *Praxistest erfolgreich bestanden? Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes*. Difu. <https://difu.de/publikationen/2016/praxistest-erfolgreich-bestanden-evaluation-des-bundeskinderschutzgesetzes>
- Armbruster, M. M. & Bartels, V. (2005). Kooperation der verschiedenen Dienste bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. 405–417. Hogrefe Verlag.
- Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P., Académie suisse des sciences humaines et sociales & Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMS*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Haus der Akademien. [https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie\\_samw\\_interprofessionalitaet\\_2017.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_interprofessionalitaet_2017.pdf)
- Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (2021). *Kinder- und Jugendhilfereport Extra 2021. Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse*. Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund. [http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user\\_upload/Kinder-\\_und\\_Jugendhilfereport\\_Extra\\_2021\\_AKJStat.pdf](http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/Kinder-_und_Jugendhilfereport_Extra_2021_AKJStat.pdf)

Averbeck, B., Caby, F., Hermans, B. E. & Röhrbein, A. (2023 im Druck).

*Kooperation im Kinderschutz. Handbuch für eine systemische Praxis.*

Vandenhoeck & Ruprecht.

Averbeck, B. & Hermans, B. E. (2010). Kinderschutz - Kooperation und

Konfliktmanagement. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*,

59(9), 744–753. <https://doi.org/10.13109/prkk.2010.59.9.744>

BAG ASD (Bundesarbeitsgemeinschaft Allgemeiner Sozialer Dienst) (2020).

*Stellungnahme der BAG ASD zum Referentenentwurf „Gesetz zur Stärkung*

*von Kindern und Jugendlichen“.* Bag-Asd. <https://www.bag->

[asd.de/stellungnahme-der-bag-asd-zum-referentenentwurf-der-sgb-viii-](https://www.bag-)

[reform/](https://www.bag-)

Bahners, R. (2020). *Beim Kinderschutz gespart: Zur Kooperation zwischen*

*Pädiatern und Jugendämtern.* Medical Tribune. <https://www.medical->

[tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/beim-](https://www.medical-)

[kinderschutz-gespart-zur-kooperation-zwischen-paediatern-und-](https://www.medical-)

[jugendaemtern/](https://www.medical-)

Bange, D. (2019). Sexualisierte Gewalt und die Jugendämter. *Kinder- und*

*Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 2/2019, 64–69. <https://www.kjug->

[zeitschrift.de/de/Artikel/5852](https://www.kjug-)

Bange, D. (2020). Kinder mit Behinderungen und Kinderschutz – Ein

vernachlässigtes Thema. *Forum Erziehungshilfen*, 3(3/2020), 178–184.

<https://doi.org/10.3262/FOE2003178>

Barth, M. (2022). *Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung in der frühen*

*Kindheit aus medizinischer und psychosozialer Perspektive. Expertise.*

*Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 10.*

<https://doi.org/10.17623/NZFH:QE-GAfK-E>

- Bathke, S. A., Bücken, M. & Fiegenbaum, D. (2018). *Praxisbuch Kinderschutz interdisziplinär. Wie die Kooperation von Schule und Jugendhilfe gelingen kann*. Springer.
- Baur, N. & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer.
- Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (2017). Mixed Methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(S2), 1–37. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0450-5>
- Becker, U., Fuhrmann, G. & Gerhard, M. (2020). Interventionen bei sexueller Gewalt. Eine Handlungsorientierung für den Allgemeinen Sozialen Dienst. *unsere jugend*, 72(6), 257–264. <https://doi.org/10.2378/uj2020.art41d>
- Beckmann, K. (2014). *Kinderschutz in öffentlicher Verantwortung: Eine Verlaufsstudie von 346 Werdegängen im Kontext kommunaler Sozial- und Haushaltspolitik*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wochenschau Verlag.
- Beckmann, K. (2019). Berufliche Realität im ASD: Die Herausforderung sozialpädagogischer Arbeit heute. In Körner, W. & Hörmann, G. (Hrsg.). *Staatliche Kindeswohlgefährdung?* 102–118. Beltz.
- Beckmann, K., Ehling, T. & Klaes, S. (2018). *Berufliche Realität im Jugendamt: Der ASD in strukturellen Zwängen (J 16)*. 2., korrigierte Auflage. Lambertus.
- Benbenishty R. & Chen W. (2003). Decision making by the child protection team of a medical center. *Health & Social Work*. 284–292. <https://doi.org/10.1093/hsw/28.4.284>.
- Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., López, M., Devaney, J., Spratt, T. & Koopmans, C. (2015). Decision making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare

attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 49, 63–75.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015>

Bernhard, M. K., Kiess, W. & Nickel, P. (2015). Kinderschutz. *Kinder- und Jugendmedizin*, 15(06), 395–395. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1629295>

Berthold, O. (2019). Wie reagiert das Gesundheitswesen auf gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung? *Lernen und Lernstörungen*, 8(2), 95–101. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000256>

Berthold, O. & Clemens, V. (2020). *Gewichtige Anhaltspunkte in Zeiten der Pandemie in Beratungsanliegen* [Vorlesungsfolien]. Kinderschutzhotline. [https://kinderschutzhotline.de/pluginfile.php/263/mod\\_label/intro/Dateien%20zum%20Herunterladen/2\\_fachtagung\\_12\\_08\\_20/03\\_Clemens-Berthold.pdf](https://kinderschutzhotline.de/pluginfile.php/263/mod_label/intro/Dateien%20zum%20Herunterladen/2_fachtagung_12_08_20/03_Clemens-Berthold.pdf)

Berthold, O., Fegert, J. M., Kölch, M., von Moers, A. & von Aster, M. (2019a). Kinderschutz: verschiedene Professionen, ähnliche Probleme. *Lernen und Lernstörungen*, 8(2), 73–75. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000254>

Berthold, O., Hoffmann, U., Clemens, V., Witt, A. & Fegert, J. M. (2019b). Kinderschutz im Gesundheitswesen verbessern: Fachberatung, Weiterbildung und Forschung am Beispiel des misshandlungsbedingten Kopftraumas. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62(8), 960–969. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02982-2>

Bertsch, B. & Seckinger, M. (2016). Kooperation im Sinne des Kinderschutzes. Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation des BKiSchG. *unsere jugend*, 68(7+8), 307–315. <https://doi.org/10.2378/uj2016.art43d>

Betz, T., Bollig, S., Joos, M. & Neumann, S. (2018). *Gute Kindheit: Wohlbefinden, Kindeswohl und Ungleichheit (Kindheiten)*. Beltz Juventa.

Beushausen, J. & Caby, A. (2012). Soziale Arbeit in der ärztlichen Praxis. Optimierung der ärztlichen Versorgung. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 2 / 2012, 125–131. Beltz.

- Biere, A. & Rätz, R. (2019). Warum es sich lohnt, im ASD zu arbeiten. *Sozial Extra*, 43(5), 345–350. <https://doi.org/10.1007/s12054-019-00215-z>
- Biesel, K. & Urban-Stahl, U. (2018). *Lehrbuch Kinderschutz (Studienmodule Soziale Arbeit)*. Beltz Juventa.
- Biesel, K. & Schrapper C. (2018). Das Jugendamt der Zukunft. Zentrale für gelingendes Aufwachsen oder Kinderschutzamt? In: Böwer, M. & Kotthaus, J. (Hrsg.). *Praxisbuch Kinderschutz: Professionelle Herausforderungen bewältigen*. 421–448. Beltz Juventa.
- Birkner, E. & Lippmann, C. (2018). ASD – Kommunale Herausforderungen, Lösungsansätze und Verantwortung. Ein Praxisbeitrag aus dem Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden. *unsere jugend*, 70(11+12), 481–490. <https://doi.org/10.2378/uj2018.art73d>
- Britner, P. A. & Mossler, D. G. (2002). Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child abuse & neglect*, 26(4), 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00311-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00311-3)
- Bundesgerichtshof (BGH) (2016). Bundesgerichtshof Beschluss v. 23.11.2016 – XII ZB 149/16. Abgerufen am 10.November 2022 von <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2016&nr=76862&linked=bes&Blank=1&file=dokument.pdf>
- Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ). (2013). *14. Kinder- und Jugendbericht*. BMFSFJ. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/14-kinder-und-jugendbericht-88912>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2015). Bericht der Bundesregierung. Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. BMFSFJ. <https://www.bmfsfj.de/blob/93348/a41675e1f53ec6f743359b6b75fec3e2/beri>

cht-der-bundesregierung-evaluation-des-bundeskinderschutzgesetzes-  
data.pdf

Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) (2020). 16.

*Kinder- und Jugendbericht*. Nomos Verlagsgesellschaft. BMFSFJ.

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/16-kinder-und-jugendbericht-162238?view=>

Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) (2021).

*Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz - KJSG)*. BMFSFJ.

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-162860>

Bockholdt, B. (2014). Die Rolle der Rechtsmedizin im Kinderschutz. In Leitner, H. /

Troalic J. & Bock, M. (Hrsg.). *Kooperation im Kinderschutz: Jugendhilfe und*

*Gesundheit*. 35–40. Fachstelle-Kinderschutz. [https://www.fachstelle-](https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren)

[kinderschutz.de/files/01\\_Fachstelle\\_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren/Aktuell\\_8.pdf](https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren/Aktuell_8.pdf)

Böllert, K. & Wazlawik, M. (2012). Kinderschutz als Dienstleistung für Kinder und

Jugendliche. In: Thole, W., Retkowski, A. & Schäuble, B. (Hrsg.). *Sorgende*

*Arrangements*. 19–38. Springer.

Böllert, K. (2017). *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe*. Springer.

Böttcher, W., Bastian, P., Hensen, G., Lenzmann, V. & Lohmann, A. (2009). *Soziale*

*Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen. Modelle, theoretische Grundlagen und*

*Möglichkeiten der Evaluation präventiver Handlungsansätze und Netzwerke*

*der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe. Expertise zum 9. Kinder- und*

*Jugendbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen*. Hochschule

Osnabrück. [https://www.hs-](https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Personalhomepages/Personalhomepages-WiSo/Henzen_Forschung_Soziale_Fruehwarnsysteme.pdf)

[osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Personalhomepages/Personalh](https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Personalhomepages/Personalhomepages-WiSo/Henzen_Forschung_Soziale_Fruehwarnsysteme.pdf)

[omepages-WiSo/Henzen\\_Forschung\\_Soziale\\_Fruehwarnsysteme.pdf](https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Personalhomepages/Personalhomepages-WiSo/Henzen_Forschung_Soziale_Fruehwarnsysteme.pdf)



- Böwer, M. (2012). *Kindeswohlschutz organisieren: Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationen*. Beltz Juventa.
- Böwer, M. & Kotthaus, J. (2018). *Praxisbuch Kinderschutz: Professionelle Herausforderungen bewältigen*. Beltz Juventa.
- Böwer, M. (2013). Kinderschutzorganisationen und Zuverlässigkeit. *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit*, 143–156. <https://doi.org/10.2307/j.ctvdf0hh8.13>
- Brandhorst, F. (2015). *Kinderschutz und Öffentlichkeit*. Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-09862-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-09862-9_2).
- Brannen, J. (2005). Mixing Methods: The Entry of Qualitative and Quantitative Approaches into the Research Process. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(3), 173–184.  
<https://doi.org/10.1080/13645570500154642>
- Brockmann, E. (2013). Durch Vernetzung Türen öffnen – Die Ausgestaltung der Kooperation in der Unterstützung der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In Schneider, A., Rademaker, A. L., Lenz, A. & Müller-Baron, I. (Hrsg.). *Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit: Forschung: bio-psycho-sozial (Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit)*. 173–186.  
<https://doi.org/10.2307/j.ctvdf0hh8.15>
- Brockmann, E. & Lenz, A. (2010). Beziehung gestalten - eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 687–703. <https://doi.org/10.13109/prkk.2010.59.9.687>
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97–113.  
<https://doi.org/10.1177/1468794106058877>
- Bühning, P. (2017). Kooperation ist unabdingbar. *Deutsches Ärzteblatt, November*, 1860–1862. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=194497>

- Bundesärztekammer. (2020). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG)*.  
Bundesaerztekammer.  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/KJSG-Stellungnahme\\_BAEK\\_26102020.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/KJSG-Stellungnahme_BAEK_26102020.pdf)
- Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. & Kölch, M. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Der Nervenarzt*, 89(11), 1262–1270.  
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>
- Darlington, Y., Feeney, J. A. & Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1085–1098.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.005>
- Denner, S. (2016). Gemeinsam auf dem Weg. Zusammenarbeit wegen und trotz Unterschieden: Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Jugendhilfe aktuell*, 1/2016, 9–13. <http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Jugendhilfe-aktuell-2016-01.pdf>
- Dettmeyer, R., Veit, F. & Verhoff, M. (2019). *Rechtsmedizin (Springer-Lehrbuch)*. 3., aktualisierte Auflage. Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKIM) & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) (2016). *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken* (1.6). Dakj. <https://dakj.de/wp-content/uploads/2012/10/empfehlungen-kinderschutz-kliniken-1.6-2016.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSpJ). (2008). *AWMF S2-Leitlinie Kindesmißhandlung und Vernachlässigung (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/00)*. Abgerufen am 20.April 2021 von AWMF.

[https://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/AWMF-S2\\_Leitlinie\\_Kinderschutz\\_2008-2009.pdf](https://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/AWMF-S2_Leitlinie_Kinderschutz_2008-2009.pdf)

Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e.V. (Hrsg.) (2017). *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. 8. Auflage. Verlag Deutscher Verein.

Deutsches Institut für Urbanistik -Difu-, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe - AGFJ-. (2009). *Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland*. Difu.

<https://difu.de/publikationen/2008/fruehe-hilfen-interdisziplinaer-gestalten-zum-stand-des-aufbaus-frueher-hilfen-in-deutschland>

Dittmann-Wolf, A. & Raabe, S. (2018). Herausforderungen für niedergelassene Ärzt/inn/e/n im Umgang mit der Einschätzung (gewichtiger) Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung. *Das Jugendamt*, 91.Jg., 437–440. DJI.

<https://www.dji.de/veroeffentlichungen/literatursuche/detailansicht/literatur/27260-herausforderungen-fuer-niedergelassene-aerzt/inn/e/n-im-umgang-mit-der-einschaetzung-gewichtiger-anhaltspunkte-fuer-eine-kindeswohlgefaehrdung.html>

Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Unna e.V. (DKSB Unna) (2014).

*Kooperativer Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugend-, Gesundheitshilfe und Schule*. [https://www.kinderschutz-in-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/Materialien/Pdf-Dateien/Bericht\\_kooperativer\\_Kinderschutz.pdf](https://www.kinderschutz-in-nrw.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Pdf-Dateien/Bericht_kooperativer_Kinderschutz.pdf)

Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 691–729. <https://doi.org/10.2307/3348969>

Dreistein, E. (2001). Projektbericht Modellprojekt „Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe“ - auch „KuK“ genannt (Kooperation und Koordination). LWL. *Mitteilungen des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe*, 148, 47–65. <https://www.lwl.org/lja-download/datei->

download/Service/zarchiv/mitteilungen/mitteilungen\_148/997951725\_11/m14  
8\_kooperation\_koordination.pdf

- du Prel, J. P., Röhrig, B., Hommel, G. & Blettner, M. (2010). Auswahl statistischer Testverfahren. Teil 12 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 107 (1), 343–348. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0343
- Ebert, I., Knoll, J. & Lehnert, M. (2007). *Netzwerke für Kinderschutz in Sachsen. Expertise*. Leipziger Institut für angewandte Weiterbildungsforschung e. V. [www.netzwerke-fuer-kinderschutz-sachsen.de/fileadmin/template/nfk/download/Legislative/Expertise\\_Kinderschutz.pdf](http://www.netzwerke-fuer-kinderschutz-sachsen.de/fileadmin/template/nfk/download/Legislative/Expertise_Kinderschutz.pdf)
- Ehlen, S. & Rehaag, R. (2018). Analyse integrierter Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(10), 1260–1269. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2809-9>
- Ewert, J. N. & Seifert, D. (2019). Kindesmisshandlung: interdisziplinärer Kinderschutz. *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date*, 13(05), 419–437. <https://doi.org/10.1055/a-0944-8090>
- Fangerau, H., Bagattini, A., Fegert, J. M., Tippelt, R., Viehöver, W. & Ziegenhain, U. (Hrsg.) (2017). *Präventive Strategien zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs in pädagogischen Einrichtungen: Kindeswohl als kollektives Orientierungsmuster?* Beltz Juventa.
- Falke, T. (2023a im Druck) Kinderschutz im Jugendverband. In: Averbek, B., Caby, P., Hermans, B. E., Röhrbein P. (2023 im Druck) *Kooperation im Kinderschutz. Handbuch für eine systemische Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Falke, T. (2023b im Druck) Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Wirth, J. V. / Mertens J. (Hrsg.) (2023 im Druck). *Sozialarbeiter\*innen und ihr*

*professioneller Alltag. Theorien, Konzepte, Methoden und Recht in der Praxis.* Beltz Juventa.

Falke, T. & Ostermann, T. (2022): *Entgrenzung? Gemeinsame Fortbildung und weitere Kontakte im medizinischen Kinderschutz.* [Posterbeitrag] Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGFE). Bremen. 13.- 16.03.2022.

Falke, T. & Ostermann, T. (2021a): *Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe.* [Posterbeitrag] Tagung klinische Sozialarbeit. Hochschule Nordhausen. 06.05.2021.

Falke, T. & Ostermann, T. (2021b): *Strukturelle Anforderungen der Jugendämter an den medizinischen Kinderschutz* (ID 43817). [E-Poster/Poster, Posternr.: PO 043]. Kongress für Kinder- und Jugendmedizin. Berlin. 07.- 09.10.2021.

Fegert, J M, Schnoor, K., Kleidt, S., Kindler, H. & Ziegenhain, U. (2015). *Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse.* Publikationen.uni-tuebingen. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/64744>

Fegert, J. M., Ziegenhain, U., Knorr, C. & Künster, A. K. (2010). Kinderschutz im Spannungsfeld von Gesundheits- und Jugendhilfe: Bedeutung evidenzbasierter Strategien. In: Suess, G. J. & Hammer W. (Hrsg.). *Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*, 103–125. Klett-Cotta.

Fegert, J. M. & Petermann, F. (2014). Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie versus Kinder- und Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 135–139. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000139>

Fegert, J.M. & Schrappner, C. (Hrsg.) (2004). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation.* Beltz Juventa.

- Fegert, J. M., Knorr, C., Künster, A. K., Schöllhorn, A. & Ziegenhain, U. (2010). Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 731–743.  
<https://doi.org/10.13109/prkk.2010.59.9.731>
- Fendrich, S. & Tabel, A. (2021). Hilfen zur Erziehung 2019 – mehr Kinder, mehr ambulante familienorientierte Hilfen. In: *KomDat (Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe)*, 1/2021, 6–10. <https://www.akjstat.tu-dortmund.de/komdat/>
- Fischer, J. (2015). Netzwerkarbeit in den Frühen Hilfen. *Sozial Extra*, 39(1), 51–55.  
<https://doi.org/10.1007/s12054-014-9003-6>
- Fischer, J. & Geene, R. (Hrsg.) (2017). *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung: Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Beltz Juventa.
- Fischer, J. & Geene, R. (2019). *Gelingsbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten*.  
<https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/66317>
- Franzheld, T. (2017a). Kooperation und Profession. Empirische Verhältnisse und theoretische Positionen. *Neue Praxis, Sonderheft 14*, 13–24. Verlag neue praxis.
- Franzheld, T. (2017b). Schnittstellenprobleme im Kinderschutz. *Sozial Extra*, 41(6), 20–23. <https://doi.org/10.1007/s12054-017-0093-9>
- Franzheld, T. (2018). Auf welcher Seite stehen wir im Kinderschutz? *Sozial Extra*, 42(4), 53–55. <https://doi.org/10.1007/s12054-018-0067-6>
- Frenzke-Kulbach, A. (2004). *Erfolgreiche Modelle multiprofessioneller Kooperation bei sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen unter besonderer*

*Berücksichtigung binationaler Erfahrungen (Deutschland-Niederlande).*

Kassel University Press.

Freres, K. (2020) Verdachtsabklärung im Kinderschutz. In: Kelle, H. & Dahmen S.

(Hrsg.). *Ambivalenzen des Kinderschutzes: Empirische und theoretische Perspektiven (Kindheiten)*. 20–42. Beltz Juventa.

Friedman, S., Reynolds, J., Quan, M., Call, S., Crusto, C. & Kaufman, J. (2007).

Measuring changes in interagency collaboration: An examination of the Bridgeport Safe Start Initiative. *Evaluation and Program Planning*, 30(3), 294–306. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.04.001>

Gandelgruber, M. (2019). Feldphasen bei Institutionen–Befragungen.

Herausforderungen und Hinweise zu ihrer Vorbereitung und Durchführung – eine Arbeitshilfe. DJI.

[https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs2019/1234\\_Feldphasen\\_bei\\_Institutionenbefragungen.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2019/1234_Feldphasen_bei_Institutionenbefragungen.pdf)

Gädke, R. (2009). *Die Entwicklung des Kinderschutzes bei Kindeswohlgefährdung–*

*Kinderschutzhotline Mecklenburg – Vorpommern als ergänzendes*

*Instrument* [Diplomarbeit, Hochschule Neubrandenburg]. Hochschule

Neubrandenburg. <https://digibib.hs->

[nb.de/file/dbhsnb\\_derivate\\_0000000334/Diplomarbeit-Gaedke-2009.pdf](https://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000000334/Diplomarbeit-Gaedke-2009.pdf)

Gahleitner, S. B., Homfeldt, H. G. & Fegert, J. M. (2012). Gemeinsam

Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In

Gahleitner, S.B. & Homfeldt, H. G. (Hrsg.) *Kinder und Jugendliche mit*

*speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste*. 247–272. Beltz.

Gautschi, J. (2021). *Urteile und Entscheidungen unter Unsicherheit in*

*Kindeswohlabklärungen. Einflussfaktoren auf Fallbeurteilungen in einer*

*multifaktoriellen, experimentellen Vignettenstudie* [Dissertation,

- Pädagogische Hochschule Freiburg]. Pädagogische Hochschule Freiburg.  
[https://phfr.bsz-bw.de/files/883/Diss\\_Gautschi\\_Joel\\_2021.pdf](https://phfr.bsz-bw.de/files/883/Diss_Gautschi_Joel_2021.pdf)
- Geene, R. (2016). *Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk* (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Hrsg.). Fruehehilfen.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH\\_Impulse\\_Netzwerk\\_Raimund\\_Geene.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Impulse_Netzwerk_Raimund_Geene.pdf)
- Gerber, C. (2018). Frühe Hilfen – Hilfen zur Erziehung – Kinderschutz. *Forum Erziehungshilfen, 04*, 198–201. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5bc461c9-136c-42f9-a7c7-766cb0dd2d03>
- Gissel-Palkovich, I. (2013). Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) und Herausforderungen der –Zukunft. *Unsere jugend, 65(5)*, 208–219.  
<https://doi.org/10.2378/uj2013.art20d>
- Gitter, H. (2012). Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung – die ärztliche Sicht. In: Schone, R. / Tenhaken, W. (Hrsg.). *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe*, 113–135. Beltz.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse : als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4.Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gläss, H. (2006). *Schutzauftrag des Jugendamtes und Vereinbarungen mit Trägern der freien Jugendhilfe* (Institut für soziale Arbeit e.V., (Hrsg.)). [https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA\\_Muenster/Dokumente/schutzauftrag-bei-kindeswohlgefaehrdung.pdf](https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA_Muenster/Dokumente/schutzauftrag-bei-kindeswohlgefaehrdung.pdf)
- Goldbeck, L., Laib-Koehnemund, A. & Fegert, J. M. (2005). *Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz: Abschlussbericht*. [doi.org/10.18725/OPARU-875](https://doi.org/10.18725/OPARU-875)



- Hammer, W. (2010). Kinderschutz – Spannungsverhältnisse gestalten. In Suess, G. J. & Hammer W. (2010) (Hrsg.). *Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*, 13–24. Klett-Cotta.
- Heimann, T., Ewert, J., Metzner, F., Sigmund, F., Jud, A. & Pawils, S. (2021). Medizinischer Kinderschutz während des Corona-Lockdowns. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(4), 346–352. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01135-7>
- Heinitz, S. (2009). Kooperation in Krisen und die Krisen in der Kooperation. *Sozialmagazin*, 4, 58–62. <https://repository.difu.de/jspui/handle/difu/270539>
- Heinitz, S. (2020). *Wie Kinderschutz gemacht wird: Eine Rekonstruktion professioneller Selbstverständnisse*. Koblenzer Schriften zur Pädagogik. Beltz Juventa.
- Helfer, E. R. (1978). Die Verantwortung und Rolle des Arztes. In: Ray E. Helfer, C. Henry Kempe, (Hrsg.). *Das geschlagene Kind*. 69–93. Suhrkamp.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helling-Bakki, A. (2020). Konzept der Childhood-Häuser in Deutschland. Multiprofessionelle Kooperation im Interesse von sexuell missbrauchten Kindern. *unsere jugend*, 72(11), 487–491. <https://doi.org/10.2378/uj2020.art78d>
- Hensen, P. (2016). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis*. Springer.
- Herrmann, B. (2012). Medizinischer Kinderschutz nimmt Fahrt auf. *TK spezial*. <https://www.tk.de/lv-hessen>.
- Herrmann, B. (2019). Kinderschutz in der Medizin – ein neues Fachgebiet? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167(10), 854–855. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0748-7>

- Herrmann, B., Dettmeyer, R. B., Banaschak, S. & Thyen, U. (2016).  
*Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. 3., aktualisierte Auflage. Springer.
- Herrmann, B. & Eydam, A. (2010). Leitlinien und Evidenz. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(11), 1173–1179.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-010-1146-4>
- Herrmann, B., Manjgo, P. & Kieslich, M. (2020). Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 23(2), 98–107. <https://doi.org/10.13109/kind.2020.23.2.98>
- Heynen, S. (2020). *Möglichkeiten und Grenzen des Jugendamtes bei sexuellem Missbrauch*. in: *unsere jugend*. 6.2020.  
<https://dx.doi.org/10.2378/uj2020.art42d>
- Heynen, S., Kiefl, B., Neudörfer, N. & Reich, W. (2019). Kinderschutz aus der Perspektive des öffentlichen Jugendhilfeträgers am Beispiel des Jugendamtes Stuttgart. *Lernen und Lernstörungen*, 8(2), 77–86.  
<https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000259>
- Hübsch, F. (2012) Die Bedeutung informeller Kommunikation im Allgemeinen Sozialen Dienst. In: Thole, W., Retkowski, A. & Schäuble, B. (Hrsg.). *Sorgende Arrangements*. 175–186. Beltz.
- Jentsch, B. & Schnock, B. (2020). Kinder im Blick? Kindeswohl in Zeiten von Corona. *Sozial Extra*, 44(5), 304–309. <https://doi.org/10.1007/s12054-020-00315-1>
- Jugend- und Familienministerkonferenz der Länder (JFMK) (2009).  
Beschlussprotokoll der Jugend- und Familienministerkonferenz vom 04./05.06.2009, Abgerufen am 12.Juni 2020 von  
<https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/rechtliche-grundlagen/beschluesse-der->

ministerkonferenzen/beschluss-jfmk-2009/iii-regelungsluecken-an-der-schnittstelle-von-sgb-v-und-sgb-viii/

Jud, A., Rassenhofer, M., Witt, A., Münzer, A. & Fegert, J. M. (2016).

*Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch. Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des*

*Entwicklungsbedarfs.* <https://beauftragte->

[missbrauch.de/fileadmin/user\\_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen\\_und\\_Studien/Expertise\\_Haueufigkeitsangaben.pdf](https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen_und_Studien/Expertise_Haueufigkeitsangaben.pdf)

Jungmann, J. (2004). Gemeinsame Fehler bei der Kooperation von Jugendhilfe und

Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie. In: Fegert J. M. &

Schraper, C. (Hrsg.). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie.*

*Interdisziplinäre Kooperation*, 571–576. Beltz Juventa.

Kaba-Schönstein, L. & Kälble, K. (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im*

*Gesundheitswesen.* Mabuse.

Katzenstein, H. & Schönecker, L. (2009). Das Zusammenspiel der einzelnen

Instrumente im Orchester des Kinderschutzes und seine rechtlichen

Grundlagen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(10),

798–813. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.10.798>

Kaufhold, G. & Pothmann, J. (2014). Gefährdungseinschätzungen im Zahlenspiegel

– Altersverteilungen, Meldergruppen, Kindeswohlgefährdungen. *KomDat*

*(Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe)*, 3/2013,

<https://www.akjstat.tu-dortmund.de/komdat/ausgabe/komdat-032013/>

Kaufhold, G. & Pothmann, J. (2016). Gefährdungseinschätzungen bei Jugendlichen

– ein Blick in die 8a-Statistiken der Jugendämter. *KomDat (Kommentierte*

*Daten der Kinder- und Jugendhilfe)*, 2/2016, 16–19. [https://www.akjstat.tu-](https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/AKJStat/Komdat/2016_Heft_02_KomDat)

[dortmund.de/fileadmin/user\\_upload/AKJStat/Komdat/2016\\_Heft\\_02\\_KomDat](https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/AKJStat/Komdat/2016_Heft_02_KomDat)

[.pdf](https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/AKJStat/Komdat/2016_Heft_02_KomDat)

- Kaufhold, G. & Pothmann, J. (2018a). Aus dem Schatten der Dienstleistungsorientierung – der Kinderschutz und seine Wiederentdeckung. *KomDat (Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe)*, 1 /2018, 22–26. <https://www.akjstat.tu-dortmund.de/komdat/ausgabe/komdat-012018/>
- Kaufhold, G. & Pothmann, J. (2018b). Weniger Informationen pro Fall – Einschränkungen der veröffentlichten Daten bei altersspezifischen Auswertungen. *KomDat (Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe)*, 2/2018, 8–10. <https://www.akjstat.tu-dortmund.de/komdat/ausgabe/komdat-022018/>
- Kelle, H. & Dahmen, S. (Hrsg.) (2020). *Ambivalenzen des Kinderschutzes: Empirische und theoretische Perspektiven (Kindheiten)*. Beltz.
- Kelle, U. (2017). Die Integration qualitativer und quantitativer Forschung – theoretische Grundlagen von „Mixed Methods“. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(S2), 39–61. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0451-4>
- Kempe, C., Silverman, F. N. & Steele, B. F. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medicinal Association*, 181, 105–112.
- Kemper, A., Kölch, M., Fangerau, H. & Fegert, J. M. (2010). Ärztliche Schweigepflicht bei Kindeswohlgefährdung. *Ethik in der Medizin*, 22(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00481-009-0046-3>
- Kessl, F. (2011). Von der Omnipräsenz der Kooperationsforderung in der Sozialen Arbeit. Eine Problematisierung. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 4, 405–415. <https://content-select.com/es/portal/media/view/527fcc68-9b7c-4359-a83b-68cd2efc1343>
- Keupp, H. (2010). Verwirklichungschancen von Anfang an. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1011–1017. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1131-y>

- Keupp, H. (2020). Der Fortschritt ist eine Schnecke – Wie weit sind wir eine Dekade nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht? In Liel, K. & Rademaker A. L. (Hrsg.). *Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe*, 22–46. Beltz Juventa.
- Kinderschutzleitlinienbüro. (2019). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, AWMF-Registernummer: 027 – 069*. AWMF. Abgerufen am 19. April 2021 von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/027-069I\\_S3\\_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie\\_2019-02\\_1\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069I_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_1_01.pdf)
- Kindler, H. (2012). Fachlich gestaltete Gespräche mit Kindern im Kinderschutz: Ein Forschungsüberblick. In: Thole, W., Retkowski, A. & Schäuble, B. (Hrsg.). *Sorgende Arrangements*. 203–217. Springer.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut. <https://repository.difu.de/jspui/handle/difu/265491>
- Kindler, H., Pluto, L. & Strobel, B. (2008). *Kinderschutz im Jugendamt der Hansestadt Lüneburg. Abläufe, Kommunikationswege und Handlungskriterien*. DJI. [https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/dasdji/stellungnahmen/2008/2008-07-15\\_Expertise\\_Lueneburg.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/stellungnahmen/2008/2008-07-15_Expertise_Lueneburg.pdf)
- Kinnen, K. & Klomann, V. (2017). Weiterbildung im Kinderschutzkontext. *Sozial Extra*, 41(1), 33–36. <https://doi.org/10.1007/s12054-017-0008-9>
- Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW). (2018). *Kinderschutz im Wandel*. <https://www.kinderschutz-in-nrw.de>.

<https://www.kinderschutz-in-nrw.de/fachinformationen/kompetenzzentrum-kinderschutz-nrw/projektarchiv/kinderschutz-im-wandel/>

Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW). (2019).

*Stellungnahme des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen zum Thema Kinderschutz in NRW und seinen Kommunen - Akteure, Strukturen, Netzwerke und Handlungsbedarf im Bereich des Kinderschutzes* (Stellungnahme 17/2711). <https://politik.de/de/documents/3658180/>

Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW) (Hrsg.)

(2020). *Leitfaden Kinderschutz in der Pädiatrischen Praxis*. [https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/Leitfaden\\_Kinderschutz\\_in\\_der\\_Paediatischen\\_Praxis.pdf](https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/Leitfaden_Kinderschutz_in_der_Paediatischen_Praxis.pdf)

Klatetzki, T. (2020). Vier Fehlerarten im Kinderschutz. *unsere jugend*, 72(11), 450–456. <https://doi.org/10.2378/uj2020.art72d>

Klees, E. & Wiesner, R. (2014). Zur Verantwortung in der Kinderschutzarbeit:

Risiken fachlichen Handelns bei der Gefährdungseinschätzung.

*Sozialmagazin*, 84–95. <https://bibliographie.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/73424>

Klomann, V. & Rätz, R. (2018). Soziale Arbeit im Kinderschutz. *Sozial Extra*, 42(2), 6–7. <https://doi.org/10.1007/s12054-018-0012-8>

Klomann, V., Schermaier-Stöckl, B., Breuer-Nyhsen, J. & Grün, A. (2019).

*Professionelle Einschätzungsprozesse im Kinderschutz. Forschungsbericht*.

Katholische Hochschule NRW. [https://kidoks.bsz-](https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1409/file/Einschaetzuungsprozesse_im_Kinderschutz_Bericht.pdf)

[bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1409/file/Einschaetzuungsprozesse\\_im\\_Kinderschutz\\_Bericht.pdf](https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1409/file/Einschaetzuungsprozesse_im_Kinderschutz_Bericht.pdf)

Klomann, V. (2016). Zufriedenheit, Stress und Beanspruchung in den Sozialen

Diensten der Jugendämter. Arbeitszufriedenheit sowie Stress- und

- Beanspruchungserleben in den Sozialen Diensten der Jugendämter. *unsere jugend*, 68(10), 411–419. <https://doi.org/10.2378/uj2016.art57d>
- Knackstedt, R., Kutzner, K., Sitter, M. & Truschkat, I. (2020). *Grenzüberschreitungen im Kompetenzmanagement: Trends und Entwicklungsperspektiven (Kompetenzmanagement in Organisationen)*. Springer.
- Knaller, C. (2013). *Evidenz der Vernetzung von Frühen Hilfen und der Erreichbarkeit der Zielgruppen*. Frühehilfen. Abgerufen am 22. April 2021 von [https://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fr%C3%BChe%20Hilfen\\_Literaturanalysen\\_Publikation.pdf](https://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fr%C3%BChe%20Hilfen_Literaturanalysen_Publikation.pdf)
- Köhn, B. (2012) Kooperation im Kinderschutz. In: Thole, W., Retkowski, A. & Schäuble, B. (Hrsg.). *Sorgende Arrangements*. 143–154. Springer.
- Kokott-Weidenfeld, G. (2014). Brauchen wir so viele Gesetze zum Kinderschutz? *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 1/2014, 18–22. <https://www.kjug-zeitschrift.de/de/Artikel/5067>
- König, E. (2020). *Development and randomized controlled trial evaluation of E-learning trainings for professionals*. *Archives of Public Health*. 1–8. <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-020-00465-4>
- Körner, W. & Hörmann, G. (2019). *Staatliche Kindeswohlgefährdung? (Prävention im Kindes- und Jugendalter)*. Beltz.
- Kotthaus, J. (2010): Kindeswohl und Kindeswille in der Jugendhilfe. Zur Beteiligung von Kindern an Entscheidungen in den erzieherischen Hilfen am Beispiel von Fremdunterbringungen entsprechend § 33 SGB VIII. <https://dnb.info/983037434/34>
- Kreft, D. & Mielenz, I. (2017). *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Edition Sozial)*. 8., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Beltz.

- Kreft, D. (2013). Der Allgemeine Soziale Dienst. *unsere jugend*, 65(5), 194–197.  
<https://doi.org/10.2378/uj2013.art18d>
- Kruse, E., Kessl, F., Stövesand, S. & Thole, W. (2017). *Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder (Soziale Arbeit – Grundlagen, Band 4347)*. UTB.
- Kuckartz, U. (2017). Datenanalyse in der Mixed-Methods-Forschung. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(S2), 157–183.  
<https://doi.org/10.1007/s11577-017-0456-z>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden)*. 4., überarbeitete Auflage. Beltz.
- Künster, A. K., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010a). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(11), 1134–1142. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1147-3>
- Künster, A. K., Schöllhorn, A., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010b). Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 731–743.  
[http://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3244/1/59.2010\\_9\\_5\\_50544.pdf](http://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3244/1/59.2010_9_5_50544.pdf)
- Landesbetrieb IT.NRW. (2020). *Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII*. <https://www.it.nrw>. Abgerufen am 23. April 2021 von <https://www.it.nrw/statistik/eckdaten/gefaehrdungseinschaetzungen-nach-ss-8a-absatz-1-sgb-viii-91346>
- LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) (2002). *Leitfaden zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe*. <https://www.lwl-landesjugendamt.de/>



- LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) (2015). *Herausforderungen und Lösungsansätze für eine verbesserte Kooperation zwischen den (LWL-)Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Jugendämtern in Westfalen-Lippe*. <https://www.lwl-landesjugendamt.de/>
- Landtag NRW (2022). *Bericht der Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderschutzkommission)*.  
<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-6309.pdf>
- Leitner, H. (2014). Kinderschutz im Kontext der ärztlichen Berufsordnung. In H. Leitner, H., Troalic, J. & Bock, M. (Hrsg.). *Kooperation im Kinderschutz: Jugendhilfe und Gesundheit*, 21–25. [https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01\\_Fachstelle\\_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren/Aktuell\\_8.pdf](https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren/Aktuell_8.pdf)
- Leitner, H., Troalic, J. & Bock, M. (Hrsg.) (2014). *Kooperation im Kinderschutz: Jugendhilfe und Gesundheit*. Fachstelle-Kinderschutz.  
[https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01\\_Fachstelle\\_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren/Aktuell\\_8.pdf](https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Broschueren/Aktuell_8.pdf)
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2013). Editorial - Erziehungsberatung - eine Institution zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(1), 1–4. <https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.1.1>
- Liel, K. & Rademaker, A. L. (2020). *Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe?* Beltz Juventa.
- Loch, U. (2018). Kinderschutz und Kooperation. Zur professionellen Gestaltung der Krisenintervention Inobhutnahme. *unsere jugend*, 70(2), 55–63  
<https://doi.org/10.2378/uj2018.art09d>

- Lögering, A. M. & Zötsch, B. (2016). Das Kinderrecht, sicher und gut aufzuwachsen! Vorstellung wesentlicher Ergebnisse aus der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2016). *Praxistest erfolgreich bestanden?* 22–30. Difu.  
<https://repository.difu.de/jspui/bitstream/difu/182234/1/DR16731.pdf>
- Lohmann, A., Lenzmann, V., Bastian, P., Böttcher, W. & Ziegler, H. (2010). Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei Frühen Hilfen – eine empirische Analyse der Akteurskonstellationen. In Renner, I. & Sann, A. (Hrsg.). *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte – begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen.* 182–201. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Lohmann, A., Hentschke, A.-K., Dellbrügge, V., Bastian, P., Böttcher, W. & Ziegler, H. (2012). Kooperationen in Frühen Hilfen und Sozialen Frühwarnsystemen. 187-213 In: Thole, W., Retkowski, A. & Schäuble, B. (Hrsg.). *Sorgende Arrangements.* Springer.
- Magerhans, A. (2016). *Marktforschung. Eine praxisorientierte Einführung.* Springer.
- Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. (2019). Kinderschutz in der Medizin. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 161(S4), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0>
- Maier, A., Hoffmann, U., Plener, P. L. & Fegert, J. M. (2018). Ärztliche Kompetenzentwicklung im Kinderschutz durch E-Learning. *Nervenheilkunde*, 37(10), 730–737. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1674272>
- Maier, A., Rassenhofer, Hoffmann, U. & Fegert, J. (2020). *Möglichkeiten der Dissemination von Fachwissen und Handlungskompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin: eine qualitative Erhebung.* In: GMS Journal for Medical Education. Abgerufen am 18. April 2021 von <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2020-37/zma001303.shtml>.

- Mall, V. & Friedmann, A. (2016). *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen*. Springer.
- Martinius, J., Krick, G. & Reitinger, H. (1996). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umganges miteinander - Ergebnisse einer Untersuchung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 170–173. <https://hdl.handle.net/20.500.11780/2214>
- Maslow, A. H. (1966). *Psychology of Science*. Harper & Row.
- Matzner, A. (2017). *Informelle Gespräche in Jugendämtern: Eine Ethnografie sozialer Praktiken der Arbeit im Allgemeinen Sozialen Dienst*. Springer.
- Maybaum, T. (2017). *Kinder- und Jugendschutz: Ärzte werden stärker eingebunden*. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen am 18. April 2021 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/188475/Kinder-und-Jugendschutz-Aerzte-werden-staerker-eingebunden>
- Maywald, J. (2016). Kinderrechte, Elternrechte und staatliches Wächteramt. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1337–1342. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2429-1>
- Merchel, J. (2015). Wie soll das Jugendamt das alles hinbekommen!?. Intensivierte, komplexe und widersprüchliche Steuerungserwartungen an das Jugendamt. *unsere jugend*, 67(11+12), 464–476 <https://doi.org/10.2378/uj2015.art72d>.
- Merk, K. P. (2014). § 4 KKG - Professionelle Kooperation im Kinderschutz? *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 59, 8–11. <https://www.kjugzeitschrift.de/de/Ausgabe/2014-1>
- Metzner, F., Ravens-Sieberer, U., Schwinn, A., Lietz, J. & Pawils, S. (2014). Prävention und Kinderschutz in der pädiatrischen Praxis – Kinderärzte als Akteure im Einladungs- und Meldewesen für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. *Das Gesundheitswesen*, 77(12), 916–920. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387745>

- Meyer, N., Klomann, V. & Alsago, E. (2022). Der Allgemeine Soziale Dienst in der Corona-Pandemie. *Sozial Extra*, 46(3), 229–236.  
<https://doi.org/10.1007/s12054-022-00485-0>
- Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz*. Juventa.
- Ministerium für Heimat, Bau, Kommunales und Digitalisierung des Landes Nordrhein-Westfalen (MHKBG) (2022). Abgerufen am 14.Juni 2022 von <https://www.mhkgb.nrw/themen/kommunales/land-und-stadt-gestalten>
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MKFFI) (Hrsg.) (2022). *Landesgesamtkonzept Frühe Hilfen in NRW 2019-2022*.  
[https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/documents/lgk\\_fruhe\\_hilfen\\_2019\\_2022\\_dig.pdf](https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/documents/lgk_fruhe_hilfen_2019_2022_dig.pdf)
- Moosbrugger, H. & Brandt. (2013). Fragebogenkonstruktion. In S. Maschke & L. Stecher (Hrsg.). *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online*.1–21.  
<https://doi.org/10.3262/EEO07130318>
- Mühlmann, T. (2016). Mehr Personal in Jugendämtern. *KomDat (Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe)*, 2/2016, 5–8. [https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user\\_upload/AKJStat/Komdat/2016\\_Heft\\_02\\_KomDat.pdf](https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/AKJStat/Komdat/2016_Heft_02_KomDat.pdf)
- Nagy, G., Blütgen, M., Leitner, H., Troalic, J. & Bock, M. (2014). Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und der stationären Jugendhilfe (JH) vor dem Hintergrund einer langjährigen Kooperationsvereinbarung. *Kooperation im Kinderschutz:Jugendhilfe und Gesundheit* , 68–81. <https://www.fachstelle-kinderschutz.de>
- Nickel, P. & Bernhard, M. K. (2015). Die Kodierung „Kinderschutz“ im G-DRG-System. *Kinder- und Jugendmedizin*, 15(06), 416–417.  
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1629297>

- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) (2013). *Expertise – Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz in Deutschland*. Fruehehilfen. <https://www.fruehehilfen.de>.  
Abgerufen am 19. April 2021 von  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication\\_QE\\_Kinderschutz\\_6\\_Expertise\\_Qualitaetsindikatoren.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication_QE_Kinderschutz_6_Expertise_Qualitaetsindikatoren.pdf)
- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) (2014). *Datenreport Frühe Hilfen 2013*. Fruehehilfen.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Datenreport\\_Fruehe\\_Hilfen\\_Ausgabe\\_2013.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Datenreport_Fruehe_Hilfen_Ausgabe_2013.pdf)
- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). (2018). *Expertise – Nationaler Forschungsstand und Strategien zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz*. Fruehehilfen.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication-NZFH-Expertise-Nationaler-Forschungsstand-und-Strategien-zur-Qualitaetsentwicklung-im-Kinderschutz.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication-NZFH-Expertise-Nationaler-Forschungsstand-und-Strategien-zur-Qualitaetsentwicklung-im-Kinderschutz.pdf)
- Obrecht, W. (2005). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. Manuskript der Fachtagung Soziale Probleme und interprofessionelle Kooperation, 21./22. Oktober 2005, Dübendorf.
- O’Cathain, A., Murphy, E. & Nicholl, J. (2008). The Quality of Mixed Methods Studies in Health Services Research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(2), 92–98. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>
- Pamme, H. (2018). Fachkräftemangel im Allgemeinen Sozialen Dienst!? Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten. *unsere jugend*, 70(10), 410–418. <https://doi.org/10.2378/uj2018.art63d>
- Parton, N. (1979). The Natural History of Child Abuse: A Study in Social Problem Definition. *The British Journal of Social Work*, 431–451.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a057117>

- Paul, M. (2012). *Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen in den Frühen Hilfen Voneinander Lernen – ÜberRegionale Netzwerke*Konferenz *Frühe Hilfen in Fulda*. Fruehehilfen.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/PPT\\_NWK\\_HESSEN\\_Fulda\\_Paul.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/PPT_NWK_HESSEN_Fulda_Paul.pdf)
- Paul, M. (2018). *Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in den Frühen Hilfen*. Fachtagung *Frühe Hilfen*. Soziales.Niedersachsen  
[https://soziales.niedersachsen.de/download/131596/Hauptreferat\\_NZFH\\_M.\\_Paul\\_2018.pdf](https://soziales.niedersachsen.de/download/131596/Hauptreferat_NZFH_M._Paul_2018.pdf)
- Peters, S. (2021). *Medico - legale Aspekte des medizinischen Kinderschutzes*.  
<https://doi.org/10.17169/refubium-28970>
- Petry, U. (2016). Arbeitsbelastung und Wertschätzung im Allgemeinen Sozialen Dienst. *unsere jugend*, 68(9), 389–394. <https://doi.org/10.2378/uj2016.art53d>
- Pietsch, S. & Trost-Brinkhues, G. (2015). „*Frühe Hilfen*“ in der StädteRegion – *gelingende Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe*. LVR.  
 Abgerufen am 23. April 2021 von  
[https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/service/dokumentationen/dokumente\\_95/jugend\\_mter/20150426/51\\_Forum\\_Gesundheitswesen\\_\\_\\_Fruehe\\_Hilfen\\_in\\_der\\_StaedteRegion\\_-\\_gelingende\\_Kooperation\\_von\\_Jugendhilfe\\_und\\_Gesundheitshilfe.pdf](https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/service/dokumentationen/dokumente_95/jugend_mter/20150426/51_Forum_Gesundheitswesen___Fruehe_Hilfen_in_der_StaedteRegion_-_gelingende_Kooperation_von_Jugendhilfe_und_Gesundheitshilfe.pdf)
- Plafky, C. S. (2020). Fallanalysen und Entscheidungsfindung im Kinderschutz. *Unsere jugend*, 72(11), 457–463. <https://doi.org/10.2378/uj2020.art73d>
- Pluto, L. (2017). *Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen im Kinderschutz aus der Sicht der Jugendämter*. Forschungsverbund.tu-dortmund. [https://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Forschungsfelder/Hilfen\\_z](https://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Forschungsfelder/Hilfen_z)

ur\_Erziehung\_Familie\_Fruehe\_Hilfen/Kooperationsplattform\_BKiSchG/2017  
\_Praesentation\_Pluto\_DJHT\_Jaemter\_Gesundheit\_4.pdf

Pluto, L., Gragert, N., Santen van, E. & Seckinger, M. (2007). *Kinder- und Jugendhilfe im Wandel*. DJI.

[https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/Vergriffene\\_Buecher\\_Open\\_Access/Dritte\\_Lieferung\\_cd03\\_2/Pluto\\_Kinder\\_Jugendhilfe.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Vergriffene_Buecher_Open_Access/Dritte_Lieferung_cd03_2/Pluto_Kinder_Jugendhilfe.pdf)

Pluto, L., Santen van, E. & Peucker, C. (2016). *Das Bundeskinderschutzgesetz in der Kinder- und Jugendhilfe. Empirische Befunde zum Stand der Umsetzung auf kommunaler Ebene*. DJI.

[https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs2016/64\\_Bundeskinderschutzgesetz.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2016/64_Bundeskinderschutzgesetz.pdf)

Pluto, L., van Santen, E. & Seckinger, M. (2001): Kooperation - Verhängnis oder Verheißung? In: Institut für soziale Arbeit e. V. (Hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis, Heft 21*. 31–47. Beltz

Porst, R. (2000). Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. *Fragebogen*, 95–114. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

[https://doi.org/10.1007/978-3-531-91840-2\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91840-2_7)

Porst, R. (2011). *Fragebogen*. 3. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pothmann, J. & Mühlmann, T.(2020). Personal in der Kinder- und Jugendhilfe.

*Sozialmagazin, Sonderausgabe*, 33–47.

[https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik\\_soziale\\_arbeit/buecher/produkt\\_produktdetails/43733-fachkraefte\\_mangel.html](https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/buecher/produkt_produktdetails/43733-fachkraefte_mangel.html)

Pothmann, J. & Wilk, A. (2009). *Wie entscheiden Teams im ASD über Hilfebedarf? Untersuchung zur Gegenüberstellung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Fallmanagements kommunaler sozialer Dienste und sich daraus ergebende Konsequenzen für Praxisentwicklung*. Stiftung Jugendmarke. Forschungsverbund.tu-dortmund.

[https://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Hilfen\\_zur\\_Erziehung/Abschlussbericht\\_Teamentscheidung\\_im\\_ASD.pdf](https://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Hilfen_zur_Erziehung/Abschlussbericht_Teamentscheidung_im_ASD.pdf)

- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch (Lehr- und Handbücher der Soziologie)*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. De Gruyter.
- Rabe, A. (2022) (Rechts-)Medizinische Aspekte im Kinderschutz. In: Schierer, E., Rabe, A. & Groner, B. (Hrsg.) (2022). *Institutionelle und professionsbezogene Zugänge zum Kinderschutz: Prävention – Kinderschutz – Kinderrechte (Edition Centaurus - Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis)*. 97–114. Springer.
- Rademaker, A. L. & Lenz, A. (2019). Relationale Wirksamkeit im präventiven Kinderschutz: Evaluation der modularen Gruppenintervention „Ressourcen psychisch kranker und suchtkrankter Eltern stärken“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(1), 43–62.  
<https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.1.43>
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2020). *Focused Analysis of Qualitative Interviews with MAXQDA: Step by Step*. MAXQDA Press.
- Rätz, R. & Wolff, R. (2018). Lernen im Kinderschutz – gerade in stressiger Alltagspraxis. In: Böwer, M. & Kotthaus, J. (Hrsg.). *Praxisbuch Kinderschutz: Professionelle Herausforderungen bewältigen*. 277-297. Beltz Juventa.
- Ramb, W. (1995). Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 181–186.  
[https://www.pedocs.de/frontdoor.php?source\\_opus=2733](https://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=2733)
- Rattay, P., Starker, A., Domanska, O., Butschalowsky, H., Gutsche, J. & Kamtsiuris, P. (2014). Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -*



*Gesundheitsschutz*, 57(7), 878–891. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1989-1>

- Rauschenbach, T., Mühlmann, T., Meiner-Teubner, C., Fendrich, S., Olszenka, N., Pothmann & J., Kopp, K. (2021). *Kinder- und Jugendhilfereport Extra 2021*. Technische Universität Dortmund. [https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user\\_upload/Kinder-\\_und\\_Jugendhilfereport\\_Extra\\_2021\\_AKJStat.pdf](https://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/Kinder-_und_Jugendhilfereport_Extra_2021_AKJStat.pdf)
- Rauschenbach, T., Mühlmann, T., Schilling, M., Pothmann, J., Teubner, M. C., Fendrich, S., Tabel, A., Feller, N., Kopp, K., Müller, S. & Böwing-Schmalenbrock, M. (2019). *Kinder- und Jugendhilfereport 2018: Eine kennzahlenbasierte Analyse*. Verlag Barbara Budrich.
- Ray, E., Helfer, C. & Kempe H., (Hrsg.) (wann?). *Das geschlagene Kind*. Suhrkamp.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1996). Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 266–273. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9011848/>
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>
- Renner, I & Sann, A. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010). *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte – begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Fruehehilfen. [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH\\_Forschungsreader\\_low.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Forschungsreader_low.pdf)

- Renner, Ilona & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1323–1331. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2430-8>
- Renner, I., Scharmanski, S., van Staa, J., Neumann, A. & Paul, M. (2018). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(10), 1225–1235. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2805-0>
- Rixen, S. (2019). Kinderschutz und Vertrauensschutz: Zum rechtlichen Rahmen der Verantwortung von Gesundheitsberufen, insbesondere bei Kindeswohlgefährdungen. *Lernen und Lernstörungen*, 8(2), 87–94. <https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000260>
- Rüting, W. (2009). Jugendhilfe und Gesundheitshilfe – Zwei Königskinder in unterschiedlichen Rollen, mit unterschiedlichen Aufträgen und einer gemeinsamen Zielgruppe. *Jugendhilfe aktuell*, 02, 22–27. <https://www.lwl-landesjugendamt.de/de/Service/jhaktuell/zarchiv/jhakt/0209/>
- Salgo, L. (2022). Kinderschutz im Kontext Jugendamt, Verfahrensbeistand und Familiengerichtsbarkeit. *unsere jugend*, 74(2), 62–71. <https://doi.org/10.2378/uj2022.art11d>
- Sann, A. & Landua, D. (2010). Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1018–1028. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1124-x>
- Santen van, E. & Seckinger, M. (2017a). Kooperation und Konflikt. In Kessl F., Kruse E., Stövesand S. & Thole W. (Hrsg.). *Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder*, 194–201. <https://doi.org/10.2307/j.ctvnp0hpr.20>

- Santen van, E. & Seckinger, M. (2017b). *Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder (Soziale Arbeit – Grundlagen, Band 4347)*  
<https://doi.org/10.3224/82524347>
- Santen van, E., Mamier, J., Pluto, L., Seckinger, M. & Zink, G. (2003). *Kinder- und Jugendhilfe in Bewegung - Aktion oder Reaktion? Eine empirische Analyse*. Verlag Barbara Budrich.
- Santen van, E. & Seckinger, M. (2003). *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis*. Leske + Budrich.
- Schäfer-Pichula, D. (2020). *Kinderschutz in ländlichen Kindertageseinrichtungen*. Socialnet. Abgerufen am 17. April 2021 von  
<https://www.socialnet.de/materialien/29097.php>
- Schäfers, B. (Hrsg.) (2001). *Grundbegriffe der Soziologie*. 7. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheer, P. J. (2018). Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken. *psychopraxis. neuropraxis*, 21(S1), 96–100. <https://doi.org/10.1007/s00739-018-0488-9>
- Schierer, E., Rabe, A. & Groner, B. (2022). *Institutionelle und professionsbezogene Zugänge zum Kinderschutz: Prävention – Kinderschutz – Kinderrechte (Edition Centaurus - Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis)*. Springer.
- Schlack, H. G. (2009). Kooperation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. *Sozialpädiatrie*, 449–460. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-01477-2\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-642-01477-2_16)
- Schmidt, C. M., Klein, S., Stock, P., Reinshagen, K. & Königs, I. (2020). Kindeswohlgefährdung – Ausweitung des Hellfeldes durch Neukonzeption der klinischen Kinderschutzarbeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(10), 1241–1249.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03217-5>

- Schneider, A. (2013). *Fragebogen in der Sozialen Arbeit: Praxishandbuch für ein diagnostisches, empirisches und interventives Instrument*. Verlag Barbara Budrich.
- Schneider, A., Rademaker, A. L., Lenz, A. & Müller-Baron, I. (Hrsg.) (2013). *Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit: Forschung: bio-psycho-sozial (Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit)*. Verlag Barbara Budrich.
- Schneider, L. & Gutmann, V. (2022). Gelingende Kooperation im Kinderschutz. Weshalb positive Kooperationsbeziehungen für den Kinderschutz so bedeutsam sind. *unsere jugend*, 74(2), 72–82.  
<https://doi.org/10.2378/uj2022.art12d>
- Schone, R. (2012). Rolle und Aufgaben des Jugendamtes/ASD im Kontext von Kindeswohlgefährdung. In W. Tenhaken & R. Schone (Hrsg.). *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe: Ein Lehr- und Praxisbuch zum Umgang mit Fragen der Kindeswohlgefährdung (Basistexte Erziehungshilfen)*. 50–77. Beltz.
- Schone, R. (2014). Frühe Hilfen - Versuch einer Standortbestimmung im Koordinatensystem des Kinderschutzes. *Sozialmagazin*, 14–21.  
<https://content-select.com/de/portal/media/view/53e9d02e-8b90-4bcc-8b9c-40dcb0dd2d03>
- Schone, R. & Tenhaken, W. (2015). *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe: Ein Lehr- und Praxisbuch zum Umgang mit Fragen der Kindeswohlgefährdung (Basistexte Erziehungshilfen)*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Beltz.
- Schrappé, A. (2013). Erziehungsberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – eine Brücke zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(1), 30–46.  
<https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.1.30>

- Schrappner, C. (2004). Das Jugendamt – Fachliche Zentrale, bürokratisches Nadelöhr oder (un-)freiwillige Zahlstelle örtlicher Jugendhilfe? In: Fegert J. M. & Schrappner, C. (Hrsg.). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*, 571–576. Beltz Juventa.
- Schroeder, G. (2009). *Interprofessionalität in der Umsetzung*. Pflegeportal. Abgerufen am 17. April 2021 von [https://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Interprofessionelle\\_Umsetzung\\_Schroeder\\_2100\\_1.pdf](https://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Interprofessionelle_Umsetzung_Schroeder_2100_1.pdf)
- Schweppe, C. (2003). *Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik (German Edition)*. Leske und Budrich.
- Schwier, F. (2020). Webinar zur S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). *Der Chirurg*, 91(10), 893–894. <https://doi.org/10.1007/s00104-020-01270-z>
- Schwier, F., Manjgo, P. & Kieslich, M. (2019). Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 167(10), 856–867. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0751-z>
- Seckinger, M. (2008). Überforderung im ASD. *Sozial Extra*, 32(9–10), 41–44. <https://doi.org/10.1007/s12054-008-0093-x>
- Seckinger, M., Lenz, A. (2020): Kooperation und Netzwerkbildung zwischen Schule, Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe, In Liel, K. & Rademaker A.L. (Hrsg.). *Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe*, 157–170. Beltz Juventa.
- Semmler, Y. (2012). Dienstschluss für das Jugendamt? Die Organisation des Bereitschaftsdienstes als Indikator für die Professionalität der Kinder- und Jugendhilfe. *Zeitschrift für Sozialpädagogik, Heft 2*, 155–172. <https://content-select.com/de/portal/media/view/527fccb2-6b3c-4333-a9b6-68cd2efc1343>

- Sommer, E. & Thiessen, B. (2020). Soziale Arbeit und Gesundheitswesen. *Sozialmagazin (ISSN 0340-8469)*, 10, 20–25.  
<https://doi.org/10.3262/SM2010020>
- Sowarka, N. & Coenen, M. (2019). Chancen und Herausforderungen von Präventionsketten – Ergebnisse qualitativer Experteninterviews in deutschen Kommunen. *Das Gesundheitswesen*, 82(03), 24–38.  
<https://doi.org/10.1055/a-1007-8641>
- Speck, K., Peponis, M., Walter, J., Ruprecht, T. M. & Bistrizky, H. (2020). Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Schule und Kinder- und Jugendhilfe. Innovationsprojekt „Drei für Eins“ für psychisch belastete Kinder und Jugendliche in Hamburg. *unsere jugend*, 72(11), 492–497. <https://doi.org/10.2378/uj2020.art79d>
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2022). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII*. Destatis. Abgerufen am 19.November 2022 von [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Publicationen/\\_publikationen-innen-kj-gefaehrdung-schutz.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Publicationen/_publikationen-innen-kj-gefaehrdung-schutz.html)
- Stauss, B. & Seidel, B. (2002). Beschwerdemanagement als Instrument der Kundenbindung. *Kundenorientierte Unternehmensführung*, 291–310.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-663-10593-0\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-663-10593-0_14)
- Stejspal, F. (2017). *Das Kinderschutz-Verfahren im medizinischen Alltag* [Vorlesungsfolien]. Abgerufen am 21.04.2021 von [https://www.dahme-spreewald.info/media\\_fast/595/Medizin%20und%20Kinderschutz%202.pdf](https://www.dahme-spreewald.info/media_fast/595/Medizin%20und%20Kinderschutz%202.pdf)
- Stötzel, M. (2009). Kinderschutz in Deutschland im Licht der MPK-Beschlüsse. Was ist daraus geworden? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(10), 786–797. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.10.786>

- Sucherdt, C. (2020). Zur soziologischen Auseinandersetzung mit Gewalt in der Medizin am Beispiel des medizinischen Kinderschutzes. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 45(S1), 69–88. <https://doi.org/10.1007/s11614-020-00409-w>
- Suess, G. J. & Hammer, W. (2010). *Kinderschutz: Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*. Klett-Cotta.
- Tenhaken, W. (2015). Interprofessionelle Kooperation als zentraler Baustein methodischen Handelns zur Abwendung von Kindeswohlgefährdung. In Schone, R. & W. Tenhaken (Hrsg.). *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe*, 238–287. Beltz.
- Thaiss, H. M. (2016). Frühe Hilfen in Deutschland – Chancen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1245–1246. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2438-0>
- Thole, W., Hildenbrand, B., Marks, S., Franzheld, T. & Sehmer, J. (2018). Verwalten, Kontrollieren und Schuld zuweisen. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 04, 341–363. <https://doi.org/10.3262/ZFSP1804341>.
- Thole, W., Retkowski, A. & Schäuble, B. (Hrsg.) (2012). *Sorgende Arrangements*. Springer.
- Thyen, U. (2010). Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 992–1001. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1126-8>
- Trede, W. (2013) Hilfe statt Nothilfe. *DJI Impulse*, 1(101), 7–9. DJI. [https://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/Trede-DJIB\\_101-2.pdf](https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Trede-DJIB_101-2.pdf)
- Trede, W. & Ulmer, B. (2013). Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen. *unsere jugend*, 65(5), 198–207. <https://doi.org/10.2378/uj2013.art19d>

- Turba, H. (2019). Polizei und Jugendhilfe im Kinderschutz. Kooperationschnittstellen und wechselseitige Wahrnehmungen. In: *unsere jugend*, 71(5), 194–200. <https://doi.org/10.2378/uj2019.art32d>
- Turba, H. (2020). Kooperation und Vernetzung im Kinderschutz – Ambivalenzen und Paradoxien. In: Kelle, H. & Dahmen, S. (Hrsg.). *Ambivalenzen des Kinderschutzes: Empirische und theoretische Perspektiven (Kindheiten)*. 132–150. Beltz Juventa.
- Vlajnic, D., Franke, I. & Breuer, J. (2010). PJ-Workshops zum Medizinischen Kinderschutz - Neue Wege praxisorientierten Unterrichts. *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. EGMS. Abgerufen am 17. April 2021 von <https://www.egms.de/en/meetings/gma2010/>
- Völkl-Kernstock, S. & Kienbacher, C. (2016). *Forensische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Praxishandbuch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Psychologie–Medizin–Recht–Sozialarbeit*. Springer.
- Völschow, Y. (2014). Kinderschutz in ländlich geprägten Regionen. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 2, 48–51. <https://www.kjugzeitschrift.de/de/Artikel/5109>
- von Bismark, S. (2016). Das Kinderschutzgesetz aus ärztlicher Sicht. In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2016). *Praxistest erfolgreich bestanden? 75–85. Difu*. <https://repository.difu.de/jspui/bitstream/difu/182234/1/DR16731.pdf>
- von Wölfel, U. (2016). „Ist die Mutter kooperationsbereit?“ Entscheidungsprozesse im Jugendamt bei der Fremdunterbringung junger Kinder. *unsere jugend*, 68(7+8), 316–324. <https://doi.org/10.2378/uj2016.art44d>
- Vrolijk-Bosschaart, T. F., Brilleslijper-Kater, S. N., Benninga, M. A., Lindauer, R. J. L. & Teeuw, A. H. (2018). Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult? *European Journal of Pediatrics*, 177(9), 1343–1350. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3193-z>



- Wagenknecht, I. & Meier-Gräwe, U. (2020). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, für die das Jugendamt in Anspruch genommen wurde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(7), 643–665.  
<https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.7.643>
- Wagner, P. & Hering, L. (2014). Online-Befragung. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer.
- Watzlawik, M., Christmann, B., Böhm, M. & Dekker, A. (2020). *Perspektiven auf sexualisierte Gewalt: Einsichten aus Forschung und Praxis (Sexuelle Gewalt und Pädagogik, 5(5))*. Springer.
- Weber, J., Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Hägele, A. & Künster, A. K. (2012). Evaluation des E-Learning-Fortbildungskurses „Frühe Hilfen und Frühe Interventionen im Kinderschutz“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 750–765.  
<https://doi.org/10.13109/prkk.2012.61.10.750>
- Weber, M. & Eschweiler, S. (2017). Qualität kontinuierlich weiterentwickeln. *Sozial Extra*, 41(1), 29–32. <https://doi.org/10.1007/s12054-017-0007-x>.
- Wegmann, J. & Zimmermann, G. E. (2001). Netzwerke, soziale. In Schäfers, B. (Hrsg.) *Grundbegriffe der Soziologie*. 7. Auflage. 251–255. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wetschka, B. (2012). *Kinderschutz als interdisziplinäres Aufgabengebiet*. (Diplomarbeit, Universität Wien). Universität Wien. Abgerufen am 19. April 2021 von [http://othes.univie.ac.at/24025/1/2012-10-03\\_0303324.pdf](http://othes.univie.ac.at/24025/1/2012-10-03_0303324.pdf)
- Winter, S. M. (2020). Medizinischer Kinderschutz: Abklärung unter einem Dach. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 117(20), 1054–1056.  
<https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=214034>
- Winter, S. & Romer, G. (2021). Editorial - Medizinischer Kinderschutz - von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(1), 2–4. <https://doi.org/10.13109/prkk.2021.70.1.2>

- Wirth, J. V. & Mertens J. (Hrsg.) (2023 im Druck). *Sozialarbeiter\*innen und ihr professioneller Alltag. Theorien, Konzepte, Methoden und Recht in der Praxis*. Beltz Juventa.
- Wirth, N. (2016). Herausforderungen und Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Erhebung und ihre Konsequenzen. *Jugendhilfe aktuell*, 1/2016, 14–17.  
<http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Jugendhilfe-aktuell-2016-01.pdf>
- Wißmann, H., Peters M. & Müller S. (2019). Physical or psychological child abuse an neglect: Experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany.
- Wolff, R.(2017) Kinderschutz. In: Kreft, D. & Mielenz, I. (2017). *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Edition Sozial)*. 8., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. 531 – 534. Beltz Juventa.
- Wolff, M. (2020). Kindeswohlgefährdung. In Liel, K. & Rademaker, A.L. (Hrsg.). *Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe*, 157–170. Beltz Juventa.
- Wolff, R. (2006). Inwiefern können Fachkräfte des Sozialen Dienstes durch ihr Handeln Kindern schaden bzw. zur Kindeswohlgefährdung beitragen? In: Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*, 285–290. <https://repository.difu.de/jspui/handle/difu/265491>
- Wolff, R., Flick, U., Ackermann, T., Biesel, K., Brandhorst, F., Heinitz, S., Patschke, M. & Röhnsch, G. (2013). *Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz*. Verlag Barbara Budrich.
- Wutzler, M. (2017). Falldynamiken und die Aushandlung von Kindeswohl im Kinderschutz. *Sozialer Sinn*, 18(2), 281–313. <https://doi.org/10.1515/sosi-2017-0013>

Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künstler, A.K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J.M.

(2010). Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Fruehehilfen.

[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch\\_Vernetzung\\_\\_NZFH\\_2010\\_.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung__NZFH_2010_.pdf)

Zielke, S. (2018). Der ASD - Herausforderungen und Lösungen. *unsere jugend*,

70(10), 425–431. <https://doi.org/10.2378/uj2018.art65d>

## Anhänge

- Anhang A: Fragebogen der quantitativen Erhebung
- Anhang B: Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der qualitativen Erhebung
- Anhang C: Leitfaden für die Durchführung der qualitativen Interviews
- Anhang D: Liste der gebildeten Scores incl. der summierten Einzelitems
- Anhang E: Codebuch für die Codierung der qualitativen Interviews
- Anhang F: Poster Tagung klinische Sozialarbeit. Hochschule Nordhausen. 2021.
- Anhang G: Poster Kongress für Kinder- und Jugendmedizin. Berlin. 2021.
- Anhang H: Poster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGFE). Bremen. 2022.

## Anhang A Fragebogen der quantitativen Erhebung



Sehr geehrte Mitarbeitende der Jugendämter,

vielen Dank, dass Sie am Forschungsprojekt "Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe" teilnehmen. Wir möchten Sie einladen, sich als ExpertInnen zur Verfügung zu stellen und so einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Schnittstelle zwischen dem Gesundheitswesen und der öffentlichen Jugendhilfe zu leisten.

Um die Schnittstellen zwischen den Jugendämtern und den Einrichtungen im Gesundheitswesen gut beschreiben und Verbesserungsvorschläge entwickeln zu können, möchten wir Ihr Expertenwissen, Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen in anonymer Form einholen, um die gelebte Praxis beschreiben zu können. Auch Schwierigkeiten und Hemmnisse gehören zu dieser Arbeit an den Schnittstellen. Diese sind wichtiger Bestandteil der Situationsbeschreibung und ein gutes Indiz für Veränderungsbedarfe. Bitte halten Sie sich daher nicht zurück, auch kritische Werte und Rückmeldungen einfließen zu lassen.

Die Umfrage erfolgt anonym. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Bitte nutzen Sie lediglich Ihr eigenes Wissen / Ihre eigene Meinung, auch wenn sie vermuten, dass KollegInnen andere / weitere Informationen beisteuern könnten. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens beträgt circa 35 Minuten. Bitte füllen Sie die Befragung in den nächsten zwei Wochen aus.

Mit dem Eintragen dieser Daten stimmen Sie einer Speicherung der eingegebenen Daten ausschließlich im Rahmen des Forschungsprojektes zu. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form veröffentlicht. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme, welches Sie uns gegenüber (falke@medecon.ruhr) widerrufen können. Da die Fragebögen vollständig anonym übersendet werden, können nach Eingang mehrerer Fragebögen einzelne Fragebögen nicht mehr zugeordnet und somit auch nicht entfernt werden.

Wir danken Ihnen für Ihr Mitwirken und Ihr Vertrauen in unsere Arbeit!

Prof. Dr. Thomas Ostermann (Leiter des Departments für Psychologie der Universität Witten/Herdecke) und Tobias Falke (M.A. gesundheitsfördernde Soziale Arbeit)

Für weitere Fragen und Rückmeldungen zum Projekt erreichen Sie uns unter:  
Tobias Falke falke@medecon.ruhr



## Teil A: Einstieg und was wir unter den Begriffen "medizinische Einrichtungen" und "Jugendamt" verstehen

Der Begriff „medizinische Einrichtungen“ wird im gesamten Fragebogen als Oberbegriff benutzt, unter dem die niedergelassene ärztliche und therapeutische Versorgung, die stationäre und ambulante Versorgung als medizinischer Dienstleistungsbereich zusammengefasst werden.

In diesem Fragebogen meint "Jugendamt" den Überbegriff für alle anderen Bezeichnungen, wie Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Bezirkssozialdienst (BSD), Jugendhilfedienst (JHD), etc..

### A1. Wie schätzen Sie Ihre Erfahrung im Bezug auf die Bearbeitung von Kinderschutzfällen als MitarbeiterIn des Jugendamtes ein?

Ich habe:

*Hier geht es um Ihre persönliche Wahrnehmung bzw. Ihr Gefühl.*

sehr wenig Erfahrung

wenig Erfahrung

viel Erfahrung

sehr viel Erfahrung

### A2. Wie wichtig ist Ihnen in Kinderschutzfällen eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und medizinischen Einrichtungen?

gar nicht wichtig

...

...

...

sehr wichtig

## Teil B: Ihre Ausbildung in Bezug auf (medizinische) Kinderschutzthemen

### B1. Im Rahmen meiner Ausbildung / meines Studiums wurden ausreichend allgemeine medizinische Grundlagen\* thematisiert.

\*gemeint sind z.B. Krankheitsbilder, Modelle von Gesundheit und Krankheit, Aufbau des Gesundheitswesens

(beurteilt aufgrund Ihrer aktuellen Berufserfahrung)

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu



**B2. Im Rahmen meiner Ausbildung / meines Studiums wurde das Thema Kinderschutz ausreichend thematisiert.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**B3. Zu der Idee, dass es (abgelöst vom Studium der Sozialen Arbeit) einen Studiengang allein für den Kinderschutz gibt...**

würde ich zustimmen.

würde ich nicht zustimmen.

habe ich keine festgelegte Meinung.

**B4. Im Rahmen meiner Ausbildung / meines Studiums wurde der medizinische Kinderschutz thematisiert.**

nie

selten

oft

sehr oft

### Teil C: Ihre berufliche Einarbeitung und der medizinische Kinderschutz

**C1. Im Rahmen meiner Einarbeitung habe ich strukturiert medizinische Einrichtungen vor Ort in den jeweiligen Einrichtungen kennengelernt.**

*z.B. indem Sie während der Einarbeitung gezielt von KollegInnen zu Gesprächen in medizinische Einrichtungen mitgenommen wurden oder dort Veranstaltungen angeboten wurden.*

ja

nein

**C2. Im Rahmen meiner Einarbeitung habe ich Informationen zu medizinischem Kinderschutz in meiner Kommune erhalten.**

ja

nein

**C3. Im Rahmen meiner Einarbeitung habe ich Ansprechpersonen in medizinischen Einrichtungen kennengelernt.**

ja

nein



## Teil D: Ihre Kontakte und deren Erreichbarkeit

### D1. Mir sind in folgenden medizinischen Einrichtungen Ansprechpersonen (auch) für Kinderschutzfälle persönlich bekannt:

*Wählen sie "Ja" bei allen medizinischen Einrichtungen, die dies betrifft.*

	ja	nein
Hebammen / Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztlichen Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtskliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenärztlichen Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrischem Zentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärztlichen Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsmedizinische Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D2. In unserem Jugendamt umfassen schriftliche Regelungen zur strukturierten Vertretungssituation bzw. Nachfolgeregelungen auch Netzwerkarbeit bzw. Arbeitskreise.

*In welcher Art von Dokument dies hinterlegt ist, ist nicht relevant*

- Wir haben keine schriftlichen Regelungen
- Wir haben schriftliche Regelungen, aber ohne Vertretungsregelung
- Bei uns ist auch die Vertretung schriftlich geregelt





**D3. Wenn sich meine Kontaktdaten oder die Besetzung meiner Stelle ändern würden, gibt es eine eindeutige Regelung, wie dies unseren Kooperationspartnern im Kinderschutz strukturiert mitgeteilt wird.**

*(z.B. durch Verfahrensanweisungen geregelt, regelmäßiger Austausch von Telefonlisten, o.ä.)*

nein

eher nein

eher ja

ja

**D4. Medizinische Einrichtungen empfinde ich in Kinderschutzangelegenheiten allgemein als sehr gut erreichbar.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**D5. Ich habe aktuelle Kontaktdaten meiner Ansprechpersonen für Kinderschutzfälle in medizinischen Einrichtungen**

*Bitte beziehen Sie dies auf Ihre Haupt-KooperationspartnerInnen im Kinderschutz*

nein

eher nein

eher ja

ja

**D6. Ich habe Kontaktdaten der Vertretungen der Ansprechpersonen für Kinderschutzfälle in medizinischen Einrichtungen.**

*Gemeint sind Abwesenheitsvertretungen. Bitte beziehen Sie dies auf ihre Haupt-KooperationspartnerInnen im Kinderschutz.*

nein

eher nein

eher ja

ja

**D7. Schriftliche Regelungen in meinem Amt mit Abläufen / Ansprechpersonen im medizinischen Kinderschutz wären für meine Aufgaben in der regelmäßigen Arbeitspraxis hilfreich.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu



## Teil E: Wie Sie Ihre Kontakte aufbauen und nutzen

**E1. Die (sehr) guten Kontakte habe ich mir selbst aufgebaut.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme weitestgehend zu

stimme voll zu

**E2. Ich nutze diese Kontakte für Fälle meiner KollegInnen.**

*z.B. indem ich meine Kontaktpersonen und die KollegInnen direkt in Kontakt bringe, Tipps zur Erreichbarkeit weitergebe oder Ansprechpersonen anrufe / anschreibe, um für Fälle von KollegInnen "die Tür zu öffnen"*

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**E3. Meine Kontakte zu Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen würde ich als sehr gut beschreiben.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu



## Teil F: Meldungen und Rückmeldungen

### F1. Ich erhalte Meldungen nach §8a SGB8 aus folgenden Einrichtungen der Gesundheitsdienste:

*Bitte für jede Zeile beantworten*

	nie	selten	oft	sehr oft
Hebammen/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsämter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsskliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrische Zentren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und - psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Erwachsenen Psychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsmedizinische Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### F2. Ich erhalte Informationen in Kinderschutzfällen aus medizinischen Einrichtungen ohne vorliegende Schweigepflichtsentbindung der Sorgeberechtigten.

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
sehr oft	<input type="checkbox"/>



**F3. Ich gebe Einrichtungen der Gesundheitsdienste nach Eingang einer Gefährdungs-Meldung eine Eingangsbestätigung.**

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

**F4. Ich gebe diese Rückmeldungen auf folgenden Wegen:**

- eher persönlich/telefonisch
- eher schriftlich
- teils schriftlich, teils persönlich/telefonisch

**F5. Ich gebe medizinischen Einrichtungen nach Eingang einer Gefährdungs-Meldung eine Rückmeldung über den weiteren Verlauf des Falles.**

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

**F6. Aus welchen Gründen geben Sie keine Rückmeldung?**

- Aus datenschutzrechtliche Gründen.
- Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen.
- Weil ich niemanden erreichen konnte.
- Es gibt eine interne Anweisung keine Rückmeldung zu geben.
- Es wurde keine Rückmeldung gewünscht.
- Sonstiges

Sonstiges

**F7. Ich gebe diese Rückmeldungen auf folgenden Wegen:**

- eher persönlich/telefonisch
- eher schriftlich
- teils schriftlich, teils persönlich/telefonisch



## Teil G: Anonyme Beratung (im / beim Jugendamt)

- G1.** In unserem Jugendamt gibt es Strukturen zur (anonymen) Beratung bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung für externe Personen (also nicht aus dem Jugendamt).
- ja
- nein
- G2.** Mitarbeitende in medizinischen Einrichtungen wissen meiner Meinung nach um die anonyme Beratungsmöglichkeit nach §4KKG.
- trifft nicht zu
- trifft eher nicht zu
- trifft eher zu
- trifft zu
- G3.** Die anonyme Beratung unseres Amtes in Kinderschutzfällen steht für andere Einrichtungen rund um die Uhr an allen Wochentagen (sogenannt 24/7) zur Verfügung.
- ja
- nein
- Ich weiß es nicht.
- G4.** Es gibt in unserem Jugendamt schriftliche Informationen / Flyer etc. zur anonymen Beratung, die ich anderen Institutionen mitgeben kann.
- ja
- nein
- weiß nicht
- G5.** Es gibt in unserem Jugendamt spezielle Ansprechpersonen für die anonyme Beratung von Mitarbeitenden aus den medizinischen Einrichtungen.
- ja
- nein
- weiß nicht
- G6.** Unser Jugendamt bietet öffentlich zugängliche Informationen zur (anonymen) Beratung im Kinderschutz auf der Homepage an.
- ja
- nein



**G7.** (Anonyme) Beratung von Einrichtungen / Personen aus den  
medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen kommen in  
meinem Amt vor:

*Bitte geben Sie eine Tendenz an, wenn es Ihnen nicht genau bekannt ist.*

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

## Teil H: Gemeinsame Gespräche

**H1.** Ich habe bereits Gespräche zum Kinderschutz vor Ort in  
medizinischen Einrichtungen geführt.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

**H2.** Ich habe bereits Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen in  
Kinderschutzfällen zu Gesprächen in das Jugendamt eingeladen.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

**H3.** Ich wurde bereits durch Mitarbeitende medizinischer Einrichtungen  
zu gemeinsamen Gesprächen in Kinderschutzfällen eingeladen.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft



- H4. Gespräche gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen finden zu einem angemessenen Termin statt, damit ich die Ergebnisse für die Gefährdungseinschätzung bzw. Planung der Hilfen im Fall nutzen kann.**

*Gespräche könnten u.a. sein: Gefährdungseinschätzung bzw. Planung der Hilfen, je nachdem an welcher Stelle der "Fall" gerade steht.*

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

- H5. In gemeinsamen Gesprächen zum Kinderschutz sind medizinische Fachbegriffe für mich nachvollziehbar.**

nie

selten

oft

sehr oft

- H6. In Kinderschutzfällen bin ich an gemeinsamen Gesprächen mit Mitarbeitenden aus medizinischen Einrichtungen beteiligt.**

nie

selten

oft

sehr oft

## Teil I: Entscheidungsfindung

- II. In unserem Jugendamt erfolgt eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischen Einrichtungen, ob in konkreten Fällen eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.**

nie

selten

oft

sehr oft



I2.	<b>Ich beziehe die Meinung von Mitarbeitenden medizinischer Einrichtungen maßgeblich in die Bewertung einer Kindeswohlgefährdung ein.</b>	
		nie <input type="checkbox"/>
		selten <input type="checkbox"/>
		oft <input type="checkbox"/>
		sehr oft <input type="checkbox"/>
I3.	<b>Personen aus medizinischen Einrichtungen (z.B. FachärztInnen, PsychotherapeutInnen) werden durch unser Jugendamt als "externe Fachkräfte" in Beratungs-/ Risikoeinschätzungsprozesse einbezogen.</b>	
		nie <input type="checkbox"/>
		selten <input type="checkbox"/>
		oft <input type="checkbox"/>
		sehr oft <input type="checkbox"/>
I4.	<b>In Kinderschutzfällen erstellen wir "Risiko-/Gefährdungseinschätzungen" gemeinsam mit medizinischen Einrichtungen.</b>	
		nie <input type="checkbox"/>
		selten <input type="checkbox"/>
		oft <input type="checkbox"/>
		sehr oft <input type="checkbox"/>
I5.	<b>In Kinderschutzfällen (in denen auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind) erstellen wir "Schutzpläne" gemeinsam mit den medizinischen Einrichtungen.</b>	
		nie <input type="checkbox"/>
		selten <input type="checkbox"/>
		oft <input type="checkbox"/>
		sehr oft <input type="checkbox"/>
	Das Konzept der Schutzpläne ist mir nicht bekannt.	<input type="checkbox"/>
I6.	<b>Schlussendlich werden Entscheidungen im Kinderschutz von Jugendamtsmitarbeitenden getroffen.</b>	
		stimme nicht zu <input type="checkbox"/>
		stimme wenig zu <input type="checkbox"/>
		stimme etwas zu <input type="checkbox"/>
		stimme voll zu <input type="checkbox"/>





I7. Ich wünsche mir eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischen Einrichtungen, ob in konkreten Fällen eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

### Teil J: Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes

J1. Ich wünsche mir die Ausweitung der Möglichkeit in Kinderschutzfällen Kinder bzw. Jugendliche in medizinischen Einrichtungen vorstellen zu können.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

J2. Ich habe bereits in der Vergangenheit Familien zur Einschätzung einer Gefährdungslage / Risikoeinschätzung an medizinische Einrichtungen verwiesen.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft





**J3. Welche Faktoren sind / wären ausschlaggebend, damit Sie Kontakt zu einer Einrichtung des medizinischen Kinderschutzes aufnehmen:**

**(i:bitte beantworten sie, ob sie eher zustimmen oder eher nicht zustimmen)**

*Es geht hier darum, was eher zutrifft. Selbstverständlich hängt die Beantwortung dieser Fragen in der Praxis von vielen Faktoren ab. Daher erfragen wir auch, ob sie **EHER zustimmen** oder **EHER NICHT zustimmen**.*

	eher ja	eher nein	möchte ich nicht beantworten
Alter des Kindes bis zum vollendeten 1. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Kindes bis zum vollendeten 3. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Alter spielt keine Rolle bei meiner Einschätzung zu Inanspruchnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf Prostitution im Umfeld des Kindes durch Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf sexuellen Missbrauch des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf psychische Misshandlung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf körperliche Misshandlung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf "im Stich lassen" des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf Mangelernährung / Unzureichende Flüssigkeitszufuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf medizinische Unterversorgung Anzeichen von Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermutete körperliche Krankheitssymptome (z.B. Einnässen, Schmerzen, Bewegungsauffälligkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermutete seelische / psychische Krankheitssymptome beim Kind (z.B. Einnässen, Ängste bzw. Zwänge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermutete fehlende aber notwendige ärztliche Versorgung und Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermutete Zuführung gesundheitsgefährdender Substanzen beim Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalttätigkeit in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankung der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desolate Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternteil(e) (vermutlich) psychisch erkrankt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Teil K: Schriftliche Kooperationsabsprachen

**K1. Mein Amt hat schriftliche Absprachen zur Zusammenarbeit (z.B. einen Kooperationsvertrag) mit medizinischen Einrichtungen.**

ja

nein

weiß nicht

**K2. Schriftliche Vorgaben / Regelungen unseres Jugendamtes zur Einbeziehung von medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen...**

*Bitte befragen Sie hierzu keine KollegInnen, sondern antworten sie ausschließlich aufgrund ihres eigenen Wissens*

... kenne ich nicht.

... kenne ich und habe ich schon genutzt.

... kenne ich, habe ich aber noch nicht genutzt.





**K3. Mein Amt hat schriftliche Absprachen zur Zusammenarbeit (z.B. einen Kooperationsvertrag) mit folgenden medizinischen Einrichtungen:**

	Ja	Unicher	Nein
Klinik(en) für Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik(en) für Erwachsenenpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Erwachsenenpsychiatrie bzw. psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsämter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Teil L: Zufriedenheit in der Kooperation

**L1. Im Vergleich zu Kinderschutzfällen in denen KEINE medizinischen Einrichtungen beteiligt sind, bin ich zufriedener mit den Ergebnissen, wenn medizinische Einrichtungen ebenfalls beteiligt waren.**

nie	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>
oft	<input type="checkbox"/>
sehr oft	<input type="checkbox"/>



**L2. In unseren internen Teambesprechungen ist die Kooperation mit medizinischen Einrichtungen ein Thema.**

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

**L3. In Kinderschutzfällen in denen medizinische Einrichtungen involviert waren, handelten diese so schnell, wie es ihnen möglich war.**

- stimme nicht zu
- stimme wenig zu
- stimme etwas zu
- stimme voll zu

**L4. Die Interaktionsqualität (z.B. Freundlichkeit, Bemühen, Verlässlichkeit) in Kinderschutzangelegenheiten in medizinische Einrichtungen empfinde ich als ...**

*Hier ist ein grundsätzlicher persönlicher Eindruck gefragt*

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend



**L5. Die Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen mit den folgenden Einrichtungen bewerte ich allgemein als ...**

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	kann ich keine Aussage zu treffen
Hebammen / Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsämter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtskliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrische Zentren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxen für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsmedizinische Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L6. Bitte bewerten Sie pauschal die Kooperationen in Kinderschutzfällen mit medizinischen Einrichtungen von 1 = sehr gut bis 6 ungenügend**

sehr gut

gut

befriedigend

ausreichend

mangelhaft

ungenügend





**L7. Aus meiner Sicht ist für die Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Kinderschutzfällen (potentiell) sehr förderlich:**

*bitte geben sie an, was sie als förderlich erlebt haben oder als potentiell förderlich erachten*

	stimme nicht zu	stimme wenig zu	stimme etwas zu	stimme voll zu
24/7 Erreichbarkeit von Verantwortlichen für den med. Kinderschutz in den Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Kooperationsabsprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spezifische Kontaktmöglichkeiten (Mail / Telefon) zu Kinderschutzthemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Zeiten / Sprechstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lokale Netzwerktreffen zum Kinderschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fallunabhängiger Austausch zum Kinderschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L8. Bitte bewerten Sie pauschal die Kooperation in Kinderschutzfällen mit Einrichtungen, die nicht zu den medizinischen Einrichtungen zählen (z.B. Polizei, Justiz, etc.) von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend:**

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft
- ungenügend

### Teil M: Netzwerke, deren Struktur und ihre persönliche Zufriedenheit

**M1. Es gibt in der Kommune unseres Jugendamtes ein Kinderschutz – Netzwerk.**

*Sollten Sie für mehrere Kommunen zuständig sein, wählen Sie „ja“ wenn ihr Jugendamt an mindestens einem Netzwerk beteiligt sind.*

- ja
- nein
- weiß nicht

**M2. Unser Jugendamt beteiligt sich an einem Kinderschutz - Netzwerk.**

- ja
- nein
- weiß nicht



**M3. Am Kinderschutz - Netzwerk nehmen neben dem Jugendamt folgende medizinische Einrichtungen teil:**  
*Bitte markieren sie diejenigen medizinischen Einrichtungen von denen sie es wissen. Wenn sie bei einzelnen Einrichtungen sehr unsicher sind, so markieren sie diese nicht.*

- Hebammen/Entbindungspfleger
- Kinderärztliche Praxen
- Kinderkliniken
- Gesundheitsamt
- Geburtskliniken
- Frauenärztliche Praxen
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Sozialpädiatrisches Zentrum
- Zahnärztliche Praxen
- Klinik für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie
- Praxen für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie
- Rechtsmedizinische Einrichtungen

**M4. Gibt es schriftliche Regelungen zur Zusammenarbeit und Organisation im Kinderschutz - Netzwerk (z.B. Kooperationsverträge, Kooperationsabsprachen, Geschäftsordnungen, etc.)?**  
*Bitte wählen sie "ja", wenn es ihres Wissens nach solche schriftlichen Regelungen gibt, die das Kinderschutznetzwerk direkt betreffen (wie z.B. eine Geschäftsordnung) oder wenn die schriftlichen Regelungen über das Netzwerk angeregt bzw. organisiert wurden.*

- ja
- nein
- weiß nicht

**M5. Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem lokalen Kinderschutz - Netzwerk hinsichtlich:**  
*Bitte wählen sie einen Wert zwischen 0 = überhaupt nicht zufrieden und 100 = maximal zufrieden.*

der Erreichbarkeit der anderen Versorgungsstrukturen

der Verfügbarkeit der anderen Versorgungsstrukturen

wie hilfreich das Angebot der anderen Versorgungsstrukturen für Ihre Fragestellung ist

**M6. Die Inhalte der Netzwerktreffen sind:**

- allgemeine Themen rund um die Einrichtungen und Familien
- Fallbesprechung





Besuche / Hospitationen in den Einrichtungen	<input type="checkbox"/>
gemeinsame Konzept(weiter-)Entwicklung	<input type="checkbox"/>
Beschwerden	<input type="checkbox"/>
gegenseitige Fortbildung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

**M7. Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Zusammenarbeit bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mit Ihrem lokalen Netzwerk?**  
*Bitte wählen sie einen Wert zwischen 0 = überhaupt nicht zufrieden und 100 = maximal zufrieden.*

**Teil N: Ihre Meinungen und ihr Wissen zu medizinischem Kinderschutz**

**N1. Wie sehr kann der medizinische Kinderschutz Sie bei folgenden Tätigkeiten unterstützen?**

	gar nicht	etwas	viel	sehr viel
Multiperspektivisches Fallverstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlussfolgerungen aus den vorhandenen Informationen ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl der fachlich passenden Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N2. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu:**

**"Nach erfolgter Mitteilung an das Jugendamt können die medizinischen Einrichtungen das Jugendamt in Kinderschutzfällen noch weiter im Fall unterstützen!"**

stimme nicht zu	<input type="checkbox"/>
stimme wenig zu	<input type="checkbox"/>
stimme etwas zu	<input type="checkbox"/>
stimme voll zu	<input type="checkbox"/>



**N3. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu:**

**"Durch die Stärkung des medizinischen Kinderschutzes kommt auf das Jugendamt mehr Arbeit zu."**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**N4. Zu den Aufgaben des medizinischen Kinderschutzes gehören aus meiner Sicht:**

ja      nein

Prävention  .....

Früherkennung  .....

Diagnostik  .....

Intervention  .....

kollegiale Beratung für andere Gesundheitsdienste  .....

Fortbildung anbieten  .....

Beratung für die Jugendhilfe  .....

**N5. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu:**

**"Die Anamnese und Diagnostik des medizinischen Kinderschutzes helfen mir dabei Kindeswohlgefährdungen zu erkennen."**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**N6. Ich weiß, dass es für medizinische Einrichtungen die Leitlinie "Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)" gibt.**

ja

nein



**N7. Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu:**

**"Die Anamnese und Diagnostik des medizinischen Kinderschutzes helfen mir dabei Kindeswohlgefährdungen gegenüber Dritten (z.B. Juristen, Polizei etc.) zu erläutern."**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**N8. Die Leitlinie "Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)" hilft mir in Kinderschutzfällen.**

ja

nein

**N9. Ich habe die Leitlinie "Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)" gelesen / gesichtet.**

*Hier geht es darum, ob sie das Dokument schon einmal selbst geöffnet und darin gelesen haben und nicht darum, ob Sie die Leitlinie vollständig gelesen haben.*

ja

nein

## **Teil O: Ihre Meinung zu Kooperation (im medizinischen Kinderschutz)**

**O1. Kooperationen kosten unter dem Strich mehr Zeit und Engagement, als sie schlussendlich bringen.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**O2. Der eigentliche Nutzen von Kooperationen und Netzwerken bleibt in der praktischen Arbeit unklar.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu



**O3. Durch mehr Kooperation und Netzwerkarbeit erreichen uns noch mehr Anfragen in Kinderschutzfällen, für die wir eigentlich keine ausreichenden Ressourcen bereithalten.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**O4. Je mehr mein Dienst und ich in Netzwerken und Kooperationen vertreten und "sichtbar" sind, umso eher werden wir von anderen Institutionen in Kinderschutzfällen angesprochen.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**O5. Kooperations- und Netzwerkarbeit verstehe ich als originären Bestandteil meiner Arbeit.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**O6. Medizinische Einrichtungen verstehen Kooperations- und Netzwerkarbeit als originären Bestandteil ihrer Arbeit.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

## Teil P: Erwartete und wahrnehmbare Effekte durch und in Kooperationen

**P1. Welche Effekte vermuten Sie bei den beteiligten Kindern und deren Familien, wenn in Kinderschutzfällen sowohl das Jugendamt als auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind:**

*Mehrfachauswahl ist möglich*



**P2. Die Berufsgruppe der Mitarbeitenden im Jugendamt sind im Kinderschutz auch bei Fällen in Kooperation am stärksten in der Verantwortung.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**P3. Die Jugendamtsmitarbeitenden stehen im Kinderschutz unter einem besonders hohen Druck durch die öffentliche Beobachtung.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**P4. Ich würde mir wünschen, dass die anderen Einrichtungen mehr Verantwortung bei Kinderschutzentscheidungen übernehmen (können).**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**P5. Die gemeinsame Entscheidungsfindung des Jugendamtes mit anderen Einrichtungen soll rechtlich geregelt werden.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu



## Teil Q: Gegenseitiges Wissen und Anforderung von Berichten

**Q1. Ich verfüge in Bezug auf das Thema Kinderschutz über Wissen zu Abläufen, Arbeitsweisen und Handlungslogiken der medizinischen Einrichtungen.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**Q2. Die angeforderten Dokumente aus den medizinischen Einrichtungen Dokumente wie z.B. Entlassbriefe, Stellungnahmen kann ich in Kinderschutzfällen nutzen.**

Sonstiges

Sonstiges

**Q3. Die medizinischen Praxen und Kliniken verfügen in Bezug auf das Thema Kinderschutz über Wissen zu Abläufen, Arbeitsweisen und Handlungslogiken des Jugendamtes.**

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

**Q4. Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ...**

kenne ich nicht.

kenne ich und habe ich schon genutzt.

kenne ich, habe ich aber noch nicht genutzt.

**Q5. Ich fordere in Kinderschutzfällen Dokumente wie z.B. Entlassbriefe, Stellungnahmen in medizinischen Einrichtungen an.**

nie

selten

oft

sehr oft



**Q6.** In Kinderschutzfällen werde ich in medizinischer Fachsprache mit Befunden und Diagnosen konfrontiert.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

### Teil R: Fort- und Weiterbildung

**R1.** Fort- und Weiterbildungen zu medizinischem Kinderschutz ...

habe ich schon besucht.

habe ich (noch) nicht besucht.

**R2.** Fort- und Weiterbildungen zu medizinischem Kinderschutz ...

würde ich auf keinen Fall (erneut) besuchen.

würde ich eher nicht (erneut) besuchen.

würde ich wahrscheinlich (erneut) besuchen.

würde ich auf jeden Fall (erneut) besuchen.

### Teil S: Die Frage des Handelns auf Augenhöhe

**S1.** Die Verantwortung in Kinderschutzfällen, in denen medizinische Einrichtungen und das Jugendamt beteiligt sind...

*Bitte wählen sie aus. Es geht um eine grundsätzliche Einschätzung.*

...liegt komplett beim Jugendamt

...liegt mehr beim Jugendamt

...liegt gleichviel bei beiden Einrichtungen

...liegt mehr in der medizinischen Einrichtung

...liegt komplett in der medizinischen Einrichtung



S2. Da Sie das Verhältnis nicht auf Augenhöhe empfinden:

Beschreiben Sie bitte das Verhältnis von öffentlicher Jugendhilfe und medizinischen Einrichtungen zueinander.

S3. Wie stark stimmen Sie folgender Aussage zu: "Mitarbeitende in medizinischen Einrichtungen haben höhere Bindungen an die Schweigepflicht als Mitarbeitende im Jugendamt."

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

hierzu kann ich keine Aussage treffen

S4. Nach meinem Eindruck maßen sich medizinische Einrichtungen in Kinderschutzfällen zu viel Entscheidungsfähigkeit / Entscheidungsbefugnis an?

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu

S5. Die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und medizinischen Einrichtungen verläuft bei uns "auf Augenhöhe".

*gemeint ist eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Zusammenarbeit*

stimme nicht zu

stimme wenig zu

stimme etwas zu

stimme voll zu





## Teil T: Anonyme Beratung (in / bei medizinischen Einrichtungen)

**T1. Ich wünsche mir in Kinderschutzfällen eine (anonyme) Beratung für mich durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen, z.B. ÄrztInnen / PsychotherapeutInnen / Hebammen.**

nein

eher nein

eher ja

ja

**T2. Ich habe mich in Kinderschutzfällen bereits anonym durch Mitarbeitende aus medizinischen Einrichtungen beraten lassen.**

nie

selten

oft

sehr oft

**T3. Meine (anonymen) Beratungsanfragen in Kinderschutzfällen richte ich an / würde ich am ehesten richten an:**

*Mehrfachauswahl ist möglich*

Kinderklinik

Geburtsklinik

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

niedergelassene KinderärztInnen

niedergelassene PsychiaterInnen / PsychotherapeutInnen

Hebammen/Entbindungspfleger

sonstige FachärztInnen

RechtsmedizinerInnen

Sonstiges

Sonstiges



**T4. Bei Beratung für meine Person in Fragen des medizinischen Kinderschutzes sind / wären folgende Merkmale wichtig:**

*Mehrfachauswahl ist möglich*

- Anonymität
- Erreichbarkeit rund um die Uhr (sog. 24/7 Erreichbarkeit)
- persönliches Gespräch
- unmittelbares Gespräch
- Möglichkeit Dokumente gesichert auszutauschen
- bestehender Kooperationsvertrag mit der beratenden Einrichtung
- lokale Einrichtung
- Einrichtung, die übergeordnet arbeitet und am Fall nicht beteiligt ist
- dass ich die beratende Person vorher persönlich kenne
- Sonstiges

Sonstiges

**T5. Mit der anonymen Beratung in Kinderschutzfällen durch die medizinische Einrichtungen bin ich ...**

- gar nicht zufrieden.
- etwas zufrieden.
- ziemlich zufrieden.
- maximal zufrieden.

## Teil U: Beschwerden und Reflexion

**U1. Ich habe mich schon einmal in einem Kinderschutzfall über Mitarbeitende einer medizinischen Einrichtung / eine medizinische Einrichtungen bei meinen eigenen Vorgesetzten / KollegInnen beschwert.**

- nie
- selten
- oft
- sehr oft



**U2.** Ich habe mich in einem Kinderschutzfall über Mitarbeitende / eine medizinische Einrichtungen bei der betreffenden Einrichtung beschwert.

- nie
- selten
- oft
- sehr oft

## Teil V: Antwortende Personengruppen

**V1.** Mein Alter in Jahren

*Bitte ordnen sie sich der entsprechenden Gruppe zu.*

- jünger als 25
- 25-35
- 36-45
- 46-55
- 56 oder älter

**V2.** Meine Berufsjahre als Fachkraft in der Sozialen Arbeit nach erstem einschlägigen Hochschulabschluss.

*Bitte auf eine ganze Zahl aufrunden, wenn mehr als ein halbes Jahr hinzukommt, also z.B. "7 Jahre" bei 6 Jahren und 8 Monaten*

**V3.** Ich arbeite in folgender Art von Kommune

- Kreisfreie Stadt
- Kreisangehörige Gemeinde
- Landkreis

**V4.** Wie viele Mitarbeitende arbeiten in Ihrer Kommune im Allgemeinen Sozialdienst / Bezirkssozialdienst / Jugendhilfedienst?

- 10 oder weniger Personen
- 11 - 25 Personen
- 26 - 50 Personen
- 51 - 100 Personen
- 101 - 200 Personen
- mehr als 200 Personen



V5. **Wie viele Einwohnende hat die Kommune für die Ihr Jugendamt zuständig ist?**

*(eine gerundete Zahl ist ausreichend)*

- Bis zu 4999 Einwohnende
- 5000 bis 9999 Einwohnende
- 10.000 bis 49.999 Einwohnende
- 50.000 bis 99.999 Einwohnende
- 100.000 bis 199.999 Einwohnende
- 200.000 bis 499.999 Einwohnende
- 500.000 und mehr Einwohnende

V6. **Ich fülle diesen Fragebogen aus in folgender Funktion:**

*Gemeint als Kinderschutz-Stabsstelle sind hiermit auch Leitungskräfte aus ASD, BSD, JHD, die anstatt einer Stabsstelle diesen Fragebogen ausfüllen.*

Kinderschutzbeauftragte Person (Stabsstelle Kinderschutz)

MitarbeiterIn im ASD mit Fallverantwortung

V7. **Meine Berufsjahre im Jugendamt (gemeint ist ASD, BSD, Jugendhilfedienst, Kinderschutzteam etc.).**

*Bitte auf eine ganze Zahl aufrunden, wenn mehr als ein halbes Jahr hinzukommt, also z.B. "7 Jahre" bei 6 Jahren und 8 Monaten.*

*Berufsjahre z.B. in der Kinder- und Jugendförderung sind nicht gemeint.*

V8. **Im Jahr 2020 habe ich diese Anzahl Kinderschutzfälle verantwortlich bearbeitet:**

*Bitte schätzen Sie, falls Sie die Zahl nicht genau kennen.*

**Vielen Dank für ihre Beteiligung und Ihren  
Einsatz für die Verbesserung des Kinderschutzes!**

## **Anhang B Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der qualitativen Erhebung**

### Einverständniserklärung zum Interview

Forschungsprojekt:

#### **Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe**

Durchführende Institution: Universität Witten-Herdecke

Projektleitung: Prof. Dr. Thomas Ostermann

Interviewer: Tobias Falke M.A.

Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Interviewkürzel: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert. Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und durch ein Schreibbüro in Schriftform gebracht wird. Die Audiodateien werden gespeichert und nach endgültiger Finalisierung des Promotionsprojekts gelöscht. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Die wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes erfolgt durch Herrn Tobias Falke unter Anleitung des Projektleiters. Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche und unterrichtende Zwecke genutzt werden können.

Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten. Einen Widerspruch gegen die Nutzung meiner Daten kann ich gegenüber Herrn Falke unter [tobias-falke@gmx.de](mailto:tobias-falke@gmx.de) geltend machen.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben, und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

---

Ort, Datum, Unterschrift Interviewte\_r

## Anhang C Leitfaden für die Durchführung der qualitativen Interviews

### Leitfaden für die qualitativen Interviews

**Vorbemerkungen** (in Anlehnung an Gläser/Laudel (2010, S.302):

- Danken
- Ziel der Untersuchung benennen (Aussagen zur Schnittstelle zwischen Jugendämtern und Medizinischem Kinderschutz zu treffen)
- Ziel der Interviews: subjektive Meinungen und subjektives Wissen von Jugendamtsmitarbeitenden über die bereits erhobenen Zahlen hinaus zu generieren
- Anonymität erläutern (ggf. auch mit Beispielen)
- (wenn noch nicht geschehen) Einverständniserklärung erläutern
- Erläuterung zur Aufzeichnung geben
- Gibt es noch Fragen?

	<b>Frage</b>	<b>Optionale Ergänzungen</b>
Opener	Bitte stellen Sie sich einmal kurz mit Alter und ihrer Erfahrung im Kinderschutz vor.	
Struktur	Welche Effekte hat es, wenn ein Kinderschutznetzwerk in der Kommune vorhanden ist, an der sich das Jugendamt beteiligt?	
Struktur	Erzählen Sie uns bitte, zu welchen Einrichtungen des med. KS sie besonders gute Kontakte haben und wie diese zustande gekommen sind!	
Struktur	Die quantitative Befragung hat ergeben, dass ein Großteil der JA – MA davon ausgeht, dass die anonyme Beratungsmöglichkeit nach 4KKG bei den medizinischen Einrichtungen nicht bekannt ist. Wie ist ihre Meinung hierzu und wie begründen sie diese?	
Prozess	Stellen Sie sich vor, dass sie in einem Kinderschutzfall direkt an die Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes denken. Welche Faktoren könnten diesen Gedanken ausgelöst haben?	
Prozess	Ein Großteil der JA – MA hat angegeben sich nie oder selten beraten haben zu lassen, obwohl ein Großteil sich diese Beratung wünscht. Wie ist das zu verstehen?	

Prozess	Empfinden sie die Zusammenarbeit zwischen Jugendämtern und Gesundheitswesen im Kinderschutz „auf Augenhöhe“	<b>Wenn ja:</b> wie beschreiben Sie diese Augenhöhe für sich  <b>Wenn nein:</b> Wie würden Sie das Verhältnis zwischen JH und Gesundheitswesen im Kinderschutz dann beschreiben
Med. KS	Falls sie schon einmal Kontakt mit der „Leitlinie medizinischer Kinderschutz / Kinderschutzleitlinie“ hatten: Was ist Ihnen noch in Erinnerung geblieben?	Falls nicht: kennen sie die Leitlinie? Falls nicht: wo würden sie die Leitlinie suchen
Med.KS	Wie sieht für Sie idealerweise ein Angebot medizinischer Einrichtungen im Kinderschutz aus, dass ihre Arbeit bereichern würde?	
Med KS	Bei einem Kinderschutzfall von Prävention über Meldung, Beratung, Entscheidung, Auswahl der angemessenen Hilfen,... wo glauben sie kann der medizinische KS sie am besten unterstützen?	... und wo kann er sie am aller wenigsten unterstützen?
Abschluss	Wie sieht idealerweise für Sie ein Angebot des medizinischen Kinderschutzes aus, dass die Inanspruchnahme positiv beeinflussen würde?	

Ergänzende / erläuternde Fragestellungen:

Haben Sie ein konkretes Beispiel?

Wie genau könnte dies aussehen?

Was genau würde sich zum aktuellen Stand ändern?

Was wäre ihnen am aller wichtigsten?

Welchen Aspekt möchten Sie besonders hervorheben?

## Anhang D Liste der gebildeten Scores incl. der summierten Einzelitems

(die Scores wurden summativ erstellt)

### Kooperationseinstellung

V\_Bedeutung\_Zusammenarbeit;  
 +V\_Kooperation\_originärer\_Bestandteil\_ASD;  
 V\_Einstellung\_Mehrarbeit\_GEDREHT;  
 V\_Einstellung\_Effektivität\_GEDREHT;  
 V\_Einstellung\_Nutzen\_GEDREHT

### Kinderschutz Erfahrung

MEAN(G02Q02.V\_Erfahrung\_Kinderschutz+V\_KWG\_Anzahl\_Cluster+G32Q07.V\_Berufsjahre\_ASD+G30Q01.V\_Fortbildungen\_Teilnahme+G16Q02.V\_Ausbildung\_Kinderschutz\_allgemein+G17Q02.V\_Einarbeitung\_medizinischer\_Kinderschutz)

Dann Cluster gebildet: 0-5 Jahre=1; 6-10=2; 11-20=3; 21-30=4; mehr als 30=5

### Kooperationsstrukturen

V\_Kontaktdaten;  
 V\_Ansprechpersonen\_Vertretung;  
 V\_Summe\_Ansprechpersonen\_Einrichtungen\_persönlich; V\_Kontaktdaten\_Veränderung;  
 V\_Kooperationsverträge(Anzahl);  
 V\_Kooperationsverträge\_Gesundheitsdienste;  
 V\_Beratung\_Gesundheitsdienste\_Ansprechpersonen; V\_Beratung\_Erreichbarkeit;  
 V\_Kooperation\_Teambesprechung

### Kooperationsebene\_Meldung

V\_Rückmeldung\_Allgemein;  
 V\_Rückmeldung\_Verlauf;  
 V\_Gespräche\_Beteiligung\_Gesundheitsdienste;  
 V\_Gespräche\_Beteiligung\_Jugendamt;

### Kooperationsebene\_Bearbeitung

MEAN(G08Q02.V\_Entscheidungsfindung\_KWG\_Vorkommen+G08Q03.V\_Einbeziehung\_Bewertung\_KWG+G11Q02.V\_med\_KS\_weitere\_Unterstützung+G09Q01Q03.V\_med\_KS\_Unterstützung\_Hilfesuuche+G09Q01Q02.V\_med\_KS\_Unterstützung\_Schlussfolgerung+G08Q06.V\_Einscheidungsfindung\_Einschätzung+G09Q01Q01.V\_med\_KS\_Unter



stützung\_Fallverstehen+G08Q03.V\_Einbeziehung  
 \_Bewertung\_KWG+G08Q04.V\_externe\_Fachkräft  
 e\_Risikoeinschätzung+G08Q05.V\_Schutzplan\_ge  
 meinsam)

### **Inanspruchnahme Hilfen\_Gesundheitsdienste**

V\_Leitlinie\_bekannt; V\_Leitlinie\_gelesen;  
 V\_Leitlinie\_hilfreich;  
 V\_Beratung\_Inanspruchnahme

### **Netzwerkstruktur**

MEAN(G12Q02.V\_Regelungen\_Netzwerke\_schrift  
 lich\_Vertretung+G15Q01.V\_Kooperationsverträge  
 \_Gesundheitsdienste+G20Q01.V\_Netzwerk\_Kom  
 mune+G20Q02.V\_Netzwerk\_Teilnahme)

### **Wissen med. Kinderschutz**

V\_Einarbeitung\_medizinischer\_Kinderschutz;  
 V\_Ausbildung\_medizinische\_Grundlagen;;  
 V\_Ausbildung\_Kinderschutz\_medizinisch;  
 V\_Fortbildungen\_Teilnahme

### **Beratungsstruktur**

V\_Beratung\_Homepage;  
 V\_Beratung\_Erreichbarkeit;  
 V\_Beratung\_Gesundheitsdienste\_Ansprechperso  
 nen; V\_Beratung\_Flyer;

### **Ausbildung / Einarbeitung**

V\_Einarbeitung\_Ansprechpersonen;  
 V\_Einarbeitung\_Gesundheitsdienste;  
 V\_Einarbeitung\_medizinischer\_Kinderschutz;  
 V\_Ausbildung\_medizinische\_Grundlagen;  
 V\_Ausbildung\_Kinderschutz\_medizinisch;  
 V\_Ausbildung\_Kinderschutz\_allgemein

## Anhang E Codebuch Auswertung der Interviews

### Codesystem

Forschung	0
Soziodemographie TN	14
Medizinischer Kinderschutz	0
Beratung durch med. KS	25
Einbindung med. KS	27
konkrete Situationen	44
Perspektive med. KS	34
Verantwortungsgemeinschaft	30
Einrichtungen Gesundheitswesen	0
Frühe Hilfen	10
Gesundheitsamt	11
Gynäkologie	7
Hebammen	9
KJP	25
Kinderschutzleitlinie	12
Klinik Pädiatrie	32
Niedergelassene / Praxen	50
Psychiatrie EP	5
Kinderschutzambulanz	22
Kinderschutzhotline	3
Rechtsmedizin o.ä.	15
Sucht	5
Strukturen Jugendhilfe	0
Beratung durch Jugendhilfe	25
Ausbildung / Studium	24
Struktur im ASD	7
Netzwerke	0
Effekte bei Existenz Kinderschutznetzwerk	32
Entstehung KS Netzwerke / Koop.	14
Kooperation	0
Perspektiven der Kooperation	12
gute Koop.-Prozesse	62
Kooperationshemmnisse	64
Kooperationsstrukturen gut	41
Recht und Gesetz	32

Kooperationsinhalte	0
Diagnostik / Doku	39
Schulungen	9
sexualisierte Gewalt	11
Kooperationsfaktoren	0
Augenhöhe	30
Erreichbarkeit (Mail/Tel)	23
Erwartung an andere	33
Vertrauen	7

### **Soziodemographie TN**

Dieser Code wird vergeben, wenn die TN sich zu ihrem Alter, ihrem beruflichen Lebensweg und ihrer Erfahrung im Kinderschutz äußern

### **Medizinischer Kinderschutz**

#### **Beratung durch med. KS**

Dieser Code wird vergeben, wenn die TN über die Beratung durch medizinische Einrichtungen berichten

#### **Einbindung med. KS**

Dieser Code wird vergeben, wenn die TN berichten wie aus ihrer Sicht der medizinische Kinderschutz in Kinderschutzfälle (aus Sicht des Jugendamts) eingebunden werden kann. Z.B. in Prävention, Detektion, Diagnostik, Gefährdungsbeurteilung, Auswahl angemessener Hilfen, ...)

#### **konkrete Situationen**

Kodiert werden hier Situationen in denen die TN konkrete auslösende Sachverhalte für die Inanspruchnahme benennen, bzw. in denen Fallbeispiele gegeben werden

#### **Perspektive med. KS**

Kodiert werden hier Perspektiven für die Weiterentwicklung des Medizinischen Kinderschutzes, die die TN angeben

#### **Verantwortungsgemeinschaft**

Kodiert werden hier alle Äußerungen, die die Verantwortungsgemeinschaft betreffen. Eine Abgrenzung findet statt zu Codes, die rein auf die Kooperation abheben und ein "gemeinschaftliches" Handeln / Denken nicht betonen

### **Einrichtungen Gesundheitswesen**

#### **Frühe Hilfen**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Frühen Hilfen" direkt thematisieren

#### **Gesundheitsamt**

Kodiert werden hier alle Stellen, die das "Gesundheitsamt" bzw. ihm zugeordnete Strukturen direkt thematisieren

### **Gynäkologie**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Gynäkologie" direkt thematisieren. Ambulante und stationäre Angebote sind inkludiert.

### **Hebammen**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Hebammen" direkt thematisieren. Ambulante und stationäre Angebote sind inkludiert.

### **KJP**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Kinder- und Jugendpsychiatrie" direkt thematisieren. Ambulante und stationäre Angebote sind inkludiert.

### **Kinderschutzleitlinie**

Kodiert wurden hier alle Stellen in den Transkripten, die sich auf die Frage nach der Kinderschutzleitlinie beziehen

### **Klinik Pädiatrie**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Gynäkologie" direkt thematisieren. Inkludiert sind Kliniken und stationäre Fachabteilungen der Pädiatrie, sowie Nennungen der "Kinderärzte" sofern aus dem Kontext hervorgeht, dass es sich um stationäre klinische Angebote handelt

### **Niedergelassene / Praxen**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Praxen / Niedergelassenen Ärzte" direkt thematisieren. Die Hausärztliche Versorgung ist inkludiert.

### **Psychiatrie EP**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Erwachsenenpsychiatrie" direkt thematisieren. Ambulante und stationäre Angebote sind inkludiert.

### **Kinderschutzambulanz**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Kinderschutzambulanz" direkt thematisieren. Ambulante und stationäre Angebote sind inkludiert

### **Kinderschutzhotline**

Kodiert werden hier alle Stellen, die Erfahrungen mit und das Wissen um die Kinderschutzhotline thematisieren

### **Rechtsmedizin o.ä.**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Rechtsmedizin" direkt thematisieren. Ambulante und stationäre Angebote sind inkludiert

### **Sucht**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die "Sucht" direkt oder indirekt thematisieren.

## **Strukturen Jugendhilfe**

### **Beratung durch Jugendhilfe**

Kodiert werden hier alle Stellen, die sich direkt auf die Beratungsleistungen der Jugendhilfe im Kinderschutz beziehen

### **Ausbildung / Studium**

Kodiert werden hier alle Stellen, die die Ausbildung, das Studium, Fort- und Weiterbildungen im Kontext der Jugendamtsmitarbeitenden thematisieren

### **Struktur im ASD**

Kodiert werden alle Stellen, die Strukturen bzw. Ressourcen im ASD thematisieren

## **Netzwerke**

### **Effekte bei Existenz Kinderschutznetzwerk**

Kodiert werden hier Stellen, bei denen Effekte einer Kinderschutznetzwerkexistenz sowohl auf die Kooperation, die beteiligten Institutionen aber auch konkret die beteiligten Kinder / Familien haben

### **Entstehung KS Netzwerke / Koop.**

Kodiert werden hier die Stellen, die beschreiben, wie Netzwerke bzw. gute Kontakte zu Einrichtungen des med. KS entstanden sind

## **Kooperation**

### **Perspektiven der Kooperation**

Kodiert werden hier alle Inhalte, die perspektivische Entwicklungen der Kooperation zwischen Jugendhilfe und medizinischem Kinderschutz beschreiben

### **gute Koop.-Prozesse**

Kodiert werden hier alle positiv beschriebenen Aspekte der Kooperation incl. Prozessen

### **Kooperationshemmnisse**

Kodiert werden hier alle beschriebenen Hemmnisse / Schwierigkeiten / Fallstricke / ... für Kooperationsbeziehungen im Kinderschutz

### **Kooperationsstrukturen gut**

Kodiert werden hier KooperationsSTRUKTUREN im Gegensatz zu den Prozessen, die bei Hemmnissen und "guten" Koop. Prozessen kodiert werden

## **Recht und Gesetz**

Kodiert werden hier die Textstellen, die sich auf rechtliche Aspekte, Hindernisse, Entwicklungen oder Anforderungen beziehen. Beratungsanspruch nach 4 KKG ist jedoch ausgenommen, da oben extra unter "Beratung durch die Jugendhilfe" kodiert

## **Kooperationsinhalte**

### **Diagnostik / Doku**

Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die das Thema "Diagnostik" bzw. (rechtssichere) Dokumentation in Kinderschutzfällen als Aufgabe des medizinischen Kinderschutzes thematisieren

### **Schulungen**

Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die das Thema "Schulungen" in der Kooperation zwischen Jugendämtern und medizinischem Kinderschutz thematisieren.

### **sexualisierte Gewalt**

Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die das Thema "sexualisierte Gewalt" in Kinderschutzfällen thematisieren

## **Kooperationsfaktoren**

### **Augenhöhe**

Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die die (nicht-) vorhandene "Augenhöhe" in der Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und medizinischem Kinderschutz durch Einrichtungen des Gesundheitswesens beschreiben

### **Erreichbarkeit (Mail/Tel)**

Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die die Thematik der "Erreichbarkeit" in der Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und medizinischem Kinderschutz durch Einrichtungen des Gesundheitswesens beschreiben

### **Erwartung an andere**


Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die die "gegenseitigen oder auch einseitigen Erwartungen" in der Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und medizinischem Kinderschutz durch Einrichtungen des Gesundheitswesens beschreiben

### **Vertrauen**

Kodiert werden hier diejenigen Textpassagen, die das (nicht-) vorhandene "Vertrauen" in der Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und medizinischem Kinderschutz durch Einrichtungen des Gesundheitswesens beschreiben

# Anhang F Poster Tagung klinische Sozialarbeit. Hochschule Nordhausen.

Falke, T. & Ostermann, T. (2021a): Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe. [Posterbeitrag] Tagung klinische Sozialarbeit. Hochschule Nordhausen. 06.05.2021.



## Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe

Tobias Falke<sup>1,2</sup>, Thomas Ostermann<sup>1</sup>

1 Department of Psychology, University Witten/Herdecke, Germany 2 MedEcon Ruhr GmbH, Bochum, Germany

### Ausgangspunkt

Eine Kooperationsnotwendigkeit zwischen der öffentlichen Jugendhilfe und den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich betont (vgl. u.a. Winter&Romer 2021, Parton 1979) und durch die Regelungen im Bundeskinderschutzgesetz (2012) und die AWMF S3 Leitlinie Kinderschutz (2019) rechtlich und fachlich auf eine gestärkte Basis gestellt (BMFSFJ 2016). Die strukturellen und prozessualen Grundlagen für eine solche Verantwortungsgemeinschaft scheinen partiell unstrukturiert bzw. fragmentär zu sein. (vgl. Klatetzki 2020; Kломann et al. 2019, Bathke et al. 2018; Künstler et al. 2010).

### Ausgewählte Forschungsfragen

**Strukturelle Faktoren:**

- Wie korrelieren Kooperationsbereitschaft und Kooperationsstrukturen mit Attributen der Kommune und der ASD Struktur ?
- Wie weit ausgebildet ist die gegenseitige (anonyme) Beratung in ihren Strukturen?

**Prozessuale Faktoren:**

- Wirken sich Kooperationseinstellung und Wissen im med. Kinderschutz auf die Nutzung der Strukturen und das wahrgenommene Ergebnis im Kinderschutzfall aus?
- Welche konkreten fallbezogenen Faktoren lassen sich identifizieren, die eine Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes evozieren?

**Medizinischer Kinderschutz:**

- Sehen die Jugendämter die Einrichtungen der Gesundheitsdienste im gesamten Verlauf eines Kinderschutz - Fall (Detektion, Risikoeinschätzung, Beratung, Schutzkonzept, Rückmeldungen, Beratungen über angemessene Hilfen) eingebunden ?
- Wie lässt sich die Durchdringung und Inanspruchnahme medizinischer Kinderschutzstrukturen aus dem Gesundheitswesen beschreiben?

### Thematische Schwerpunkte

Strukturelle Faktoren	Prozessuale Faktoren	Medizinischer Kinderschutz
Ansprechpersonen	Zufriedenheit mit Kooperationsverläufen	Wissen um med. Kinderschutz
Einarbeitung	Zufriedenheit mit Netzwerkarbeit	Inanspruchnahme-evozierung
Fort- und Weiterbildung	Gegenseitige Beratung	Einbindung in unterschiedliche Schritte der Bearbeitung eines Kinderschutzfalls
Netzwerke		

### Datennutzung und -gewinnung

Eigene Erhebung (siehe Studiendesign und Datenerhebung) bei den Jugendämtern in NRW. Befragt werden jeweils Kinderschutzansprechpersonen in Stabsstellen und eine Person aus dem ASD. Bei n=186 Jugendämtern, wird eine Rücklaufquote von größer gleich 30% erwartet.

Daten aus dem Projekt MeKids.best → genutzt werden einzelne Daten aus den Struktur und fallspezifischen Evaluationen in 9 Kliniken und 18 Praxen

Daten des statistischen Landesamtes NRW in Bezug auf die Meldungen zu Kindeswohlgefährdungen

### Projekt - Timeline



### Projektziele

- Darstellung des aktuellen Forschungsstands im Bezug auf die Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die Jugendämter
- Darstellung aktueller Strukturen und Prozesse der Inanspruchnahme
- Identifizierung signifikanter Schlüsselereignisse oder Strukturen in der Kooperation von Jugendamt und Gesundheitswesen in Kinderschutzfällen
- Ableitung von Empfehlungen für die Gestaltung von Kooperationsprozessen im Kinderschutz

### Quellen

- Bathke, S. A., Bücken, M. & Fiegenbaum, D. (2018). Praxisbuch Kinderschutz interdisziplinär: Wie die Kooperation von Schule und Jugendhilfe gelingen kann
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.) (2016). Bericht der Bundesregierung - Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes.
- Klatetzki, T. (2020). Vier Fehlerarten im Kinderschutz. In: unsere jugend, 72, S. 450-456.
- Kломann, V., Schmalzer-Stöckl, B., Breuer-Nyhusen, J. & Grün, A. (2019). Professionelle Einschätzungsprozesse im Kinderschutz. Forschungsbericht. Katholische Hochschule NRW
- Künstler, A. K., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53, S.1134-1142
- Parton, N. (1979). The Natural History of Child Abuse: A Study in Social Problem Definition. In: The British Journal of Social Work, S. 431-451.
- Winter, S. M. & Romer, G. (2021). Editorial - Medizinischer Kinderschutz - von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 70(1), S. 2-4

**Contact:**  
 Tobias Falke (M.A. Sozialarbeiter / Sozialpädagoge)  
 E-Mail: falke@medecon.ruhr

Mit Unterstützung von




Netzwerk der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr    Medizinischer Kinderschutz

# Anhang G Poster Kongress für Kinder- und Jugendmedizin. Berlin.

Falke, T. & Ostermann, T. (2021b): Strukturelle Anforderungen der Jugendämter an den medizinischen Kinderschutz (ID 43817). [E-Poster/Poster, Posternr.: PO 043]. Kongress für Kinder- und Jugendmedizin. Berlin. 07.- 09.10.2021.

## Strukturelle und prozessuale Faktoren der Inanspruchnahme des medizinischen Kinderschutzes durch die öffentliche Jugendhilfe



Tobias Falke<sup>1,2</sup>, Thomas Ostermann<sup>1</sup>

1 Department of Psychology, University Witten/Herdecke, Germany 2 MedEcon Ruhr GmbH, Bochum, Germany

### Ausgangspunkt

Eine Kooperationsnotwendigkeit zwischen der öffentlichen Jugendhilfe und den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich betont (vgl. u.a. Winter&Romer 2021, Parton 1979) und durch die Regelungen im Bundeskinderschutzgesetz (2012) und die AWMF S3 Leitlinie Kinderschutz (2019) rechtlich und fachlich gestützt (BMFSFJ 2016). Strukturelle und prozessuale Grundlagen dieser Verantwortungsgemeinschaft scheinen partiell unstrukturiert bzw. fragmentär zu sein (vgl. Klatetzki, 2020; Klomann et al., 2019; Bathke et al., 2018; Künster et al., 2010), so dass Grenzen und Ent-Grenzen den Alltag der Beteiligten prägen. Insbesondere das gegenseitige strukturiertes Kennenlernen wird auf diesem Poster thematisiert. Ein Ergebnis sei vorangestellt um zur kritischen Reflexion anzuregen: „Welche Effekte vermuten Sie bei den beteiligten Kindern und deren Familien, wenn in Kinderschutzfällen sowohl das Jugendamt als auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind?“ Häufigste Antwort: „Die Einrichtungen verbänden sich der Familie gegenüber.“ (64%)

### Erste Ergebnisse

- Die vorliegenden quantitativen Daten: n=66 aus 38 Jugendämtern Erhebungszeitraum: August bis Dezember 2021
- Rücklauf zum Zeitpunkt der Publikationserstellung aus 20,32% der Jugendämter in NRW (n=186). Befragt wurden, wenn vorhanden, Stabstelle Kinderschutz und Allgemeiner Sozialer Dienst.
- Die durchschnittlich antwortende Person arbeitet eher in einem Jugendamt mit weniger als 50 ASD-Mitarbeitenden, ist 15,2 Jahre seit dem berufsqualifizierenden Abschluss tätig, davon 11,1 Jahre im Jugendamt mit Kinderschutzfällen betraut, hat 2020 knapp 50 Kinderschutzfälle verantwortlich bearbeitet und ist sehr wahrscheinlich weiblich (82%).
- Die dargestellten Ergebnisse manifestieren teilweise bereits bestehendes Wissen, zeigen jedoch ebenso Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kooperation auf. Neben den Grafiken finden sich Deutungen und wissenschaftliche Bezüge zu den Daten.

### Einarbeitung und Ausbildung

Grundlegende medizinische Kenntnisse sind im Kinderschutz auch für Sozialarbeitende wichtig. Oftmals haben Sie allein über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu entscheiden und benötigen hier Handlungssicherheit (Böwer, 2012). Die Teilnehmenden berichten zu mehr als 50% von unzureichender Thematisierung von Kinderschutz und medizinischen Inhalten.

Das Kennenlernen kooperierender Einrichtungen „Vor-Ort“ im Rahmen der Einarbeitung ist wichtiger Baustein gelingender Zusammenarbeit (Kälbbe & Kaba-Schönstein; 2004). Zwar lernen immerhin mehr als 60% Ansprechpersonen in medizinischen Einrichtungen kennen und 45% werden über medizinischen Kinderschutz informiert. Vor-Ort fand nur bei 39% Einarbeitung statt.

### Einbezug des Gesundheitswesens

Einbezug des Gesundheitswesens in konkreten Kinderschutzfällen

Insgesamt 82% der JA-Mitarbeitenden halten eine gemeinsame Entscheidungsfindung oft bzw. sehr oft für sinnvoll. Die Erhebung macht jedoch deutlich, dass sowohl in der Risiko-/Gefährdungseinschätzung als auch bei der Erstellung von Schutzplänen weniger als ein Drittel der JA-Mitarbeitenden gemeinsam mit Einrichtungen des Gesundheitswesens geleistet wird. 80% geben an, dass die Meinung der Mitarbeitenden des Gesundheitswesens maßgeblich in die Bewertung einfließt, also ein Austausch an anderer Stelle scheinbar stattfindet.

### Fortbildungsteilnahme

Fort- und Weiterbildungen zu medizinischem Kinderschutz

Trotz der 15,2 durchschnittlichen Jahre der Berufstätigkeit im Jugendamt und einen zu unterstellenden Interesse am Thema bzw. dem Innehaben einer Stabstelle im Kinderschutz haben sich nur 52% bereits in medizinischem Kinderschutz fort- oder weitergebildet. Hier ist auch der medizinische Kinderschutz gefordert, zu dessen Aufgaben auch die Fortbildung gehört (Winter, 2020).

### Zuschreibungen

Wissen um die Kooperationspartnerinnen

In diversen Veröffentlichungen wird betont, wie wichtig das Wissen um Handlungslogiken der Einrichtungen ist (z.B. Tenhaken, 2015; LWL, 2015; Schroeder, 2009). Wie schon in der Erhebung schreiben sich die Antwortenden mehr Wissen um Handlungslogiken zu, als der kooperierenden Einrichtung. Ein solches Ergebnis erschwert die Kooperation, fordert interprofessionelles Lernen und sollte den Austausch fördern, statt ihn zu hemmen.

### Quellen

Bathke, S. A., Rücken, M. & Fiegenbaum, G. (2018). Praxisbuch Kinderschutz interdisziplinär: Wie die Kooperation von Schule und Jugendhilfe gelingen kann.  
 Böwer, M. (2012). Kinderschutzorganisationen: Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationsstrukturen. Beltz Juventa.  
 Böwer, M. & Kothaus, J. (2018). Praxisbuch Kinderschutz: Professionelle Herausforderungen bewältigen. Beltz Juventa.  
 BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2019). Bericht der Bundesregierung - Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes.  
 Klomann, K. & Klomann, W. (2017). Weiterbildung im Kinderschutzkontext. Sozial Extra, 41(1), 33–36. Klatetzki, T. (2020). Vier Fehlerarten im Kinderschutz. In: unsere Jugend, 72, 5, 450–456.  
 Klomann, K., Schermer-Srück, B., Breuer-Nyhaen, J. & Grün, A. (2019). Professionelle Einschätzungsprozesse im Kinderschutz. Forschungsbericht.  
 Künster, A. K., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2019). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den ersten Hilfen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53, 5, 1134–1142.  
 Parton, M. (1979). The Natural History of Child Abuse: A Study in Social Problems Definition. In: The British Journal of Social Work, S. 431–451.  
 Tenhaken, W. (2015). Interprofessionelle Kooperation als zentraler Baustein methodischen Handelns zur Absicherung der Kindeswohlgefährdung. In: B. Schme & W. Tenhaken (Hrsg.), Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe (S. 238–252). Schöner, R./ Tenhaken W. (Hrsg.).  
 Winter, S. M. & Romer, G. (2021). Editorial: Medizinischer Kinderschutz - von der Interdisziplinär zur Transdisziplinär. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 70(1), S. 2–4.

### Wahrgenommene Unterstützungsmöglichkeiten im Jugendamt durch den medizinischen Kinderschutz

Contact: Tobias Falke (M.A. Sozialarbeiter / Sozialpädagoge) E-Mail: falke@medecon.ruhr

Mit Unterstützung von



# Anhang H Poster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGFE). Bremen.

Falke, T. & Ostermann, T. (2022): Entgrenzung? Gemeinsame Fortbildung und weitere Kontakte im medizinischen Kinderschutz. [Posterbeitrag] Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGFE). Bremen. 13.- 16.03.2022.



## Entgrenzung? Gemeinsame Fortbildung und weitere Kontakte im medizinischen Kinderschutz

Tobias Falke<sup>1,2</sup>, Thomas Ostermann<sup>1</sup>

1 Department of Psychology, University Witten/Herdecke, Germany 2 MedEcon Ruhr GmbH, Bochum, Germany

### Ausgangspunkt

Eine Kooperationsnotwendigkeit zwischen der öffentlichen Jugendhilfe und den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich betont (vgl. u.a. Winter&Romer 2021, Parton 1979) und durch die Regelungen im Bundeskinderschutzgesetz (2012) und die AWMF S3 Leitlinie Kinderschutz (2019) rechtlich und fachlich gestützt (BMFSFJ 2016). Strukturelle und prozessuale Grundlagen dieser Verantwortungsgemeinschaft scheinen partiell unstrukturiert bzw. fragmentär zu sein (vgl. Klatetzki, 2020; Klomann et al., 2019; Bathke et al., 2018; Künster et al., 2010), sodass Grenzen und Ent-Grenz-ungen den Alltag der Beteiligten prägen. Insbesondere das gegenseitige strukturierte Kennenlernen wird auf diesem Poster thematisiert. Ein Ergebnis sei vorangestellt um zur kritischen Reflexion anzuregen: „Welche Effekte vermuten Sie bei den beteiligten Kindern und deren Familien, wenn in Kinderschutzfällen sowohl das Jugendamt als auch medizinische Einrichtungen beteiligt sind?“ Die meist gewählte Antwort: „Die Einrichtungen verbünden sich der Familie gegenüber.“ (64%)

### Einarbeitung und Ausbildung

Grundlegende medizinische Kenntnisse sind im Kinderschutz auch für Sozialarbeitende wichtig. Oftmals haben sie allein über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu entscheiden und benötigen hier Handlungssicherheit (Böwer, 2012). Die Teilnehmenden berichten zu mehr als 50% von unzureichender Thematisierung von Kinderschutz und medizinischen Inhalten.



### Einarbeitung med. Kinderschutz und med. Einrichtungen



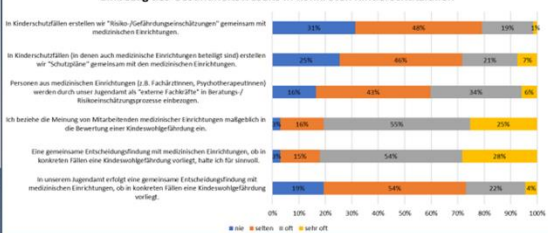
Das Kennenlernen kooperierender Einrichtungen „Vor Ort“ im Rahmen der Einarbeitung ist wichtiger Baustein gelingender Zusammenarbeit (Kälbke & Kaba-Schönstein; 2004). Zwar lernen immerhin mehr als 60% Ansprechpersonen in medizinischen Einrichtungen kennen und 45% werden über medizinischen Kinderschutz informiert. Die Einarbeitung fand nur bei 39% „Vor Ort“ statt.

### Erste Ergebnisse

- Die vorliegenden quantitativen Daten: n=66 aus 38 Jugendämtern Erhebungszeitraum: August bis Dezember 2021
- Rücklauf zum Zeitpunkt der Publikationserstellung aus 20,32% der Jugendämter in NRW (n=186). Befragt wurden, wenn vorhanden, Stabstelle Kinderschutz und Allgemeiner Sozialer Dienst.
- Die durchschnittlich antwortende Person arbeitet eher in einem Jugendamt mit weniger als 50 ASD-Mitarbeitenden, ist 15,2 Jahre seit dem berufsqualifizierenden Abschluss tätig, davon 11,1 Jahre im Jugendamt mit Kinderschutzfällen betraut, hat 2020 knapp 50 Kinderschutzfälle verantwortlich bearbeitet und ist sehr wahrscheinlich weiblich (82%).
- Die dargestellten Ergebnisse manifestieren teilweise bereits bestehendes Wissen, zeigen jedoch ebenso Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kooperation auf. Neben den Grafiken finden sich Deutungen und wissenschaftliche Bezüge zu den Daten.

### Einbezug des Gesundheitswesens

#### Einbezug des Gesundheitswesens in konkreten Kinderschutzfällen



Insgesamt 82% der JA-Mitarbeitenden halten eine gemeinsame Entscheidungsfindung oft bzw. sehr oft für sinnvoll. Die Erhebung macht jedoch deutlich, dass sowohl in der Risiko-/Gefährdungseinschätzung als auch bei der Erstellung von Schutzplänen weniger als ein Drittel der JA-Mitarbeitenden gemeinsam mit Einrichtungen des Gesundheitswesens erstellt werden. 80% geben an, dass die Meinung der Mitarbeitenden des Gesundheitswesens maßgeblich in die Bewertung einfließt, also ein Austausch an anderer Stelle scheinbar stattfindet.

### Fortbildungsteilnahme

#### Fort- und Weiterbildungen zu medizinischem Kinderschutz



Trotz der 15,2 durchschnittlichen Jahre der Berufstätigkeit im Jugendamt und einem zu unterstellenden Interesse am Thema bzw. dem Innehaben einer Stabstelle im Kinderschutz haben sich nur 52% bereits in medizinischem Kinderschutz fort- oder weitergebildet. Hier ist auch der medizinische Kinderschutz gefordert, zu dessen Aufgaben auch die Fortbildung gehört (Winter,2020).

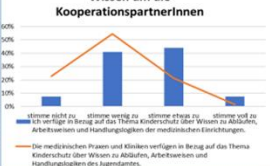
#### Fort- und Weiterbildungen zu medizinischem Kinderschutz



Kinderschutz als sich schnell entwickelndes Handlungsfeld erfordert bei allen Beteiligten Personen und Institutionen eine hohe Fortbildungsbereitschaft (vgl. Kinnen & Klomann 2017). Diskursivität und Perspektivenerweiterung stehen hierbei deutlich im Mittelpunkt (Böwer, 2018). Die Untersuchungskohorte zeigte sich diesbzgl. sehr aufgeschlossen und würde zu fast 70% Fort- und Weiterbildungen (erneut) medizinischem Kinderschutz besuchen.

### Zuschreibungen

#### Wissen um die KooperationspartnerInnen



In diversen Veröffentlichungen wird betont, wie wichtig das Wissen um Handlungslogiken der Einrichtungen ist (z.B. Tenhaken, 2015; LWL, 2015; Schroeder, 2009). Wie schon in der Erhebung schreiben sich die Antwortenden mehr Wissen um Handlungslogiken zu, als der kooperierenden Einrichtung. Ein solches Ergebnis erschwert die Kooperation, fordert interprofessionelles Lernen und sollte den Austausch fördern, statt ihn zu hemmen.

Wenn fallbezogene Kooperation stattfindet, so zeigt die nebenstehende Grafik, welche Unterstützungsmaßnahmen die Jugendamtsmitarbeitenden im konkreten Fall vom Gesundheitswesen erwarten. Grenzen der fachlichen Autonomie scheinen hier deutlich aufgezeigt zu werden, da die Auswahl der Hilfe deutlich weniger durch den medizinischen Kinderschutz unterstützbar wahrgenommen wird.

#### Wahrgenommene Unterstützungsmöglichkeiten im Jugendamt durch den medizinischen Kinderschutz



### Quellen

Bathke, S. A., Bücken, M. & Flegelbaum, D. (2018). Protokoll Kinderschutz interdisziplinär: Wie die Kooperation von Schule und Jugendhilfe gelingen kann. Böwer, M. (2012). Kindeswohlschutz organisieren: Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationsformen. Beltz Juventa.  
 BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2016). Bericht der Bundesregierung. Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes.  
 Klomann, K. & Kinnen, V. (2017). Weiterbildung im Kinderschutz. Soziale Extra, 4(1), 33-38. Klatetzki, T. (2020). Vier Fehlerarten im Kinderschutz. In: Vierteljahrsschrift für Forensische und Gerichtliche Medizin, 116, 450-456.  
 Klomann, V., Schermerhörn, B., Bremer-Nielsen, J. & Grün, A. (2019). Professionelle Einschätzungsprozesse im Kinderschutz. Forschungsbericht.  
 Künster, A. K., Isenr, C., Fegler, J. M. & Diegenbach, U. (2018). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53, 5, 1134 - 1142.  
 LWL (2015). „Herausforderungen und Lösungsansätze für eine verbesserte Kooperation zwischen den LWL-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Jugendämtern in Westfalen-Lippe“.  
 Parton, N. (1979). The Natural History of Child Abuse: A Study in Social Problem Definition. In: The British Journal of Social Work, 5, 431-451.  
 Tenhaken, W. (2015). Interdisziplinäre Kooperation als zentraler Baustein methodischen Handelns zur Abwendung von Kindeswohlgefährdung. In: R. Schone & W. Tenhaken (Hrsg.), Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe (S. 238-287). Schöne R. / Tenhaken W. (Hg.).  
 Winter, S. M. & Romer, G. (2021). Editorial - Medizinischer Kinderschutz - von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 70(1), S. 2 - 4.

Kontakt:  
Tobias Falke (M.A. Sozialarbeiter / Sozialpädagoge)  
E-Mail: falke@medecon.ruhr

Mit Unterstützung von



Netzwerk der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr

Medizinischer Kinderschutz