

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Kinderschutz in der Erwachsenenmedizin: eine Umfrage zu Kenntnissen und Haltungen unter den Beschäftigten des Zentrums für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin Karlsruhe

Bachelorarbeit

Im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

vorgelegt von:

Rona Gerberding



Hamburg

am 25.08.2025

Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Haufs (HAW Hamburg)

Gutachterin: Dr.ⁱⁿ Silke Pawils (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Abstract

Hintergrund: Obwohl die Evidenz zu negativen Auswirkungen kindlicher Belastungserfahrungen hoch ist, bleibt die Zahl unerkannter Kindeswohlgefährdungen erheblich. Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2020, Kinderschutzkonzepte in medizinischen Institutionen juristisch bindend einzuführen, wird die Schlüsselrolle der Gesundheitsfachkräfte bei Erkennung und Intervention von Kindeswohlgefährdung gestärkt. Kurzscreenings – wie das niederländische Haager Protokoll – können in der Erwachsenenmedizin dazu dienen, Kindeswohlgefährdungen anhand erwachsener Patient:innen frühzeitig zu identifizieren. Die vorliegende Studie untersucht daher die Kenntnisse und Haltungen zum Thema Kinderschutz unter medizinischen Angestellten einer Erwachsenennotaufnahme in Karlsruhe sowie potenzielle Unterschiede zwischen den Berufsgruppen der Gesundheitsfachkräfte.

Methode: Im Februar/ März 2025 wurde eine quantitative Online-Umfrage unter den Angestellten des Zentrums für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin (ZiAN) Karlsruhe durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden deskriptiv ausgewertet sowie mittels Mann-Whitney-U-Test zu jeweils zwei repräsentativen Items hinsichtlich Haltungen und Kenntnissen analysiert.

Ergebnisse Die Auswertung zeigt grundsätzlich eine aufgeschlossene und positive Haltung zum Thema Kinderschutz (N = 32). Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse Lücken hinsichtlich des Kenntnisstandes sowie Unsicherheiten und strukturelle Defizite im Bereich Kinderschutz. Zwischen den Berufsgruppen der Ärzt:innen und Pflegekräfte zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($U = 20,00$, $z = -2,148$, $p = 0,032$).

Fazit: Die Arbeit deutet auf ungenutztes Potenzial für Kinderschutz in der Erwachsenenmedizin hin. Es besteht Bedarf an gezielten Maßnahmen zur Kenntnissteigerung und struktureller Verankerung des Kinderschutzes an der ZiAN Karlsruhe sowie an weiterführenden Studien, die auch berufsgruppenspezifische Unterschiede tiefergehend untersuchen.

Schlüsselwörter: *medizinischer Kinderschutz, Erwachsenenmedizin, Kenntnisse und Haltungen, Berufsgruppenunterschiede, Früherkennung*

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	i
Tabellenverzeichnis	ii
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1. Einleitung	1
2. Medizinischer Kinderschutz	3
2.1 <i>Kindeswohlgefährdung</i>	5
2.1.1 Definition und Begriffsbestimmung	5
2.1.2 Prävalenz	7
2.1.3 Ätiologie	9
2.2 <i>Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Gesundheitswesen..</i>	12
2.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	13
2.2.2 Personelle Voraussetzungen	17
2.2.3 Strukturelle Voraussetzungen	18
2.3 <i>Kinderschutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen der</i> <i>Erwachsenenmedizin</i>	21
2.3.1 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.....	24
2.3.2 Haager Protokoll.....	25
2.4 <i>Barrieren und Herausforderungen des medizinischen Kinderschutzes</i>	27
2.4.1 Personelle Herausforderungen	27
2.4.2 Strukturelle Herausforderungen	29
3. Fragestellung und Zielsetzung	30
4. Methodik.....	31
4.1 <i>Studiendesign</i>	32

4.2	<i>Erhebungsinstrument</i>	32
4.3	<i>Durchführung</i>	33
4.4	<i>Datenaufbereitung und statistische Auswertung</i>	34
5.	Ergebnisse	36
5.1	<i>Stichprobenbeschreibung</i>	36
5.2	<i>Deskriptive Analyse (FF1)</i>	37
5.3	<i>Inferenzstatistische Analyse (FF2)</i>	41
6.	Diskussion	43
6.1	<i>Ergebnisdiskussion</i>	43
6.2	<i>Limitationen</i>	48
6.3	<i>Praxisableitung</i>	49
6.4	<i>Ableitungen für die Forschung</i>	50
7.	Fazit	51
	Literaturverzeichnis	54
	Rechtsquellenverzeichnis	61
	Anhang 1: Tabellen zu den Umfrageergebnissen	62
	Anhang 2: Fragebogen der Online-Umfrage in SoSci Survey	67
	Anhang 3: Flyer/Poster zur Stichprobenrekrutierung	76
	Eidesstattliche Erklärung	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehen medizinischer Fachkräfte bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG. Eigene Darstellung.....15

Abbildung 2: Boxplot des Mann-Whitney-U-Tests zur wahrgenommenen Arbeitskultur, abgebildet nach Berufsgruppen. Eigene Darstellung.43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden (N = 32)	37
Tabelle 2: Freitextantworten zu „Was denken Sie über ein Kurz-Screening zu Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung in Ihrem Arbeitsbereich?“ (N = 32)	39
Tabelle 3: Deskriptive Parameter	42
Tabelle 4: Deskriptive Parameter zur Gruppenunterscheidung (n, MR, Median) - Haltungsaussagen	42
Tabelle 5: Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich (N = 32)	62
Tabelle 6: Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in (N = 32)	63
Tabelle 7: Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in (N = 32)	65

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
df	Freiheitsgrade
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
DJI	Deutsches Jugendinstitut
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
i.e.F.	insoweit erfahrene Fachkraft
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KNMG	Königliche Niederländische Ärztekammer
M	Mittelwert
Mdn	Median
p	p-Wert
r	Effektstärke nach Pearson
RTKM	Arbeitsgruppe „Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch“
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
UBSKM	Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
χ^2	Chi-Quadrat
ZiAN	Zentrum für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin

1. Einleitung

Misshandlung und Vernachlässigung zählen zu den gravierendsten Belastungen in der Kindheit und können lebenslange gesundheitliche und psychosoziale Folgen nach sich ziehen (Schmid et al., 2022). Im Jahr 2023 verzeichnete das deutsche Jugendamt mit mindestens 63 700 gemeldeten Fällen von Kindeswohlgefährdung einen neuen Höchststand (Statistisches Bundesamt, 2024). Diese Zahl erfasst jedoch lediglich das Hellfeld. Das tatsächliche Ausmaß der Thematik wird unterschätzt, da eine Vielzahl gefährdeter Kinder unerkannt bleibt (Schmidt et al., 2020).

Im Rahmen dieser Arbeit inkludiert der Begriff „Kinder“ alle Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Wird von „Eltern“ gesprochen, so umfasst dies neben den leiblichen Eltern alle relevanten Bezugspersonen sowie Pflegeeltern des Kindes, die Erziehungsverantwortung für Kinder/Jugendliche wahrnehmen und regelmäßigen Kontakt mit ihnen pflegen. Nicht gemeint sind Bezugspersonen, die im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit mit dem Kind in Kontakt stehen. Das Personensorgerecht für das Kind oder den Jugendlichen kann davon abweichen.

Kinder erleben Misshandlung und Vernachlässigung meist durch unmittelbare Bezugspersonen. Im Jahr 2023 waren in 73 % der Fälle gemeldeter Kindeswohlgefährdung mindestens ein Elternteil involviert (Statistisches Bundesamt, 2024). Durch das Abhängigkeitsverhältnis von Kindern zu ihren Eltern stehen insbesondere durch individuelle oder strukturelle Risikofaktoren – wie durch psychische Erkrankungen, Suchtproblematiken, Armut oder Überforderung – belastete Familien im Fokus (Kapelari et al., 2016).

So gelten Kinder und Jugendliche als eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe, deren Schutz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt (Biesel & Urban-Stahl, 2018). Unterlassene Hilfe bei Kindeswohlgefährdung kann nicht nur individuelles Leid verursachen, sondern geht auch mit erheblichen gesellschaftlichen Folgen einher. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt Kindeswohlgefährdung weltweit zu den Hauptgründen für soziale und gesundheitliche Ungleichheit (Maier et al., 2022). Auch auf nationaler Ebene sind die Auswirkungen erheblich. Die deutsche Traumafolgekostenstudie von Habetha et al. (2012) schätzt die volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Kindesmisshandlung auf bis zu 29,8 Mrd. Euro jährlich. Zum Vergleich: Die Gesamtausgaben des deutschen Gesundheitssystems beliefen sich im

selben Jahr auf rund 300 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt, 2025). Obwohl die Studie bereits im Jahre 2012 veröffentlicht wurde und sich die Rahmenbedingungen seither verändert haben, veranschaulicht diese bis heute die Relevanz des Themas im Bereich Public-Health.

Um schwere negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung zu verhindern, ist ein frühzeitiges Erkennen und Intervenieren bei Kindeswohlgefährdung entscheidend (Schmidt et al., 2020). In der öffentlichen und fachlichen Diskussion wird Kinderschutz häufig mit pädiatrischen Versorgungsstrukturen oder dem Jugendhilfesystem assoziiert (Grau et al., 2024). Hinweise auf Kindeswohlgefährdung können aber auch in anderen Bereichen sichtbar werden. Besonders Fachkräfte im Gesundheitswesen – einschließlich der Erwachsenenmedizin, welche sich vorrangig mit Gesundheitsthemen Erwachsener befasst – befinden sich in einer Schlüsselposition zur Früherkennung von gefährdeten Kindern (Diderich et al., 2013). So stehen diese regelmäßig mit betroffenen Familien und Kindern in Kontakt (Winter & Romer 2021). Während in Ländern wie den Niederlanden bereits standardisierte Screeningverfahren flächendeckend in Erwachsenennotaufnahmen existieren (Diderich et al., 2013), besteht in Deutschland sowohl eine erkennbare Forschungslücke als auch eine Versorgungslücke in diesem Bereich (Clemens et al., 2018; Grau et al., 2024). Staatliche Stellen und medizinische Fachgesellschaften (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 2024; DGKiM, 2023; UBSKM, 2021), aber auch wissenschaftliche Studien, betonen die Notwendigkeit verstärkter Aufmerksamkeit gegenüber Kinderschutzthemen in Bereichen der Erwachsenenmedizin (Clemens et al., 2018).

Um effektiven Kinderschutz zu gewährleisten, wird in der Fachliteratur die Bedeutung von Kenntnissen und Haltungen zu Kinderschutzfragen der medizinischen Fachkräfte betont. Unter *Kenntnissen* wird dabei insbesondere Wissen zu rechtlichen Grundlagen, institutionellen Zuständigkeiten, Meldewegen sowie fachlichen Aspekten verstanden. Der Begriff *Haltung* beschreibt die individuelle Einstellung gegenüber dem Thema Kinderschutz – etwa hinsichtlich Relevanz, Verantwortungsgefühl und Handlungsmotivation (Berthold et al., 2019; Eberhardt et al., 2024; Hoffmann et al., 2021; Louwers et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund soll der aktuelle Stand von Kenntnissen und Haltungen im Bereich Kinderschutz in der Erwachsenenmedizin analysiert werden. Dazu untersucht die vorliegende Arbeit an der Erwachsenennotaufnahme Karlsruhe zwei zentrale Forschungsfragen: Zum einen sollen die Kenntnisse und Haltungen der

medizinischen Angestellten im Bereich Kinderschutz des Zentrums für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin (ZiAN) des städtischen Klinikums Karlsruhe erhoben werden. Da unterschiedliche Berufsgruppen am ZiAN Karlsruhe tätig sind, sollen zum anderen die medizinischen Berufsgruppen auf Unterschiede in Kenntnissen und Haltungen im Bereich Kinderschutz untersucht werden. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird eine quantitative Online-Befragung eingesetzt, deren Ergebnisse im Anschluss statistisch ausgewertet werden.

Während auch Drittpersonen wie Fachkräfte für eine Gefährdung des Kindeswohls verantwortlich sein können, liegt der Fokus dieser Arbeit auf Kindeswohlgefährdung innerhalb des familiären Konstrukts in Deutschland (Hoffmann et al., 2021).

Die Arbeit beginnt mit einer theoretischen Einführung in den medizinischen Kinderschutz in Deutschland. Diese beinhaltet eine Begriffserklärung des zentralen Begriffs „Kindeswohlgefährdung“, Prävalenzdaten, ätiologische Zusammenhänge, sowie rechtliche, personelle und strukturelle Rahmenbedingungen. Es folgt eine Einordnung des aktuellen Standes von Kinderschutzkonzepten in Einrichtungen der Erwachsenenmedizin. Hier wird der Fokus auf die juristische Verankerung von Kinderschutzkonzepten in medizinischen Institutionen und auf die Vorstellung des Screening-Instruments „Haager Protokoll“ als Best-Practice-Beispiel gelegt. Anschließend werden bestehende Herausforderungen für den Kinderschutz in medizinischen Institutionen und die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit benannt und erläutert. Nach der Darstellung des methodischen Vorgehens folgt die Beschreibung der empirischen Ergebnisse. Anschließend werden diese im Kontext des aktuellen Forschungsstands diskutiert und reflektiert. Limitationen werden benannt sowie praktische Handlungsempfehlungen abgeleitet. Den Abschluss bilden das Fazit und ein Ausblick auf zukünftige Forschung.

2. Medizinischer Kinderschutz

Alle Institutionen und Fachkräfte, die beruflich mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen, tragen Verantwortung für den Schutz von Kindern vor Schäden und Beeinträchtigungen. Ziel ist es, diesen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen (Winter & Romer, 2021).

Angestellte des medizinischen Sektors stellen bei Kinderschutzfragen wichtige Akteure dar. Sie tragen eine besondere Verantwortung und verfügen über Möglichkeiten,

frühzeitig zu intervenieren sowie Schutzmaßnahmen in Kooperation mit dem Jugendamt zu entwickeln und umzusetzen (ebd.). Im Bereich des medizinischen Kinderschutzes liegt der Fokus insbesondere auf dem Erkennen und Abwenden von Gefahren für das Kind (Rassenhofer et al., 2020). Auch durch Hilfsmaßnahmen zur Unterstützung belasteter Familien können weitere Gefährdungen potenziell abgewendet werden (Leitão & Shumba, 2024). Neben diagnostischen Beurteilungen wie der medizinisch fachlichen Expertise im Rahmen von Risikoeinschätzungen umfasst der medizinische Kinderschutz auch weitere Tätigkeitsfelder. Dazu zählen Intervention und Prävention, wissenschaftliche Forschung, Lehre und Weiterbildung sowie die Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Organisationen im medizinischen Bereich. Diese Gebiete betreffen alle Ebenen und Bereiche der medizinischen Versorgung (Schwier et al., 2019). Ärzt:innen aus verschiedensten medizinischen Fachdisziplinen, aber auch andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen wie Pflegekräfte, Rechtsmediziner:innen und Kinderchirurg:innen begegnen Kindeswohlgefährdungen in unterschiedlichsten Kontexten und Arbeitsschwerpunkten, etwa in Kliniken, Praxen, Instituten und im öffentlichen Gesundheitsdienst. (Winter & Romer, 2021).

Besonders hervorzuheben ist dabei die Vertrauensbasis zwischen Patient:innen und dem medizinischen Fachpersonal, die einen privaten Zugang zu potenziell belasteten Familien schafft. Diese Nähe sowie die Funktion als Ansprechpartner für Betroffene kann ein entscheidender Vorteil bei der Erkennung von Kindeswohlgefährdungen sein, da der somatische Befund allein zwar von großer Bedeutung sein kann, jedoch auch psychische und sozialanamnestische Befunde in der kinderschutzmedizinischen Diagnostik eine wesentliche Rolle spielen (Eberhardt et al., 2024; Schwier et al., 2019). Besonders die Rolle der Pflegefachkraft als Erstansprechperson wird betont (Maier et al., 2021a). Personen dieses Berufs können vorrangig bei stationären Aufenthalten durch ihre stetige Präsenz familiäre Interaktionen beobachten, Vertrauen aufbauen sowie sensibel auf Anzeichen für Unterstützungsbedarf reagieren (ebd.).

Um sich der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu stellen, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen, ist ein inter- sowie transdisziplinäres Vorgehen unerlässlich (Winter & Romer, 2021). Die Vielzahl an Kontaktpunkten zu gefährdeten Kindern - auch indirekter Art - machen frühzeitige Diagnosen und Intervention besonders im medizinischen Sektor möglich (Schwier et al., 2019).

Der Begriff Kinderschutz wird in verschiedenen Fachbereichen unterschiedlich definiert, was in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu Komplikationen führen kann (Schone & Struck, 2018). Während der Kinder- und Jugendhilfe ein weiter Kindeswohlbegriff zugrunde liegt, der präventive Aspekte und Schutzfaktoreneinbezieht, orientiert sich der medizinische Kinderschutz an einem engeren Verständnis, das stärker auf die akute Gefährdung fokussiert ist. Hier wird Kinderschutz mit der Abwendung von Kindeswohlgefährdung gleichgesetzt (ebd.).

2.1 Kindeswohlgefährdung

In diesem Kapitel wird ein Überblick über das Thema „Kindeswohlgefährdung“ gegeben. Zunächst erfolgt eine begriffliche Einordnung sowie Darstellung der gesellschaftlichen Relevanz von Kindeswohlgefährdung durch empirische Prävalenzdaten. Anschließend werden im Rahmen ätiologischer Zusammenhänge zentrale Risiko- und Schutzfaktoren – mit einem Fokus auf parentale Risikofaktoren – sowie das „biopsychosoziale Bezugssystem der Ursachen von Entwicklungsstörungen und Kindesmisshandlung“ von Deegener und Körner (2016) erläutert. Dieses Kapitel soll dabei helfen, ein tiefergehendes Verständnis für die Thematik sowie die Bedeutung innerhalb der Erwachsenenmedizin zu erlangen.

2.1.1 Definition und Begriffsbestimmung

Eine einheitliche Definition des Begriffs Kindeswohlgefährdung existiert weder im internationalen noch nationalen Raum, was die Forschung und Praxis von Kinderschutzvorhaben erschwert. Der deutsche Gesetzgeber definiert Kindeswohlgefährdung in § 1666 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) als eine Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes oder seines Vermögens. Dabei handelt es sich um eine „gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit erhöhter Sicherheit voraussagen lässt“ (Bundesverfassungsgericht (BVerfG), 2015, S. 112). Der Begriff gilt als unbestimmter Rechtsbegriff, der nicht gesetzlich normiert ist. Seine Auslegung ist daher einzelfallabhängig und erfordert eine fachliche Einschätzung (Rassenhofer et al., 2020). Kindeswohlgefährdung kann sowohl innerhalb der Familie als auch durch Dritte – etwa in institutionellen Kontexten oder durch Fachkräfte – entstehen (Schäder, 2023). Es wird zwischen aktiver Gefährdung, also einer wesentlich herbeigeführten Gefährdung, wie etwa durch Nahrungsentzug und einer

passiven, unbewusst herbeigeführten Gefährdung, die etwa auf mangelnde Einsicht oder unzureichendes Wissen zurückzuführen ist, unterschieden. Die Differenzierung ist bedeutsam, um passende Interventionsstrategien zu entwickeln (Deegener & Körner, 2016).

Im Rahmen des gesetzlichen Kinderschutzauftrags nach § 8a des Sozialgesetzbuches (SGB) VIII sowie in der Fachliteratur wird zwischen drei zentralen Formen der Kindeswohlgefährdung unterschieden. Dargestellt werden die gängigsten drei Formen: körperliche und psychische Misshandlung, sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung (Jud, 2023). Es bestehen weitere Unterteilungen, die jedoch im weiteren Sinne unter die genannten Kategorien fallen und im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft werden.

Körperliche und psychische Misshandlung beschreibt die bewusste Anwendung physischer oder psychischer Gewalt durch Bezugspersonen, welche in physischer oder psychischer Verletzung mündet oder potenziell in derartige Verletzungen münden kann. Während physische Gewalt körperlich gewalttätige Handlungen beschreibt, liegt psychische Misshandlung vor, wenn Kindern beispielsweise wiederholt vermittelt wird, sie seien wertlos, nicht gewollt oder nur für die Bedürfnisse anderer von Bedeutung (Jud, 2023; Leeb et al., 2008).

Sexueller Missbrauch umfasst alle sexuellen Handlungen – mit oder ohne Körperkontakt –, die von Bezugspersonen an oder vor Kindern oder Jugendlichen gegen deren Willen oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können, vorgenommen oder versucht werden. Dazu zählen beispielsweise auch pornografische Inhalte oder Exhibitionismus. Die Täter:innen nutzen dabei die Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen (Alle, 2017; Leeb et al., 2008).

Vernachlässigung kann in die Vernachlässigung grundlegender Bedürfnisse (z. B. mangelnde Versorgung mit Nahrung, medizinischer Betreuung oder Zuwendung) und die Vernachlässigung der Aufsichtspflicht (z. B. unzureichender Schutz vor Gefahren), wodurch Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nicht angemessen versorgt werden, beziehungsweise ungenügend Schutz und Sicherheit entsprechend dem Entwicklungsstand innerhalb ihres Wohnraums erleben, unterteilt werden. Hier wird zwischen emotionaler und körperlicher Vernachlässigung differenziert (Leeb et al., 2008).

Je nach Alter des Kindes können die eben benannten Formen in unterschiedlichen Ausprägungen auftreten und in Kombinationen vorkommen (ebd.). Eindeutige Extremfälle sind selten. Einzelne Formen wie emotionale Vernachlässigung und psychische Misshandlung sind von außen oftmals kaum ersichtlich, was die Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung erschwert. Zudem ist der Begriff der Kindeswohlgefährdung ein soziales Konstrukt, das von Wissen, Normen und Werten abhängt. So müssen Bewertungen immer individuell und einzelfallbezogen erfolgen. Dabei werden potenziellen Risiken protektiven Faktoren entgegengestellt (Rassenhofer et al., 2020). Fachkräfte befinden sich bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Spannungsfeld zwischen einer diagnostischen Einschätzung und zu treffenden Prognosen (Biesel & Urban-Stahl, 2018).

Begriffsbestimmungen bilden die Grundlage für Analysen zur Häufigkeit und Verbreitung von Kindeswohlgefährdungen. Um die Relevanz und das gesellschaftliche Ausmaß zu verdeutlichen, folgt die Darstellung nationaler Prävalenzzahlen.

2.1.2 Prävalenz

Aufgrund einer fehlenden nationalen Strategie zur systematischen Erhebung von Prävalenzdaten liegen in Deutschland bislang nur eingeschränkt valide, epidemiologische Daten zur Häufigkeit von Kindeswohlgefährdung vor (Schmidt et al., 2020). Neben der Erfassung des Ausmaßes von Kindeswohlgefährdungen dient die Prävalenzdatenerhebung als empirische Grundlage für die Entwicklung präventiver Maßnahmen, der Ressourcenplanung sowie dem Ausbau von Kinderschutzstrukturen. Durch systematische Prävalenzmessungen werden zudem Vergleiche zwischen verschiedenen Regionen, Bevölkerungsgruppen und Zeiträumen möglich, was bei der Evaluation bestehender Schutzmaßnahmen sowie der Früherkennung von Risikofaktoren beiträgt (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2015).

Für das Jahr 2023 belaufen sich Prävalenzzahlen, die durch das Jugendamt erfasst wurden, in Deutschland auf etwa 63.700 Fälle. Aufgrund fehlender Meldungen wird die Gesamtzahl für 2023 auf etwa 67.300 Fälle geschätzt. Diese Zahl stellt jedoch nur das sogenannten Hellfeld dar – also offiziell bekannt gewordene, dokumentierte Fälle durch Institutionen wie etwa das Jugendamt, Polizeiberichte oder medizinische Dokumentationen (Statistisches Bundesamt, 2024).

Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung erfolgen überwiegend im Verborgenen, was die Erkennung gefährdeter Kinder zu einer gesellschaftlichen Herausforderung macht. Forscher:innen gehen von einem erheblichen Dunkelfeld aus (Sethi, 2013). Die tatsächliche Häufigkeit der verschiedenen Formen von Kindeswohlgefährdung ist schwer zu erfassen. Je nach Erhebungsmethode, Definition und Datenquelle schwanken die Prävalenzangaben (Kasinger et al., 2024; Witt et al., 2017).

In retrospektiven Befragungen wird versucht, auch Zahlen des Dunkelfeldes zu erfassen. In der Studie von Kasinger et al. (2024), welche zum Ziel hat jene nicht gemeldeten oder dokumentierten Fälle einzubeziehen, berichten Teilnehmer:innen in 18,4 % der Fälle (Fälle nach Geschlecht: Frauen = 20,9 %, Männer = 16,1 %), mindestens eine Form der Kindeswohlgefährdung in moderater oder schwerer Form erlebt zu haben (Kasinger et al., 2024). Im Vergleich dazu weisen die durch das Jugendamt erfassten Zahlen auf rund 0,45 % betroffener Kinder (Statistisches Bundesamt, 2024, eigene Berechnung). Die Diskrepanz zwischen Hell- und Dunkelfeld wird deutlich.

Doch auch in retrospektiven Studien sind Ergebnisse schwankend. In der bevölkerungsrepräsentativen Studie von Witt et al. (2017) wurde im Rahmen einer Befragung von Personen über 14 Jahren bei 3,9 % der Teilnehmer:innen schwere emotionale, 3,3 % schwere körperliche und 5,3 % schwere sexuelle Misshandlung sowie bei 6,2 % emotionale und 13,4 % schwere körperliche Vernachlässigung festgestellt. In der bislang größten nationalen Erhebung durch Kasinger et al., (2024) unter jungen Erwachsenen (18 bis 31 Jahre), dessen Studienpopulation auf der bevölkerungsrepräsentativen KiGGS-Studie basiert, gaben 6,7 % der Teilnehmer:innen an, emotionalen Missbrauch erlebt zu haben, 3,7 % berichteten von körperlichem Missbrauch, 3,5 % von sexuellem Missbrauch, 9,0 % von emotionaler Vernachlässigung und 8,6 % von körperlicher Vernachlässigung. Dabei zeigen diese Daten schwerere Formen der Gefährdung. Raten für moderat ausgeprägte Misshandlungsformen liegen deutlich höher (ebd.).

Viele Betroffene berichten von Mehrfachgefährdungen, also dem Auftreten verschiedener Gefährdungsformen gleichzeitig, welche mit einem erhöhten Risiko für langfristige gesundheitliche Schäden einhergehen (ebd.). Prävalenzen können helfen besonders häufig betroffene Gruppen oder Risikofaktoren zu identifizieren. Als besonders gefährdet gelten Kinder im Kleinkindalter aufgrund ihrer vollständigen Abhängigkeit von Bezugspersonen (ebd.). Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (2024)

ging im Jahr 2023 in Deutschland in 73% der Fälle die Gefährdung hauptsächlich von Mutter oder Vater aus.

Trotz Herausforderungen und Limitationen bei der Erhebung von Prävalenzdaten zeigt sich durch den Vergleich von Studien, dass Kindesmisshandlung und Vernachlässigung ein weltweites Problem mit vergleichbaren Prävalenzraten darstellen (Stoltenborgh et al., 2015). Die systematische Studienanalyse ergab für den europäischen Raum je nach Gefährdungsform Prävalenzraten von 6,5 % bei physischer Vernachlässigung bis zu 29,2 % bei emotionalem Missbrauch (ebd.). Eine systematische Erfassung der Prävalenz ist für eine gezielte Prävention und Versorgung unerlässlich.

Vor dem Hintergrund erheblicher Dunkelziffern zeigen die empirischen Daten die Dringlichkeit präventiver und intervenierender Maßnahmen. Um Kindeswohlgefährdung zu erkennen und frühzeitig zu handeln, ist ein Verständnis von ätiologischen Grundlagen und Risikofaktoren unabdingbar (Kapelari et al., 2016). Im folgenden Kapitel werden daher zentrale Einflussfaktoren vorgestellt.

2.1.3 Ätiologie

Im Rahmen des medizinischen Kinderschutzes sind Kenntnisse ätiologischer Zusammenhänge sowie relevanter Risiko- und Schutzfaktoren von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Prävention und eine fundierte Gefährdungseinschätzung, in welcher vorliegende Risiko- und Schutzfaktoren einander gegenübergestellt werden (Lenz, 2017).

Die hohe neuronale Plastizität in der kindlichen Entwicklung macht Kinder besonders anfällig gegenüber stressinduzierten Erfahrungen (Smith & Pollak, 2020). Belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend können unmittelbar oder langfristig zu einer verringerten Lebensqualität, einem erhöhten Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen sowie zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen (Gilbert et al., 2009; Weber et al., 2016). Neurobiologische, genetische und psychosoziale Einflüsse werden in der Fachliteratur in Schutz- und Risikofaktoren unterschieden. Diese können individueller, familiärer oder sozialer Art sein und sich auf das Kind, die Eltern oder die Umwelt beziehen (Grau et al., 2024).

Schutzfaktoren können einen protektiven Effekt erzielen, indem sie Entwicklungsstörungen abmildernd oder verhindern. Im Gegensatz dazu erhöhen Risikofaktoren die

Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung des Kindeswohls (Lenz, 2017). Zentrale Präventionsansätze zielen darauf ab, Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und gezielt zu beeinflussen, psychosoziale Belastungen zu verringern und Schutzfaktoren zu stärken, um potenziell negative Auswirkungen zu minimieren (ebd.).

Es ist zu beachten, dass es sich bei den Einflussfaktoren und Entwicklungsverläufen nicht um kausale Zusammenhänge im Sinne eindeutiger Ursache-Wirkungs-Beziehungen handelt, sondern vielmehr um komplexe, multifaktorielle Wechselwirkungen. Das Vorliegen bestimmter Faktoren kann die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung erhöhen oder verringern, erlaubt jedoch keine sichere Aussage darüber, ob eine Gefährdung tatsächlich besteht oder künftig eintreten wird (Biesel & Urban-Stahl, 2018). Die Gewichtung der Faktoren variiert individuell und fallbezogen. In diesem Kontext spielt die individuelle Vulnerabilität – also die Anfälligkeit gegenüber belastenden Einflüssen – eine zentrale Rolle (Fegert et al., 2023).

Ursachen- und Erklärungsmodelle sollen helfen ein Verständnis für die Komplexität der Ursachenlage von Kindeswohlgefährdung zu erlangen. Theoretische Modelle, wie das biopsychosoziale Bezugssystem zur Erklärung von Kindeswohlgefährdung und Kindesmisshandlung von Deegener und Körner (2016) veranschaulichen Einflussdynamiken und greifen auf multidimensionale Erklärungsansätze zurück. Identifizierte Einflussfaktoren wurden in ein mehrschichtiges Erklärungsmodell zusammengeführt, welches im Folgenden kurz erläutert wird (Deegener & Körner, 2016).

Das biopsychosoziale Bezugssystem zur Erklärung von Kindeswohlgefährdung und Kindesmisshandlung von Deegener und Körner (2016)

Das Modell wurde auf Grundlagen der Arbeit von Gabarino (1977, zitiert nach Deegener & Körner, 2016, S.19) weiterentwickelt und beschreibt die Ursachen von Entwicklungsstörungen und Formen von Misshandlung sowie Vernachlässigung auf unterschiedlichen Ebenen (Deegener & Körner, 2016). Dabei ist die Annahme zentral, dass Kindeswohlgefährdung nicht monokausal, sondern stets im Zusammenspiel unterschiedlicher biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren zu verstehen ist. In Wechselwirkung mit individuellen Merkmalen des Kindes, wie biologischen und psychologischen Merkmalen, Entwicklungsstörungen, chronische Erkrankungen und Persönlichkeitsmerkmalen beeinflussen diese Faktoren die Entwicklung und das Wohl des Kindes. Zur Veranschaulichung des dynamisch vernetzten Bezugssystems wird in vier zentrale Ebenen unterschieden (Deegener & Körner, 2016; Grau et al.,

2024). Im Rahmen dieser Arbeit, die sich auf die Erwachsenenmedizin konzentriert, wird bei der Nennung von Beispielen im Zuge des Biopsychosozialmodells der Fokus auf parentale Einflussfaktoren gelegt.

1. Ontogenetische bzw. individuelle Ebene: Diese Ebene umfasst Merkmale der Biographie und Persönlichkeit des Kindes, wie beispielsweise die eigenen Traumatisierungen der Eltern, psychische Erkrankungen, Drogen- und Alkoholmissbrauch, Schwierigkeiten im Umgang mit Stress und Konfliktlösungen, sowie ein Mangel an Wissen über kindliche Entwicklung beschreibt (Deegener & Körner, 2016).
2. Mikrosystem bzw. familiäre Ebene: Diese Ebene beinhaltet innerfamiliäre Beziehungen, wie eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung oder Partnerkonflikte, aber auch beengte Wohnverhältnisse (ebd.).
3. Exosystem bzw. soziale/kommunale Ebene: Hier wird das soziale Netzwerk der Familie, sowie die Kriminalitäts- und problematische Sozialstruktur der bewohnten Gemeinde berücksichtigt (ebd.).
4. Makrosystem bzw. gesellschaftlich-kulturelle Ebene: Diese Ebene beinhaltet beispielsweise Werte wie Toleranz gegenüber aggressiven/gewaltförmigen Konfliktlösungen oder Erziehungsgewalt, sowie Machtgefälle zwischen den Geschlechtern, aber auch die Armutsquote (ebd.).

Die Verwirklichung des Kindeswohls setzt voraus, dass die individuellen Bedürfnisse des Kindes in Relation zu seinen Lebensbedingungen berücksichtigt werden. Können Eltern – etwa durch Erkrankung, psychische Belastungen oder anhaltende Konflikte – nicht ausreichend auf diese Bedürfnisse eingehen, steigt das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung (Albermann et al., 2019; Kindler & Jud, 2023). Nach Kapelari et al. (2016) „ergreifen Erwachsene aus Überforderungssituationen heraus bewusst oder unbewusst, jedoch nie zufällig, Maßnahmen, die bei Kindern schwerwiegende, bleibende, körperliche und seelische Schäden hinterlassen“ (S. 1133). Es folgt eine Aufzählung weiterer parentaler Risikofaktoren, die auf eine kindliche Gefährdung Aufschluss geben können.

Parentale Risiko- und Schutzfaktoren

Bei der Erfassung parentaler Risiko- und Schutzfaktoren von Kindeswohlgefährdung wird der Frage nachgegangen, was Eltern kennzeichnet, die ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen (Biesel & Urban-Stahl, 2018). Eine systematischen Literaturanalyse von Younas & Gutman (2022) ordnete diese Faktoren wie folgt: Die meisten

signifikanten Risikofaktoren wurden der Individual- bzw. Familienebene zugeordnet. Sie beinhalten elternbezogene Belastungen wie Substanzmissbrauch, mentale Gesundheitsprobleme der Eltern, Gewalt in der Partnerschaft, ein hohes elterliches Stressniveau durch die Elternrolle (beispielsweise durch eine große Familie oder herausfordernde Lebensumstände), die Verantwortung als alleinerziehendes Elternteil, eheliche Konflikte sowie eigene Erfahrungen von Kindeswohlgefährdung in der Vergangenheit. Auch soziale Isolation, die Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsdienste durch jugendliche Mütter seit der Geburt, sowie ein niedriger sozioökonomischer Status wurden als signifikante Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung beschrieben (Younas & Gutman, 2022). Darüber hinaus ist die Einstellung von Eltern gegenüber dem Kind, Erziehungsmethoden, Erziehungswissen sowie individuelle Bewältigungsstile der Eltern ausschlaggebend für das Risiko einer Kindeswohlgefährdung (ebd.).

Eine tägliche väterliche Beteiligung am Leben des Kindes, positive Interaktionen mit dem Kind, eine Stillzeit von über vier Monaten und vermehrtes Erziehungswissen sowie Wissen über kindliche Bedürfnisse wurden als protektive Faktoren identifiziert. Soziale Unterstützung ist dabei als Schutzfaktor besonders hervorzuheben (ebd.). Genannte Faktoren stellen lediglich einen Bruchteil der Risiko- und Schutzfaktoren dar, die in der Literatur diskutiert werden. Weiterführende Informationen zu Risiko- und Schutzfaktoren finden sich beispielsweise bei Deegener & Körner (2016), Younas & Gutman (2022) sowie Grau et al. (2024).

Ergeben sich für medizinisches Fachpersonal aufgrund ätiologischer Kenntnisse oder konkreter körperlicher Befunde Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung, ist ein strukturiertes und professionelles Vorgehen erforderlich (Schwier et al., 2019). Dieses wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

2.2 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Gesundheitswesen

Fachkräfte des Gesundheitswesens können durch auffällige Beobachtungen, anamnestische Angaben oder medizinische Befunde auf eine mögliche Kindeswohlgefährdungen aufmerksam werden. Auch Hinweise durch betroffene Personen selbst – wie Eltern, Kinder oder Angehörige – oder externe Institutionen wie das Jugendamt oder die Polizei können einen Verdacht begründen. Besteht eine Annahme vorliegender

Kindeswohlgefährdung, sind Fachkräfte mit der Herausforderung konfrontiert, situationsangemessen und rechtssicher zu handeln (DGKiM, 2023).

Eine zentrale Grundlage für das Vorgehen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung ist eine strukturierte Gefährdungseinschätzung. Diese orientiert sich an bekannten Risiko- und Schutzfaktoren sowie am kindlichen Wohl und prüft, ob es sich um eine akute oder latente Gefährdung handelt. Gegebenenfalls werden dazu weitere Akteure wie die Kinder- und Jugendhilfe einbezogen. Die Gefährdungseinschätzung fungiert somit als Bindeglied zwischen ersten Hinweisen und den weiteren Schritten (Kliemann et al., 2024).

Berufsgeheimnisträger:innen entscheiden je nach Art und Vorliegen sogenannter gewichtiger Anhaltspunkte der Gefährdung, dem Alter des betroffenen Kindes und der Dringlichkeit des Handlungsbedarfs über das konkrete Vorgehen. Dieses soll dabei einzelfallabhängig, strukturiert und evidenzbasiert ablaufen (ebd.). Eine ausführlichere Erläuterung zu gewichtigen Anhaltspunkten erfolgt im folgenden Kapitel 2.2.1.

Im Fallverlauf oder auch parallel dazu sind häufig mehrere diagnostische Aufgaben wie etwa die Verdachtsabklärung, Sicherheitseinschätzung oder Einschätzung der familiären Gesamtsituation erforderlich. Diese Einschätzungen erfordern je nach Einzelfall fachübergreifende Zusammenarbeit und eine fundierte diagnostische Abwägung. Das Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kann grob in die Phasen Risikoeinschätzung und Intervention unterteilt werden (Kindler, 2009).

Risikoeinschätzung und Intervention erfolgen dabei in einem klar rechtlich definierten Rahmen, über den das Gesundheitspersonal über umfassende Kenntnisse verfügen sollte (Kliemann et al., 2024). Dieser rechtliche Rahmen regelt unter anderem Bereiche wie den Umgang mit sensiblen Informationen sowie Melderechte und -pflichten. Im folgenden Kapitel wird daher ein Einblick in die rechtlichen Grundlagen bezüglich des Umgangs mit Verdachtsfällen im Gesundheitssystem gegeben.

2.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Kinderschutz ist international sowie national rechtlich fest verankert (Kliemann et al., 2024). Dies zeigen internationale Instrumente wie die UN-Kinderrechtskonventionen, die körperliche Bestrafung, seelische Verletzung und andere entwürdigende Maßnahmen verbietet (ebd.). Auf nationaler Ebene bestehen Vorschriften wie §

1631 Abs. 2 BGB „Recht auf gewaltfreie Erziehung“, dem § 171 Strafgesetzbuch (StGB) zur „Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht“ und dem § 8a SGB VIII „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“. Anlässlich der Forschungsfragen soll in diesem Kapitel vielmehr ein Einblick in die Verantwortlichkeit und Handlungsvorschriften für Gesundheitsfachkräften bei Verdacht auf Bedrohung des Kindeswohls in Deutschland gegeben werden.

Auch wenn Kinderrechte nicht ausdrücklich im Grundgesetz (GG) genannt sind, gilt das Grundgesetz für *alle* Menschen und so bilden insbesondere Artikel 1 GG, der die Unantastbarkeit der Menschenwürde garantiert, sowie Artikel 2 GG, der das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit und körperliche Unversehrtheit betont, eine wichtige Grundlage für den Kinderschutz (Kliemann et al., 2024).

In Ergänzung dazu regelt Artikel 6 Abs. 2 GG das Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung der Kinder. Dieses Gesetz besagt, dass Eltern in erster Linie für das Wohl ihrer Kinder verantwortlich sind. Entziehen sich Eltern ihrer Verantwortung für Pflege und Erziehung der Kinder, sieht das Gesetz vor, dass der Staat zur Gefahrenabwehr in die Erziehungsrechte der Eltern eingreifen kann, um das Kindeswohl zu schützen (ebd.). Besonders bei der Beratung und Betreuung von Familien in Gefährdungslagen tragen Gesundheitsfachkräfte rechtlich und vertraglich vereinbarte Handlungs- und Schutzpflichten (DGKiM, 2023).

Neben dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG), das § 8a SGB VIII konkretisiert, gibt das Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) seit 2012 den juristischen Rahmen für Kinderschutz vor. Ein besonders relevanter Bestandteil des Kinderschutzes für ausübende Heilberufler:innen ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Dort ist das konkrete Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung geregelt. Die DGKiM (2023) empfiehlt medizinischen Fachkräften, bei Verdachtsfällen den gesetzlichen Vorgaben zu folgen und entsprechend den Vorgaben des KKG zu handeln.

Das Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung erfolgt stufenweise und orientiert sich stark am Fallverlauf. Eine unterstützende Abbildung zum Vorgehen des medizinischen Personals bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung befindet sich in *Abbildung 1*.

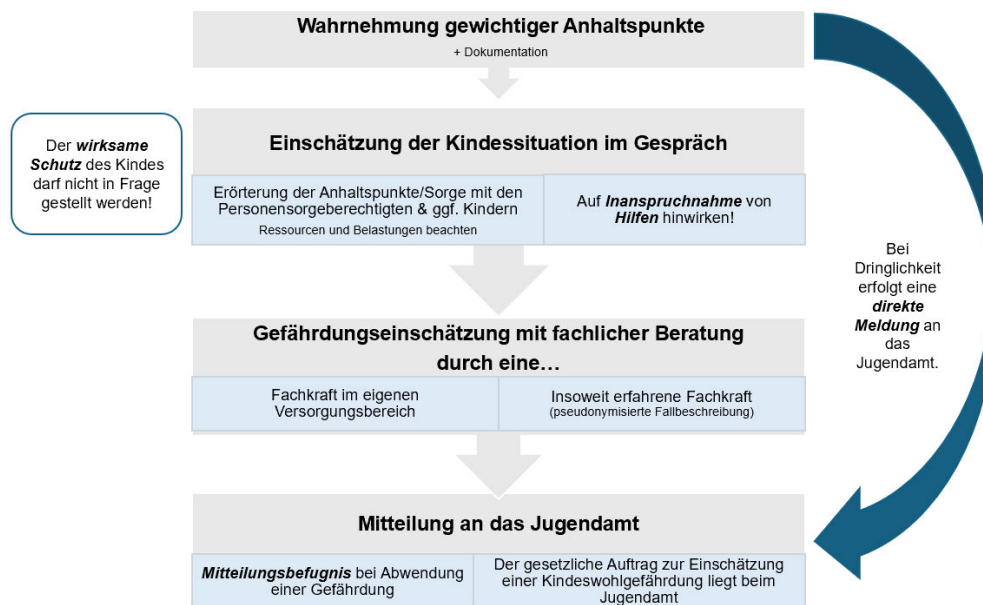


Abbildung 1: Vorgehen medizinischer Fachkräfte bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG. Eigene Darstellung.

Zu Beginn steht die Kenntnisnahme und Einschätzung der/des Geheimnisträger:in eines oder mehrerer sogenannter gewichtiger Anhaltspunkte (§ 4 Abs. 1 KKG). Die Überprüfung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Gefährdung impliziert, dass Vermutungen und Annahmen nicht ausreichen, um einen Verdacht zu äußern und weiterführende Schritte einzuleiten. Vielmehr müssen konkrete Tatsachen vorliegen, die einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung stützen. Gewichtige Anhaltspunkte sind nicht exakt definiert, sondern beruhen auf einer multimodalen Einschätzung. Zu konkreten Tatsachen zählen Aussagen der/des Patient:in, auffälliges nonverbales Verhalten, Angaben der/des anwesenden Sorgeberechtigten sowie Untersuchungsbefunde wie „typischerweise durch Kindesmisshandlung hervorgerufen[e] Verletzungen“ (Thielmann, 2025).

Eine sorgfältige und nachvollziehbare Dokumentation ist im Falle eines Verdachts essenziell. Die Dokumentation muss eine konkrete Gefährdungseinschätzung enthalten, in der Anhaltspunkte und zu erwartende Schädigungen des Kindes aufgeführt sind (ebd.).

Im Falle eines direkten Kontakts mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen soll die Situation mit diesem erörtert werden. Auch Erziehungsberechtigte sind hinzuzuziehen, falls der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen durch das Einbeziehen dieser nicht in Frage gestellt wird. Soweit die Dringlichkeit der Situation es zulässt, soll auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden (§ 4 Abs. 1 KKG).

Auch im Falle eines geführten Elterngesprächs sind sowohl dessen Inhalte als auch der Verlauf, einschließlich empfohlener Hilfen und elterlicher Reaktionen festzuhalten. Findet kein Gespräch statt, ist auch dies nachvollziehbar zu begründen (Thielmann, 2025). Für die Einzelfallbeurteilung haben Berufsgeheimnisträger:innen im Rahmen des § 4 Abs. 2 KKG Anspruch auf eine fachliche Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (i.e.F.). Die Sicherstellung dieser Fachberatung obliegt dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§ 8b SGB VIII).

Bei einer Gefährdung, die durch Unterstützungsangebote nicht abwendbar ist oder bei bestehendem Unterstützungsbedarf des Jugendamtes sind Angehörige des Gesundheitswesens dazu befugt, das Jugendamt zu informieren (§ 4 Abs. 3 KKG). Das KKG hebt in diesem Falle die Schweigepflicht nach § 203 StGB und die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) auf, welche die Vertraulichkeit von Patient:inneninformationen schützen und befugt die/den Berufsgeheimnisträger:in erforderliche Daten pseudonymisiert an relevante Akteure zu übermitteln. Weiterzugebende Daten sind hierbei auf das erforderliche Minimum zu reduzieren (Thielmann, 2025). Sofern es die Situation zulässt, ohne das Kindeswohl zusätzlich zu gefährden, sind Betroffene in das Vorhaben einzuweihen bzw. vorab darauf hinzuweisen (§ 4 Abs. 1 KKG). Bei dringender Gefahr sollte das Jugendamt so schnell wie möglich einbezogen werden und bedarf keiner Einbeziehung der Betroffenen (§ 4 Abs. 3 KKG). Absatz vier des § 4 KKG sieht zudem vor, dass nach der Meldung an das Jugendamt eine zeitnahe Rückmeldung über die Falleinschätzung und das mögliche Tätigwerden an die/den meldende/n Berufsgeheimnisträger:in erfolgt (§ 4 Abs. 4 KKG). Der gesetzliche Auftrag zur Einschätzung und dem weiteren Vorgehen liegt dann beim Jugendamt (Schwier et al., 2019).

Grundsätzlich besteht keine generelle Meldepflicht bei Kindeswohlgefährdung für Gesundheitsfachkräfte. Es richtet sich aber ein Appell an medizinisches Fachpersonal. Sollte medizinisches Personal die Lage falsch eingeschätzt, jedoch nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt und dokumentiert haben, unterliegt er/sie einem sogenannten Erlaubnistatbestandsirrtum (Kliemann et al., 2024).

Neben rechtlichen Grundlagen sind für die Umsetzung eines wirksamen Kinderschutzes konkrete strukturelle und personelle Voraussetzungen erforderlich. Diese werden im folgenden Kapitel vertieft.

2.2.2 Personelle Voraussetzungen

Gesetze allein reichen nicht aus. Die wirksame Umsetzung des Kinderschutzauftrags § 8a SGB VIII erfordert qualifiziertes Personal mit kinderschutzspezifischem Wissen und einer klaren Haltung zum Kinderschutz. Wie die DGKiM (2023) betont, ist die Vermittlung von Fachkenntnissen im Gesundheitssystem eine zentrale Voraussetzung, um effektiven Schutz bei Kindeswohlgefährdung sicherzustellen. Wie auch empirische Evaluationen von Fortbildungen zu Kinderschutzinhalten zeigen, fördern kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen für verschiedene Berufsgruppen die Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen, sensibilisieren das medizinische Fachpersonal und stärken die Handlungskompetenz (Maier et al., 2021b). Neben fachlicher Expertise sind Schulungen im Umgang mit Patient:innen und zur Gesprächsführung im Kontakt mit Eltern von Relevanz, um schwierige Situationen einfühlsam, aber gleichzeitig mit professioneller Distanz zu bewältigen (Berthold et al., 2021).

Studien belegen, dass spezifische Fachkompetenzen, wie das Erkennen von Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung, die Durchführung fundierter Risikoeinschätzungen sowie der sichere Umgang mit rechtlichen Rahmenbedingungen und Meldeprozessen Grundvoraussetzungen für wirksamen Kinderschutz darstellen (Grau et al., 2024). So zeigte Berthold et al. (2021), dass von Gesundheitsfachkräften gut eingeschätztes Wissen über rechtliche Grundlagen sowie praktische Erfahrungen im Kinderschutz, in einem positiven Zusammenhang mit einer erhöhten Bereitschaft zur Meldung möglicher Kindeswohlgefährdungen führt. Auch eine Evaluation eines E-Learning Curriculums zu Wissen und Kompetenzen im Kinderschutz von Maier et al. (2019) kam zu dem Ergebnis, dass Handlungskompetenzen und fachliches Wissen wirksam zur positiven Verhaltensänderung im Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beitragen.

Neben Fachwissen spielt die Haltung des medizinischen Personals eine entscheidende Rolle (Berthold, 2019). Kinderschutz erfordert Sensibilität, Verantwortungsbewusstsein und die Bereitschaft zur Erkennung und Übernahme von Verantwortung. Kenntnisse und Haltungen sind dabei eng miteinander verknüpft und bedingen sich gegenseitig. Zudem hängt die Haltung eng mit der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zusammen – also dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Verdachtsmomente richtig einzuschätzen und effektiv zu handeln (DGKiM, 2023; Maier et al., 2019). Schulungen können gezielt zur Stärkung der Selbstwirksamkeit beitragen, wie beispielsweise durch Fallbeispiele, klar definierte Prozesse und regelmäßiges Feedback

(Maier et al., 2019). Eine professionelle Haltung in Kinderschutzfällen kann darin bestehen, eine mögliche Kindeswohlgefährdung als differenzialdiagnostische Routineuntersuchung zu betrachten, die – wie jede andere Diagnose – systematisch und sorgfältig abgeklärt werden muss. Diese Sichtweise kann beitragen, Befangenheiten in Kinderschutzfällen zu reduzieren und Vertrautheit im Umgang mit solchen Fällen herstellen (ebd.).

Auch die Leitungseben medizinischer Einrichtungen beeinflusst Wissen und Haltung medizinischer Angestellter maßgeblich. Wird Kinderschutz im Leitbild einer Institution verankert, steigt die Relevanzwahrnehmung unter den Mitarbeitenden und trägt zur Sensibilisierung bei. Es bedarf aber auch an Engagement der Geschäftsführung und Leitungsebene, um Schutzkonzepte und Strukturen für die Kinderschutzarbeit aufzubauen und zu etablieren. So können beispielsweise in Kliniken nur durch Unterstützung des Managements standardisierte und validierte Screening-Verfahren implementiert werden (Louwers et al., 2012).

In der Fachliteratur wird zudem die Bedeutung klar definierter Zuständigkeiten wie die Benennung einer kinderschutzbeauftragten Person betont (Hoffmann et al., 2021). Es wird beispielsweise die Benennung einer kinderschutzbeauftragten Person empfohlen. Diese kann auch bei Unsicherheiten bei der Diagnosestellung und bezüglich des Vorgehens im Falle einer vermuteten Kindeswohlgefährdung helfen und ermöglicht Sicherheit und eine schnelle Beratung (ebd.).

2.2.3 Strukturelle Voraussetzungen

Strukturelle Rahmenbedingungen sind ebenso unverzichtbar wie geschultes Personal. Die Aufnahme des Verdachtsfalls als abzurechnende Leistung, als „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ 2013 in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-945 sowie die Aufnahme als ICD-Code T74 „Missbrauch von Personen“ in das Diagnose- und Verfahrenskodierungssystem der WHO war ein wichtiger Schritt, um den der Umgang mit Verdachtsfällen nicht mehr allein auf das Ermessen einzelner Gesundheitsfachkräfte zu stützen und als behandlungsbedürftige Diagnose zu etablieren. Der OPS-Code ermöglicht eine Abrechnung des Umgangs mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung als eigene Leistung, wodurch erstmals die personellen und zeitlichen Ressourcen teilweise abgebildet werden. Dafür sind angemessene Dokumentation und konkrete Voraussetzungen

Bedingungen, was zu einer strukturierteren Herangehensweise beiträgt (Schwier et al., 2019).

Institutionelle Standards wie standardisierte Abläufe werden dringend empfohlen und unterstützen neben Handlungssicherheit auch ein routiniertes Vorgehen in Kinderschutzfällen (Neumann et al., 2015). Einrichtungen, die nach den Standards der DGKiM arbeiten, lassen sich zunehmend akkreditieren. So kann die Einhaltung von Mindeststandards sichergestellt und nach außen kenntlich gemacht werden (Berthold, 2019).

Darunter fällt auch die Einrichtung sogenannter Kinderschutzgruppen. Diese spielen eine zentrale Rolle bei der konsiliarischen Einschätzung im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung. Diese Gruppen sollten als feste Ansprechpartner in Kliniken etabliert sein. Sie setzen sich aus multiprofessionellen Teams zusammen, die unter der Leitung einer Fachperson aus dem pädiatrischen Bereich arbeiten, welche mit Kinderschutzfragen vertraut ist. Je nach Klinikstruktur gehören dazu Rechtsmediziner:innen, Sozialarbeiter:innen, Pflegekräfte, Psycholog:innen sowie weitere relevante Professionen. Die Mitglieder dieser interdisziplinären Teams verfügen über Erfahrung im Umgang mit Kindern, um eine möglichst umfassende Einschätzung und damit eine hohe diagnostische Sicherheit im Hinblick auf die aktuelle Gefährdungssituation und die Entwicklungsprognose zu gewährleisten (DGKiM, 2023; Schwier et al., 2019). Mindestens ein Mitglied der Gruppe sollte telefonisch erreichbar sein, um zeitnahe Konsultationen zu ermöglichen. Auch strukturelle Voraussetzungen für regelmäßige sowie kurzfristige Treffen der Kinderschutzgruppe müssen geschaffen werden. Zur Förderung der Psychohygiene innerhalb der Kinderschutzgruppen sind regelmäßige Supervisionen notwendig. Sie dienen der Reflexion sowie der internen Gruppenfürsorge (Schwier et al., 2029).

Neben einer guten internen Vernetzung spielen auch funktionierende Kommunikationswege mit externen Akteuren eine zentrale Rolle im medizinischen Kinderschutz. Während gelingende Kooperationsbeziehungen entscheidend zur Sicherheit betroffener Kinder und Jugendlicher beitragen, sind misslingende Kooperationen als Risikofaktoren zu sehen (Alle, 2017). Im Verlauf eines Schutzverfahrens wird meist das Jugendamt oder eine andere externe Stelle hinzugezogen. Daher müssen medizinische Institutionen in regionale Netzwerke integriert sein, die relevante Partner wie die Kinder- und Jugendhilfe, pädagogische Einrichtungen, Kinderschutzzentren, Suchthilfe sowie Beratungsstellen umfassen (Berthold, 2019).

Netzwerkarbeit sollte jedoch nicht nur im Kinderschutzfall erfolgen, sondern fallunabhängig geleistet werden, um aktiv Strukturen zu schaffen und die Arbeitsweisen der kooperierenden Systeme und Fachkräfte kennen- und respektieren zu lernen (DGKiM, 2023). Eine gelingende Kooperationsarbeit an den Schnittstellen sowie ein professionsübergreifendes Verständnis bilden die Grundlage für ein möglichst erfolgreiches Handeln im Sinne des Kinderschutzes (Berthold, 2019).

Zudem stärkt eine klare Kommunikation und Rückmeldung durch die Jugendämter bezüglich weiterer Fallverläufe das Vertrauen der Gesundheitsfachkräfte in den Kinderschutzprozess und kann die Meldebereitschaft fördern (Berthold et al, 2021).

Die regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln trägt sowohl zu förderlichen Strukturen als auch zu verbesserter Kooperation im Kinderschutz bei. Dabei handelt es sich um strukturierte, prozess- und qualitätsorientierte Arbeitsgruppen, die über die medizinische Institution hinaus arbeiten. Zu ihren Aufgaben gehören unter anderem die Besprechung von Fallverläufen sowie die Weiterentwicklung von Standards und Leitlinien zur Einschätzung und zum Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung. Darüber hinaus übernehmen Qualitätszirkel auch Aufgaben des Qualitätsmanagements wie die Evaluation vergangener Maßnahmen (DGKiM, 2023). Ein weiterer Aufgabenbereich ist die Förderung und Gestaltung externer Kooperationen und Schaffung von Unterstützungsstrukturen. Dazu zählen die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren wie Arzt- und psychotherapeutische Praxen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Kinderschutzdiensten und Beratungsstellen. Auch die Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe bzw. den Jugendämtern zählt zum Zuständigkeitsbereich der Qualitätszirkel (ebd.).

Darüber hinaus steht als erster Anhaltspunkt seit 2017 eine medizinische Kinderschutzhotline zur Verfügung. Ärzt:innen mit Weiterbildung zur i.e.F. beraten dort rund um die Uhr telefonisch zu allen Fragen und Unsicherheiten bei vermuteter Kindeswohlgefährdung. Fallbeschreibungen erfolgen pseudonymisiert (Schwier et al., 2019). Die Berater:innen der Kinderschutzhotline tragen keine Fallverantwortung, sondern verweisen im Schutzfall auf geeignete lokale und medizinische Angebote (Berthold, 2019). Laut einer Studie von Grau et al. (2024) kommt ein Drittel der Anrufe von Fachkräften, die nicht primär im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin tätig sind (ebd.).

Grundlegend ist ein offenes „Speaking-Up-Klima“ für den Kinderschutz essenziell, da es Mitarbeiter:innen ermöglicht, Unsicherheiten, Beobachtungen und Bedenken offen und ohne Angst vor negativen Konsequenzen anzusprechen. Zudem fördert es die Sensibilisierung des gesamten Teams (Schwappach & Niederhauser, 2019).

Strukturell und personell verankerte Kinderschutzkonzepte gewinnen auch im Kontext der Erwachsenenmedizin zunehmend an Bedeutung. Nicht zuletzt aufgrund der Verpflichtung zur Aufnahme institutioneller Schutzkonzepte in das Qualitätsmanagement durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (2020). Im folgenden Kapitel werden die aktuellen Empfehlungen zu Kinderschutzkonzepten in der Erwachsenenmedizin dargestellt.

2.3 Kinderschutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen der Erwachsenenmedizin

Während die Entwicklung von Kinderschutzkonzepten zunächst für den Bereich der Pädiatrie erfolgte, hat sich der Fokus in den letzten Jahren zunehmend auch auf andere medizinische Bereiche erweitert (Schwier et al., 2019). Dieser Entwicklung liegt die Erkenntnis zugrunde, dass Hinweise auf Kindeswohlgefährdung auch in anderen medizinischen Bereichen auftreten können. Insbesondere dort, wo vulnerable Familien betreut werden – wie z.B. in der Erwachsenenmedizin, Psychiatrie, Gynäkologie oder in Notaufnahmen, ist die strukturelle Verankerung von Konzepten zum Erkennen und Verhindern von Kindeswohlgefährdungen sinnvoll (ebd.).

Mit dem Beschluss des G-BA im November 2020 wurde erstmals ein verbindlicher rechtlicher Rahmen geschaffen, der alle ambulanten sowie teil- und vollstationären, medizinischen Einrichtungen verpflichtet, Schutzkonzepte in das institutionelle Qualitätsmanagement zu integrieren (Hoffmann et al., 2021; Romer & Winter, 2021). Dabei steht die Prävention und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt vulnerabler Patient:innen im Fokus. In diesem Kontext wird insbesondere auf Kinder und Jugendliche hingewiesen (G-BA, 2024).

Institutionelle Kinderschutzkonzepte beinhalten spezifische Maßnahmen und Strategien, die von Institutionen ergriffen werden können und darauf abzielen, Kinder innerhalb und außerhalb von Organisationen vor Missbrauch und Vernachlässigung zu schützen (Eberhardt et al., 2024). Sie dienen dem Schutz von Kindern und Jugendlichen, durch die Stärkung der Kinderrechte sowie der Begrenzung potenzieller

Handlungsspielräume für Täter:innen dienen. Zudem fördern sie die Handlungssicherheit von Fachkräften (Hoffmann et al., 2021).

Laut der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) sind diese Konzepte als ein „Zusammenspiel aus Analyse, strukturellen Veränderungen, Vereinbarungen und Absprachen sowie Haltung und Kultur einer Organisation“ (UBSKM, 2021) zu verstehen. Sie resultieren in der Etablierung einer respektvollen, schützenden und transparenten Haltung innerhalb der Einrichtung, die sich auch im Leitbild und ggf. in konkreten Verhaltenskodizes widerspiegelt und schaffen so ein institutionelles Bewusstsein für Kinderschutz (Hoffmann et al., 2021). Dabei handelt es sich um einen dynamischen, prozesshaften Ansatz der regelmäßig angepasst und überprüft werden muss. Damit das Schutzkonzept für Mitarbeitende präsent gehalten wird, sind regelmäßige Schulungen und eine partizipative Entwicklung zentral. Schutzkonzepte sollen präventiv wirken und nicht nur auf akute Gefährdungen reagieren (Hoffmann et al., 2024).

Mit seinem Beschluss greift der G-BA Empfehlungen der UBSKM sowie des Runden Tisch Sexueller Kindesmissbrauch (RTKM) auf, die seit Jahren auf die Notwendigkeit institutioneller Schutzkonzepte hinweisen (Hoffmann et al., 2021). Die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2024) betont anlässlich des G-BA Beschlusses in der Drucksache 22/17370 die Bedeutung des Kinderschutzes durch Schutzkonzepte inklusive guter Kooperationsstrukturen sowie etablierter Kinderschutzgruppen.

Medizinische Einrichtungen sollen sowohl Schutz- als auch Kompetenzzort sein. Dies bedeutet, dass institutionelle Strukturen und Abläufe einerseits so gestaltet sein müssen, dass Grenzverletzungen frühzeitig erkannt, benannt und durch geeignete Maßnahmen verhindert oder gestoppt werden können (Schutzort). Andererseits sollten medizinische Institutionen als Kompetenzzort über nötiges Fachwissen und Netzwerke verfügen, um betroffenen Kindern und Familien angemessene Hilfe innerhalb der Institutionen bieten zu können (Eberhardt et al., 2024; Hoffmann et al., 2021)

Der RTKM definierte in einem Abschlussbericht zentrale Elemente für institutionelle Schutzkonzepte gegen sexuellen Missbrauch, die auch auf den Gesundheitsbereich und andere schutzbedürftige Gruppen übertragbar sind – so auch auf verschiedene Bereiche der Erwachsenenmedizin (Hoffmann et al., 2021). Diese Elemente umfassen die Gebiete Analyse, Prävention, Intervention und Aufarbeitung (ebd.). Die praktische Ausgestaltung muss jeweils auf spezifische Strukturen und Bedürfnisse der

Einrichtung angepasst werden. So sind beispielsweise die Größe der Institution, Berufsgruppen sowie bereits bestehende Strukturen bei der Erarbeitung von Schutzkonzepten zu beachten (ebd.). Als Grundlage der Schutzkonzeptentwicklung soll eine Gefährdungs- und Potentialanalyse dienen (Hoffmann et al., 2024) deren alleinige Durchführung schon präventive Wirkung durch Sensibilisierung und vertiefte Handlungskompetenzen schaffen kann (Hoffmann et al., 2021).

Bislang mangelt es laut einer Untersuchung von Clemens et al. (2018) noch an Kinderschutzkonzepten in nicht-pädiatrischen Bereichen. Eine gezielte Adaption bestehender Standards für die Erwachsenenmedizin ist erforderlich (Hoffman et al. 2021; UBSKM, 2021). Dabei bestehen für die praktische Umsetzung bereits Praxisbeispiele, die als Orientierung dienen können – etwa Online-Fortbildungsangebote, die Absolvent:innen als Multiplikator:innen für Kinderschutzinhalte fortbilden (Maier et al., 2021), oder bereits durchgeführte Gefährdungsanalysen zur Entwicklung von Schutzkonzepten, wie sie am Universitätsklinikum des Saarlandes bereits umgesetzt wurden (Hoffmann et al., 2024). Auch die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag in diesem Bereich leisten, indem sie sich auf die Kenntnisse und Haltungen des medizinischen Fachpersonals der ZiAN Karlsruhe fokussiert und Verbesserungspotentiale für die praktische Kinderschutzarbeit ersichtlich macht.

Zudem dient die S3+-Kinderschutzleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) als Unterstützung für die Entwicklung interner Schutzkonzepte in medizinischen Fachbereichen. Die im Februar 2019 veröffentlichte Leitlinie wurde in Zusammenarbeit von rund 80 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesbeauftragte und Bundesministerien aus interdisziplinären Bereichen erstellt und beinhaltet Leitlinien für verschiedene Fachrichtungen (Schwier et al., 2019). Sie ist die erste evidenzbasierte Leitlinie zum medizinischen Kinderschutz in Deutschland und adressiert nicht nur pädiatrisches Personal, sondern auch weitere Berufsgruppen, die mit Schwangeren und Eltern von Minderjährigen zu tun haben. Neben methodischen Erläuterungen und Hintergrundinformationen enthält die Leitlinie insbesondere Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz und hilft ein strukturiertes und verantwortliches Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung umzusetzen (DGKIM, 2023). Dabei wird auch die Erwachsenenmedizin erwähnt. Wie das konkrete Vorgehen in diesem Bereich bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in der Erwachsenenmedizin aussieht, wird im folgenden Kapitel erläutert.

2.3.1 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Die alleinige Identifikation von Fällen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung anhand kindlicher Merkmale lässt viele Fälle unentdeckt (Diderich et al., 2013). Auch wenn Kinder nicht unmittelbar Patient:innen sind, können in der Erwachsenenmedizin Hochrisikofamilien anhand elterlicher Merkmale ausfindig gemacht werden (Born, 2023). Dies ist sinnvoll, da die Befriedigung der kindlichen Entwicklungsbedürfnisse – wie zuvor in Kapitel 2.1.3 Ätiologie beschrieben – im engen Zusammenhang mit den elterlichen Kompetenzen und der jeweiligen Erziehungsfähigkeit der Bezugspersonen steht (Zumbach-Basu, 2023).

Das grundsätzliche Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in der Erwachsenenmedizin orientiert sich, wie im pädiatrischen Bereich an § 4 KKG – siehe dazu Kapitel 2.2.1. Einzelne Rahmenbedingungen müssen jedoch angepasst werden.

Anders als im pädiatrischen Bereich werden gewichtige Anhaltspunkte in der Erwachsenenmedizin anhand der Diagnose, dem Verhalten oder Aussagen der Eltern wahrgenommen und es besteht kein oder ein indirekter Kontakt zum Kind (Diderich & Baeten, 2013; Konijnenburg et al., 2016). In solchen Fällen kommt der fachlichen Einschätzung der i.e.F. eine besondere Bedeutung zu. Da ein unmittelbarer Zugang zum Kind meist nicht möglich ist, sind ärztliche Erfahrung, Abwägung und interkollegialer Austausch für die Gefährdungsbeurteilung zentral. Auch Kinderschutzgruppen und die Kinderschutzhotline können bei der Einschätzung unterstützen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018). Auswertungen der Kinderschutzhotline zeigen, dass rund ein Drittel der Anrufe aus dem Gesundheitswesen Bereichen stammen, die nicht explizit im pädiatrischen Bereich verortet sind (Engel et al., 2023).

Je nach einrichtungsspezifischer Richtlinie kommen Kinder als Begleit- oder Besuchspersonen in die medizinische Institution. Dies ist trotz andauernder Kontroverse über Zutritts gestattungen für Kinder auch in der Intensiv- und Notfallmedizin für Erwachsene oftmals der Fall. Durch physische Präsenz der Kinder kann die konkrete Eltern-Kind-Interaktion weitere Hinweise auf familiäre Lebensumstände sowie Gefährdungen geben (Brauchle et al., 2023).

Kooperationen und Netzwerkarbeit spielen auch in diesem Bereich des Gesundheitswesens eine bedeutende Rolle. Das Netzwerk Frühe Hilfen (NZFH) wurde im Rahmen eines sektorenübergreifendes Unterstützungssystems zur frühzeitigen Begleitung psychosozial belasteter Familien etabliert und 2012 durch das BKiSchG rechtlich

verankert. In einem Zwischenbericht zur Einbindung zentraler Akteure in die fallübergreifende Arbeit der Netzwerke wird darauf hingewiesen, dass insbesondere Akteur:innen der Erwachsenenmedizin in den Netzwerken Frühe Hilfen bislang deutlich unterrepräsentiert sind. Insbesondere betrifft dies Kliniken und Praxen aus der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, die jedoch häufig mit belasteten Elternteilen in Kontakt stehen und somit eine wichtige Rolle im Kinderschutz einnehmen können (NZFH, 2024).

Gerade im Kontext der Erwachsenenmedizin kann die Thematisierung möglicher Kindeswohlgefährdung sogar auf besondere Offenheit stoßen (Born, 2023). Für Ärzt:innen in diesem Bereich gestaltet sich die Kommunikation über Bedenken teilweise leichter. Unterstützungsangebote werden von Eltern in diesem Setting zum Teil eher angenommen als im pädiatrischen Bereich, da diese weniger als Vorwurf verstanden, sondern vielmehr als Ausdruck gemeinsamer Sorge um das Kind interpretiert werden (ebd.).

So zeigen Ergebnisse bei Vergleich eines Screenings auf Kindeswohlgefährdung in Notaufnahmen einen deutlich höheren positiven Vorhersagewert für das Screening in der Erwachsenenmedizin als das Screening von Kindern und Jugendlichen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018).

Das erwähnte Screening in der Erwachsenenmedizin bezieht sich auf das in den niederländischen Erwachsenennotaufnahmen eingesetzte „Haager Protokoll“. Als niedrigschwelliges Interventionsinstrument zur frühzeitigen Identifikation potenzieller Kindeswohlgefährdungen kommt diesem Verfahren im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit eine besondere Bedeutung im Sinne eines Best-Practice-Beispiels zu.

2.3.2 Haager Protokoll

Ein Instrument für die Gewährleistung von Kinderschutz in der Erwachsenenmedizin ist das in der AWMF S3+-Kinderschutzleitlinie erwähnte Kurz-Screening „Haager Protokoll“, welches helfen kann, Hinweise auf Kindeswohlgefährdung anhand Erwachsener Patient:innen in der Notaufnahme zu entdecken. Dieses soll in diesem Kapitel als Best-Practice-Beispiel aus den Niederlanden vorgestellt werden.

Es wurde erstmals 2007 in einer Notaufnahme in Den Haag eingesetzt. Im Jahr 2013 folgte die Einführung einer nationalen Richtlinie durch die Königlich Niederländische

Ärztammer (KNMG), die alle Gesundheitsfachkräfte verpflichtet, eine systematische Einschätzung potenzieller Kindeswohlgefährdungen anhand elterlicher Risikofaktoren vorzunehmen. Seither findet das Haager Protokoll in Notaufnahmen der Niederlande flächendeckend Anwendung (Konijnenburg et al., 2016).

Für die Anwendung des Screenings werden Kenntnisse zu elterlichen Risikofaktoren, die auf eine potenzielle Kindeswohlgefährdung hindeuten, benötigt – wie sie bereits in Kapitel 2.1.3 (Ätiologie) erörtert wurden. Dabei bezieht sich das Screening auf die häufigsten elterlichen Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung: häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch bzw. Intoxikation, psychische Dekompensation und Suizidalität (Born, 2023). Erwachsene, die aufgrund dieser Problemlagen in einer Notaufnahme vorstellig werden, werden hinsichtlich ihrer Verantwortung für minderjährige Kinder befragt. Bei beständiger Sorgeverantwortung erfolgt eine Meldung an das „Reporting Center for Child Abuse and Neglect (RCCAN)“, eine niederländische Organisation zur Beratung und Prüfung bei Verdachtsmomenten von Kindeswohlgefährdung, welche sowohl mit Kindern und Eltern als auch Fachkräften und Bürger:innen zusammenarbeitet. Diese übernimmt eine beratende Funktion und führt gegebenenfalls eine Einschätzung der familiären Situation durch. Der Vorgang erfolgt gegebenenfalls unter Einbezug relevanter Bezugspersonen wie z.B. Lehrkräfte und Hausärzt:innen und vermittelt bei Bedarf geeignete Unterstützungsangebote (Konijnenburg et al., 2016). Es kann jedoch nach vorheriger Rücksprache eine freiwillige Unterstützung durch das medizinische Personal initiiert und begleitet werden (Konijnenburg et al., 2016).

Nach etwa drei Monaten erfolgt eine Reevaluation der Familiensituation, um die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu bewerten (Konijnenburg et al., 2016). Schwerwiegende Fälle oder solche, in denen keine Kooperation der Eltern erfolgt direkt an das „Raad voor de Kinderbescherming (RvdK)“ vergleichbar mit dem deutschen Kinder- und Jugendschutzamt übergeben. Eine Meldepflicht für medizinisches Fachpersonal besteht nicht (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018).

Eine niederländische Studie zu Screeningverfahren in der Erwachsenennotaufnahme zeigte mit einem positiven Vorhersagewert von 0,91 (Diderich et al., 2013) einen deutlich höheren Wert zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung als der positive Vorhersagewert von 0,03 bei Sittig et al. (2016), die Kindeswohlgefährdungen anhand von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen evaluierte.

Die Bewertung von Screening-Verfahren sollte nicht nur auf deren Vorhersagekraft basieren. Auch der Nutzen richtiger Entscheidungen und die Schäden falsch liegender Entscheidungen müssen berücksichtigt werden (Kindler, 2010). In diesem Kontext sind bei falsch liegender Entscheidung besonders die Unterstützungsangebote für Familien zu erwähnen sowie die Vermeidung von Stigmatisierung, welche den Nutzen von Screeningverfahren zur Früherkennung laut Kindler (2010) stützen.

Das Versorgungssetting „Notaufnahme“ der Niederlande ist mit dem Deutschen vergleichbar (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018). Laut Kindler (2010) ist es auch für Deutschland empfehlenswert, aussagekräftige und zugleich in der Praxis handhabbare Screeningverfahren zu entwickeln, die dazu dienen können, Eltern mit erhöhtem Unterstützungsbedarf systematisch zu erkennen.

Eine Studie zur Einführung des Haager Protokolls in niederländischen Notaufnahmen zeigt, dass entsprechende Kinderschutzmaßnahmen von Eltern mehrheitlich akzeptiert werden und nicht zu einer Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe führen (Diderich et al., 2013). Diese Studie unterstreicht die Praxisrelevanz solcher standardisierten Verfahren im klinischen Alltag, zeigt jedoch auch, dass die praktische Umsetzung von Kinderschutz Herausforderungen mit sich bringen kann. Auf diese sowie weitere Barrieren soll im folgenden Kapitel eingegangen werden.

2.4 Barrieren und Herausforderungen des medizinischen Kinderschutzes

Trotz wachsender Aufmerksamkeit für das Thema Kinderschutz im Gesundheitswesen bestehen strukturelle und personelle Herausforderungen, die die konsequente Umsetzung von Kinderschutzkonzepten erschweren. Diese Herausforderungen bestehen sowohl im pädiatrischen Bereich als auch für die Erwachsenenmedizin.

2.4.1 Personelle Herausforderungen

Ein zentraler Punkt, welcher das Personal vor herausfordernde Situationen stellt, ist Unsicherheit. Unsicherheiten gehen nicht selten mit einem Gefühl von Überforderung oder Unwohlsein einher und hemmen Sensibilität sowie aktives Vorgehen medizinischer Fachkräfte im Verdachts- bzw. Misshandlungsfällen (Grau et al., 2024). Ein zentraler Unsicherheitsfaktor ist die Gesprächsführung mit Eltern im Verdachtsfall (Louwers et al., 2012). Neben Unsicherheiten zum konkreten Vorgehen besteht

zudem die Sorge der Gesundheitsfachkräfte, das Vertrauensverhältnis zu Patient:innen und Angehörigen zu gefährden und diese von der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen abzuhalten (Diderich et al., 2015).

Unsicherheiten betreffen sowohl diagnostische Einschätzungen als auch das Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung (Grau et al., 2024). Hinzu kommen Unsicherheiten hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen. Insbesondere über die ärztliche Schweigepflicht § 203 StGB und den Schutzauftrag gemäß § 8a SGB VIII sind Gesundheitsfachkräfte oftmals verunsichert (ebd.). Diskrepanz zwischen dem Erkennen eines Verdachts und der tatsächlichen Meldung an das Jugendamt resultiert jedoch auch aufgrund mangelnder Vertrautheit mit internen Meldeprozessen (Berthold et al., 2021).

Aber auch die Angst, durch eine Fehleinschätzung familiäre Strukturen zu beschädigen oder Konflikte auszulösen, hemmen das Fachpersonal. Teilweise besteht auch grundlegender Zweifel daran, dass Eltern überhaupt zu Missbrauch und Vernachlässigung fähig sein könnten – eine Haltung, welche die notwendige Sensibilität negativ beeinflusst (Berthold, 2019). Zudem bestehen Unsicherheiten bei der Diagnose gewichtiger Anhaltspunkte (Berthold et al., 2021).

Wissens- und Kompetenzstand im Bereich des medizinischen Kinderschutzes tragen zu Unsicherheiten bei. Studien im pädiatrischen Bereich sowie der Erwachsenenmedizin zeigen, dass sich Gesundheitsfachkräfte nicht ausreichend geschult fühlen (Grau et al., 2024; Louwers et al., 2012; Maier et al., 2019). Eberhardt et al., (2024) kam zu dem Ergebnis, dass besonders bei Pflegefachkräften der eingeschätzte Wissensstand Aufmerksamkeit bedarf.

Darüber hinaus kann emotionale Betroffenheit der Gesundheitsfachkräfte bei herausfordernden Themen wie Misshandlung die Objektivität des Fachpersonals beeinträchtigen. Eine sachliche, wertfreie und empathische, aber professionelle Haltung, die nicht anklagend wirkt, ist neben einer fundierten Gesprächsführung jedoch essenziell für Fallbesprechungen sowie zur Dokumentation (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018).

Hinzu kommt, dass insbesondere Fachkräfte der Erwachsenenmedizin Verantwortung im Kinderschutz zum Teil nicht als zentralen Bestandteil ihrer beruflichen Identität sehen. Ein Ergebnisbericht des Deutschen Jugendinstitut (DJI) aus dem Jahr 2016 weist darauf hin, dass das BKiSchG von Teilen des medizinischen Personals primär als Aufgabe der Jugendhilfe wahrgenommen wird (Bertsch, 2016). Diese Haltung wird

auch durch Studien von Maier et al., (2020) und Louwers et al. (2012) gestützt, in denen Gesundheitsfachkräfte aus nicht-pädiatrischen Bereichen Kinderschutz eher außerhalb ihres beruflichen Kernbereichs einordneten.

Studien zu Wissen und Kompetenz deuten somit nicht nur auf personelle Herausforderungen hin, sondern weisen auch auf strukturelle Herausforderungen für gelingenden Kinderschutz.

2.4.2 Strukturelle Herausforderungen

Trotz nationaler und international gesicherter Evidenz zur Wirksamkeit medizinischer Kinderschutzmaßnahmen basiert Fachwissen und Handlungssicherheit in der Praxis bislang noch häufig auf persönlichem Engagement und Erfahrung (Berthold, 2019; Kinderschutzleitlinienbüro, 2018). Kinderschutzinhalte sind bislang unzureichend strukturell in der medizinischen Ausbildung verankert. Während die Musterweiterbildungsordnung (M-WBO) der Bundesärztekammer seit dem Jahr 2018 Kinderschutz als verpflichtenden Bestandteil für pädiatrisch tätige Ärztinnen und Ärzte vorsieht, fehlt in anderen medizinischen Bereichen eine derart systematische Verankerung im Curriculum (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018). Auch der Zugang zu qualifizierten i.e.Fs ist nicht flächendeckend gewährleistet. Zudem konnte bei diesen Fachkräften teils ein Mangel an Erfahrung im Umgang mit Anfragen aus dem Gesundheitswesen festgestellt werden (Berthold, 2019).

Ein weiteres Hindernis besteht bei der Kooperationsarbeit. Unterschiedliche Arbeitsansätze, Begrifflichkeiten und Erwartungshaltungen zwischen Institutionen des Gesundheitswesens und externen Akteuren wie der Kinder- und Jugendhilfe können zu Missverständnissen führen und somit den Schutzauftrag gefährden (ebd.). Diese Schwierigkeiten zeigen sich besonders in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Sozialarbeiter:innen und Ärzt:innen in Kinderschutzfällen, die unter anderem aus der Unkenntnis der Möglichkeiten und Kompetenzen der jeweils anderen Disziplin resultierten (Maier et al., 2021a).

Zeitmangel, hohe Arbeitsbelastung, personelle Engpässe sowie begrenzte finanzielle Ressourcen behindern zusätzlich die Etablierung nachhaltiger Kinderschutzstrukturen im medizinischen Alltag (Grau et al., 2024; Hoffmann et al., 2021). Diese Rahmenbedingungen erschweren beispielsweise regelmäßige Treffen der Kinderschutzgruppen, die für Fallaustausch und Supervisionen nötig sind. Besonders im Bereich der

Notaufnahmen stellt der dort herrschende Zeitdruck eine zusätzliche Belastung für das Fachpersonal dar. Zudem verzeichnet der Sektor eine hohe Personalfuktuation und fehlende Ressourcen auf Leitungsebene (Louwers et al., 2012). Eine Experteneinschätzung des klinischen Sozialarbeiters Trost äußert sich wie folgt:

Zusätzliche zeitintensive Aufgaben wie das Führen von Gesprächen mit den Personensorgeberechtigten, die Kinderschutzarbeit und die Kommunikation mit den zuständigen Jugendamtsmitarbeitern sind nicht ohne weiteres zu leisten. Die Steigerung des Bearbeitungsvolumens aufgrund Erweiterung auf zusätzliche Zielgruppen muss sich in der Fortschreibung des Personalbedarfes wiederfinden, soll die Empfehlung nicht reine Makulatur sein. (Kinderschutzleitlinienbüro, 2018, S.194)

Wie in diesem Kapitel deutlich wird, sind für die Überwindung dieser Herausforderungen auch die Kenntnisse und Haltungen des medizinischem Fachpersonals zu Kinderschutz von Bedeutung. Diese Faktoren sollen nun für die ZiAN Karlsruhe analysiert werden. Vorerst erfolgt eine Konkretisierung der Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Studie.

3. Fragestellung und Zielsetzung

Die Forschungsfragen wurden im Rahmen eines Pilotprojektes zur Einführung des Haager Protokolls in Deutschland an der ZiAN Karlsruhe bearbeitet. Durch eine Onlinebefragung im Zeitraum Februar 2025 bis März 2025 wurden Angestellte der Erwachsenennotaufnahme befragt. Ziel ist es, den Status quo von Kenntnissen und Haltungen zum Kinderschutz des medizinischen Personals vor der Einführung des Screening-Instruments zu erfassen und so die Implementierung wissenschaftlich zu begleiten. Die Befragung bietet als Baseline-Erhebung eine Grundlage für spätere Vergleiche (z.B. im Rahmen eines Posttests, einer Follow-up Studie sowie mit weiteren Pilotprojekten). Zudem lassen sich aus der statistischen Analyse der Daten Trends identifizieren sowie Ansatzpunkte und Handlungsempfehlungen für unterstützende Maßnahmen zur Etablierung von Kinderschutzstrukturen ableiten.

Die inferenzstatistische Analyse zielt darauf ab, potenzielle Gruppenunterschiede hinsichtlich Kenntnissen und Haltungen zum Kinderschutz zu identifizieren und zu analysieren, ob diese Unterschiede signifikant sind. Dabei hat die Untersuchung einen eher explorativen Charakter, da bislang nur begrenzt Kenntnisse über Unterschiede

zwischen Berufsgruppen im Hinblick auf Kinderschutzkenntnisse und Haltungen im Bereich der Erwachsenenmedizin vorliegen. Ziel ist es, erste Hinweise auf potenzielle Unterschiede zu gewinnen, die als Grundlage für weiterführende Untersuchungen dienen können. Auch abgeleitete Maßnahmen können durch die Analyse berufsspezifischer Unterschiede nochmals spezifiziert werden.

Die beiden Forschungsfragen der vorliegenden Bachelorarbeit leisten somit einen Beitrag zur Schließung der im theoretischen Hintergrund erläuterten Forschungs- und Versorgungslücke zum Thema Kinderschutz in der Erwachsenenmedizin.

Die folgenden zwei Fragestellungen dienen als Ausgangspunkt für die Untersuchung. Während die erste Forschungsfrage einer deskriptiven Analyse bedarf, wird für die zweite Fragestellung eine Nullhypothese (H_0) und eine Alternativhypothese (H_1) für die inferenzstatistische Analyse abgeleitet.

Forschungsfrage 1 (FF1): Welche Kenntnisse und Haltungen im Bereich Kinderschutz nennen die Mitarbeitenden der Zentralen Notaufnahme Karlsruhe?

Im Rahmen der inferenzstatistischen Analyse wird eine Alternativhypothese (H_1) und eine Nullhypothese (H_0) für die statistische Analyse aufgestellt und mittels Signifikanztest untersucht. Die Daten werden gegen die bestehende Nullhypothese getestet, die besagt, dass keine Unterschiede bestehen (Döring & Bortz, 2016):

Forschungsfrage 2 (FF2): Unterscheiden sich Kenntnisse und Haltungen im Bereich Kinderschutz hinsichtlich der Berufsgruppen?

H1: Es existiert ein signifikanter Unterschied (in der zentralen Tendenz) der Ergebnisse zu Kenntnissen und Haltungen zwischen den medizinischen Berufsgruppen.

H0: Es existiert kein signifikanter Unterschied (in der zentralen Tendenz) der Ergebnisse zu Kenntnissen und Haltungen zwischen den medizinischen Berufsgruppen.

4. Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der empirischen Arbeit dargestellt. Dieses umfasst neben der Beschreibung des Studiendesigns eine konkrete

Erläuterung des Erhebungsinstruments sowie nähere Angaben zur Durchführung der Umfrage und Details zur statistischen Auswertung.

4.1 Studiendesign

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Online-Umfrage mit quantitativem Erhebungsansatz am Zentrum für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin in Karlsruhe durchgeführt. Da die deskriptive Analyse der Kenntnisse und Haltungen der Stichprobe zu einem bestimmten Messzeitpunkt untersucht wird, handelt es sich um eine Querschnittstudie (Döring & Bortz, 2016).

Die Datenerhebung erfolgte über die Web-Anwendung SoSci Survey (SoSci Survey GmbH), welche die Speicherung der Daten auf einem deutschen Server gewährleistet. Für die Datenerhebung wurde folgendes Einschlusskriterium festgelegt: Die Teilnehmer:innen der Umfrage müssen Mitarbeitende der ZiAN Karlsruhe sein.

4.2 Erhebungsinstrument

Die Erstellung des Online-Fragebogens erfolgte im Januar 2025 über die Plattform SoSci Survey und basiert inhaltlich insbesondere auf bereits bestehenden Fragebögen einer Gefährdungsanalyse zur Schutzkonzeptentwicklung gegen (sexualisierte) Gewalt am Universitätsklinikum Saarland von Hoffmann et al. (2024) und einem Fragebogen zur Kommunikation über Bedenken bezüglich des Patientenschutzes von Schwappach & Niederhauser (2019). Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang 2. Ausgewählte Fragen wurden hinsichtlich des Settings Notaufnahme und der untersuchten Thematik durch eine Expertengruppe des Fachbereichs Kinderschutz modifiziert und mittels eines Pretests zur Inhalts- und Verständnisvalidität geprüft. Weiteres Ziel des Pretests war es, mögliche Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen zu identifizieren. Auch die Bearbeitungsdauer der Umfrage wurde getestet (Hollenberg, 2016). Diese lag bei circa 10 Minuten. Eine formale Reliabilitätsprüfung konnte aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens dieser Arbeit nicht durchgeführt werden.

Insgesamt umfasste der Fragebogen 22 Items, davon 21 geschlossene Fragen, die in die folgenden drei großen Bereiche gegliedert wurden.

- „Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz“,

- „Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz“ und
- „Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz“

Als Antwortoptionen wurde eine fünfstufigen Likert-Skala, mit den Polen „ja, sehr“; „eher ja“; „weder noch“; „eher nein“; „nein, gar nicht“ und als Alternative „weiß nicht“ gegeben. Die Auswahloptionen beinhalten je nach Bereich abweichende Formulierungen (von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“ und von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt genau“), sind inhaltlich jedoch vergleichbar. Dabei spiegeln höhere Werte grundsätzlich eine stärkere Zustimmung zur jeweiligen Aussage wider. Antwortoptionen des Bereichs „Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz“ sind invers zu Antwortoptionen der übrigen Bereiche angegeben. Hier spiegeln niedrigere Werte eine geringere Ausprägung des Items wider.

Zudem wurde eine offene Freitextfrage integriert, die auf die Erfassung von Gedanken zu einem Kurz-Screening bezüglich Kindeswohlgefährdung im eigenen Arbeitsbereich abzielt. Ergänzend wurden vier soziodemografische Items erhoben (Alter, Berufsgruppenzugehörigkeit, Dauer der Berufstätigkeit insgesamt, Dauer der Beschäftigung im Klinikum), um die Stichgruppe besser analysieren und die Ergebnisse differenzierter interpretieren zu können. Die Teilnahme an der Umfrage erfolgte freiwillig und anonym. Alle Teilnehmenden wurden im Vorfeld schriftlich über Ziel und Ablauf der Studie informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Forschungsvorhaben wurden durch ein Ethikvotum der Lokalen Psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Prüfziffer: LPEK-0870) bestätigt.

4.3 Durchführung

Vor Beginn der Datenerhebung wurde neben dem positiven Ethikvotum auch die Zustimmung des Personalrats der ZiAN Karlsruhe eingeholt. Die Stichprobenrekrutierung erfolgte durch aufgehängte Plakate in Aufenthaltsräumen der Institution, per E-Mails sowie Flyern in den Postfächern der Mitarbeitenden. Der verteilte Flyer bzw. das aufgehängte Plakat ist im Anhang 3 abgebildet. Zielgruppe waren die medizinischen Angestellten der ZiAN Karlsruhe. Die 100 Angestellten der Erwachsenennotaufnahme waren im Zeitraum vom 12.02.2025 bis 28.03.2025 dazu aufgerufen, an der Umfrage teilzunehmen. Der Zugang zur Online-Umfrage erfolgte über einen QR-Code und einen Teilnahmelink, die durch die genannten Medien bereitgestellt wurden. Zudem wurde nach einiger Zeit am 13.03.2025 eine Erinnerungsmail versendet. Die

Datenerhebung erfolgte mithilfe der Umfrageplattform SoSci Survey. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden gesammelte Daten als CSV-Datei heruntergeladen und für die Auswertung vorbereitet.

4.4 Datenaufbereitung und statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics (Version 29.0.0.0). Dafür wurden die über den Online-Fragebogenanbieter SoSci Survey erhobene Daten in SPSS importiert. Zunächst wurde der Datensatz aufbereitet und auf Vollständigkeit geprüft. In die Datenauswertung wurden ausschließlich Fälle einbezogen, bei denen eine Einwilligung zur Teilnahme vorlag und die Befragung mindestens bis einschließlich Seite drei bearbeitet wurde. Dafür wurde für jede Variable – ausschließlich der sozioökonomischen Variablen – der Umfrage eine Dummy Variable gebildet, welche das Vorhandensein von Antworten in den Ziffern 1 oder 0 widerspiegelt und auf Grad der Vollständigkeit analysiert. Fälle, die den eben aufgeführten Einschlusskriterien entsprachen, wurden in die Stichprobe aufgenommen. Zudem wurden Items des Bereichs „Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich“ für die statistische Auswertung invertiert, sodass höhere Werte der Likert-Skala durchgängig eine positivere Zustimmung bezüglich des jeweiligen Items widerspiegeln. Anschließend wurden fehlende Werte anhand des MCAR-Tests auf Systematik geprüft. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs ($N = 32$) wurde auf eine Imputation fehlender Daten verzichtet. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurden deskriptive Analysen (M, SD, Range) durchgeführt. Die Analyse der qualitativen Aussagen der offenen Textnennungen erfolgte in der Tabellenkalkulationssoftware Microsoft Excel (Version 2505). Dafür wurden die Rückmeldungen inhaltlich kategorisiert und systematisiert (Döring & Bortz, 2016). Die Kategorienbildung wurde dabei induktiv vorgenommen. Ähnliche Kategorien wurden zusammengeführt, um finale Kategorien zu erstellen. Abschließend erfolgte eine Quantifizierung dieser Kategorien und die Aufnahme in eine Häufigkeitstabelle.

Auch die inferenzstatistische Datenauswertung zu Fragestellung zwei erfolgte mithilfe des Statistikprogramms SPSS. Zur Überprüfung potenzieller Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Kenntnisse und Haltungen im Bereich Kinderschutz wurde für die Kategorien jeweils zwei repräsentative Variablen ausgewählt. Die aufgestellten Hypothesen (H1) und (H0) werden mittels Signifikanztest

untersucht. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Für die Wahl des geeigneten Testverfahrens wurden die Daten des bereits bereinigten Datensatzes auf Normalverteilung getestet. Dafür eignet sich die Durchführung des Shapiro-Wilk-Tests (Bortz & Schuster, 2010). Je nach Ergebnis wären bei nicht normalverteilten Daten entsprechende parametrische Testverfahren verwendet worden, bei nicht normalverteilten Daten wurde der Mann Whitney-U-Test als inferenzstatistisches Verfahren gewählt. Dieser Test eignet sich bei ordinalskalierten Daten für den Vergleich zweier unabhängiger Stichproben (Mann & Whitney, 1947). Das Signifikanzniveau liegt auch hier auf $\alpha = 0,05$. P-Werte unterhalb dieses Schwellenwerts wurden als statistisch signifikant interpretiert (ebd.). Angaben der Antwortoption „weiß nicht“ wurden nicht in die Analyse aufgenommen. Auch fehlende Werte wurden nicht in den Mann-Whitney-U-Test einbezogen. Sofern das Ergebnis der Teststatistik nicht signifikant ist, wird die Nullhypothese angenommen und die Alternativhypothesen verworfen. Bei signifikanten Ergebnissen wird die Alternativhypothese bestätigt und angenommen, dass berufsgruppenspezifische Unterschiede vorliegen (Döring & Bortz, 2016). In diesem Fall erfolgt zusätzlich die Berechnung des Korrelationskoeffizienten r von Pearson (Fritz et al., 2012) und die Interpretation der Effektstärke nach Cohen (1988) (Cohen, 2009). Zudem werden Mediane ermittelt, um Tendenzen sichtbar zu machen.

Basierend auf dem Fragebogen wurden je zwei Items ausgewählt, um die Konstrukte *Kenntnisse* und *Haltungen* inhaltlich möglichst repräsentativ abzubilden. Die Auswahl erfolgte auf Grundlage relevanter Fachliteratur, die praxisrelevantes Wissen und die Haltung als zentrale Aspekte für Kinderschutz betont (Grau et al., 2024; Louwers et al., 2012; Maier et al., 2019).

Für das Konstrukt *Kenntnisse* wurden Items ausgewählt, die konkrete Handlungssicherheit und subjektives Kompetenzgefühl hinsichtlich des Umgangs mit Kindeswohlgefährdung sowie emotionale Bereitschaft widerspiegeln.

„Bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in weiß ich, wie ich mich verhalten soll.“

„Ich fühle mich aktuell persönlich gut vorbereitet, um angemessen reagieren zu können, sollte eine Patientin oder ein Patient mir Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt gegenüber Kindern in seinem persönlichen Umfeld anvertrauen.“

Für das Konstrukt *Haltungen*, wurden Items herangezogen, welche die individuelle Selbstwirksamkeitsüberzeugung und die (kontextuell) gelebte Haltung der Abteilung abbilden.

„Ich bin der Überzeugung, dass ich dazu beitragen kann, meine Institution für Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in zu verbessern.“

„Die Kultur in meiner Abteilung macht es leicht, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen.“

5. Ergebnisse

Der Test auf eine vorliegende Systematik fehlender Werte mittels MCAR-Test war nicht signifikant ($\chi^2 = 313,907$, $df = 310$, $p = 0,427$). Im Ergebnis-Kapitel wird zunächst die analysierte Stichprobe vorgestellt. Anschließend folgt die Ergebnisvorstellung der erhobenen Daten der Online-Umfrage. Diese werden gegliedert nach den zwei Fragestellungen dargelegt. Zu Forschungsfrage eins (FF1) erfolgt eine deskriptive Darstellung der Umfragedaten mit Fokus auf Kenntnissen und Haltungen des medizinischen Fachpersonals des ZiAN Karlsruhe zu Kinderschutz. Forschungsfrage zwei (FF2) vergleicht die Berufsgruppen, die an der Befragung teilnahmen auf Unterschiede bezüglich Kenntnisse und Haltungen zur Kinderschutzthematik.

5.1 Stichprobenbeschreibung

Die Anzahl der Öffnungen des Online-Fragebogens belief sich auf 71. Davon bearbeiteten 44 Personen die Umfrage mindestens bis Seite 3, also über die Informations- und Einwilligungsseiten hinaus. Insgesamt lagen 31 vollständig ausgefüllte Fragebögen vor.

Eine Übersicht zur soziodemografischen Verteilung der Stichprobe befindet sich in *Tabelle 1*. Von den insgesamt 100 Gesundheitsfachkräften des Zentrums für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin Karlsruhe wurden 32 Personen in die Datenauswertung inkludiert, da sie neben der Einwilligung auch dem Einschlusskriterium der Mindestbearbeitung von 50 % entsprachen. Die soziodemografische Verteilung der Teilnehmenden zeigt eine Mehrheit weiblicher Teilnehmerinnen. 25 Teilnehmende (78 %) gaben an, sich als weiblich zu identifizieren, vier Teilnehmer (13 %) als männlich und drei Personen (9 %) machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht. Die

Teilstichprobe setzt sich aus 22 Pflegekräften (69 %) und aus 7 Ärzt:innen (22 %) zusammen. Drei Teilnehmende (9 %) gaben keine Angabe zur Berufsgruppe. Die Berufserfahrung insgesamt variierte stark. Als Durchschnitt der Berufstätigkeit wurden 16,85 Jahre (SD = 11,17 Jahre) ermittelt. Dabei reichte die berufliche Erfahrung von 2 bis 41 Jahren. Für insgesamt fünf Teilnehmende (16 %) liegen keine Angaben zur Berufstätigkeit vor. Die Dauer der Beschäftigung im Zentrum für interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin Karlsruhe variierte zwischen 1 und 41 Jahren. Im Mittel ergab sich eine Beschäftigung innerhalb der Notfallambulanz von 13,5 Jahren (SD = 9,73). Sechs Personen (19 %) ließen diese Frage unbeantwortet.

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden (N = 32)

Kategorie	Unterkategorie	Nennungen n (%)	Mittel- wert	SD*	Range ¹
Geschlecht	Männlich	4 (13%)	-	-	-
	Weiblich	25 (78%)	-	-	-
	Fehlend	3 (9%)	-	-	-
Berufsgruppe	Ärztenschaft	7 (22%)	-	-	-
	Pflegefach- kräfte	22 (69%)	-	-	-
	Fehlend	3 (9%)	-	-	-
Dauer der Berufstätigkeit ins- gesamt	In ... Jahren	27 (84%)	16,85	11,17	2-41
	Fehlend	5 (16%)	-	-	-
Dauer der Beschäftigung im Klinikum	In ... Jahren	26 (81%)	13,50	9,73	1-41
	Fehlend	6 (19%)	-	-	-

Anmerkung: Werte wurden auf zwei Nachkommastellen gerundet. *SD = Standardabweichung

¹Range (X_{min}-X_{max}). Eigene Anfertigung.

5.2 Deskriptive Analyse (FF1)

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage (FF1) „Welche Kenntnisse und Haltungen im Bereich Kinderschutz nennen die Mitarbeitenden der ZiAN Karlsruhe?“ werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse der Online-Umfrage gegliedert nach den Bereichen „Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich“; „Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in“; „Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in“ und die Freitextantworten zu „Was denken Sie über ein Kurz-Screening zu Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung in ihrem Arbeitsbereich“ deskriptiv dargestellt.

Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich

Im Bereich „Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich“ wurden Antwortmöglichkeiten auf einer Likert-Skala angeboten. Die Zustimmung nimmt nach inverser Darstellung von 1 = „nein gar nicht“ bis 5 = „ja, sehr“ zu. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 5* im Anhang 1 dargestellt. Zentrale Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend beschrieben.

Die Anzahl besuchter Fortbildungen zum Thema Kinderschutz innerhalb des Klinikums fiel mit einem Mittelwert von $M = 1,78$ ($SD = 1,36$) relativ gering aus. 69 % der befragten Personen ($n = 22$) gaben an, keine und 9 % ($n = 3$) eher keine Fortbildung zum Thema innerhalb des Klinikums besucht zu haben. Schulungserfahrungen außerhalb des Klinikums fielen mit 87 % der gewählten Antwortoptionen „eher nein“ & „nein, gar nicht“ noch geringer aus ($M = 1,47$; $SD = 1,19$).

Die Relevanz des medizinischen Kinderschutzes für die eigens ausgeübte Tätigkeit wurde mit einem Mittelwert von $M = 4,59$ ($SD = 0,67$) als hoch eingeschätzt. Lediglich eine von 32 Personen bewertete das Thema Kinderschutz als „eher nicht relevant“ für die eigene Tätigkeit. Alle übrigen Teilnehmer:innen (97 %) stufen das Thema als „(eher) relevant“ ein.

Deutlich uneinheitlicher äußerten sich die Befragten zu der Frage, ob es in ihrem Arbeitsbereich klare und transparente Vorgaben für den Umgang mit Verdachtsmomenten auf Kindeswohlgefährdung gebe ($M = 2,84$; $SD = 1,53$). Auch die emotionale Belastung aufgrund fehlender Handlungsmöglichkeiten bei Verdacht in der Vergangenheit wurde mit einem mittleren Wert beantwortet ($M = 3,06$; $SD = 1,48$) angegeben. Knapp über die Hälfte (53 %) der Mitarbeitenden berichtete, in der Vergangenheit „sehr“ oder „eher schon“ durch Sorgen um minderjährige Kinder im Haushalt der Patient:innen, aber fehlenden Interventionsmöglichkeiten belastet gewesen zu sein.

Freitextantworten zu dem Item: „Was denken Sie über ein Kurz-Screening zu Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung in ihrem Arbeitsbereich“

Ergänzend zu den geschlossenen Fragen „Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich“ wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, im Rahmen einer Freitextantwort offen ihre Einschätzung zu einem Kurz-Screening zu äußern. Die gegebenen Antworten wurden inhaltlich kategorisiert

und sind in *Tabelle 2* aufgeführt. Insgesamt nutzten 28 von 32 Teilnehmer:innen diese Möglichkeit. 23 Personen gaben an, dass ein Screening „(sehr) wichtig und sinnvoll“ sei. Eine Person davon äußerte, „ein solches Screening schon durchzuführen, betonte jedoch die weitere Bedeutung“.

Eine Person formulierte beispielsweise:

„Dies wäre sehr sinnvoll, weil dieser Aspekt in einer Notaufnahme nur für Erwachsene nicht so im Vordergrund steht.“

Andere Stimmen wiesen auf Rahmenbedingungen hin, die für eine gelungene Umsetzung notwendig seien:

„Sinnvoll, darf nicht viel Zeit kosten und muss Adressen etc. bereithalten, wenn Kindeswohl im Raum steht.“

Vereinzelt wurde ein Screening als „(eher) schwierig“ wahrgenommen (n = 2) und sich kritisch hinsichtlich der „Notwendigkeit“ geäußert (n = 1).

Tabelle 2: Freitextantworten zu „Was denken Sie über ein Kurz-Screening zu Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung in Ihrem Arbeitsbereich?“ (N = 32)

Antwort	Anzahl (n)
Sehr wichtig; sehr hilfreich; überfällig	7
Gute Idee; sinnvoll; wichtig	15
Wird schon gemacht, aber sehr wichtig	1
Darf nicht viel Zeit kosten, weiters Vorgehen muss klar sein, aber sinnvoll	1
Sorgen über Datenschutzrecht	1
In seltenen Fällen nötig	1
Eher schwierig/ schwierig	2
Fehlend	4

Anmerkungen: Antworten wurden inhaltlich zusammengefasst und thematisch geclustert. Eigene Anfertigung.

Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in

Fragen aus dem Bereich „Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in“ wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet. Diese reichte von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“. Detaillierte Ergebnisse zu den gewählten Antwortoptionen sind in *Tabelle 6* im Anhang 1 dargestellt. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse wiedergegeben.

Die abteilungsspezifische Arbeitskultur im Umgang mit Kinderschutzbedenken wurde von Mitarbeitenden insgesamt als überwiegend positiv wahrgenommen ($M = 4,23$; $SD = 0,99$). Sechs Personen wählten hier die Option „weiß ich nicht“. Für die Aussage „Ich werde von Arbeitskolleg:innen (auch berufsübergreifend) ermuntert, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen“ ergab sich ein Mittelwert von $M = 3,41$ ($SD = 1,39$). Im Vergleich dazu fiel die Zustimmung zur Aussage über die Ermutigung durch Vorgesetzte im Mittel mit $M = 2,80$ ($SD = 1,56$) niedriger aus. Für die Angaben, die sich auf Frustration durch wiederholtes Hinweisen auf Kinderschutzstandards ($M = 2,88$; $SD = 1,26$) und Resignation durch ausbleibende Erfolgsaussichten im Umfeld der/des Patient:in ($M = 2,50$; $SD = 1,11$) beziehen, lagen die Mittelwerte im mittleren bis eher negativen Bereich. Hier zeigte sich bei beiden Items ein hoher Anteil der ausgewählten Antwortoptionen „weiß ich nicht“ und „weder noch“. Bei der Aussage zur Frustration gaben 8 Teilnehmende (25 %) „weiß ich nicht“ und 11 Teilnehmende (34 %) „weder noch“ an. Auch bei der Aussage zur Resignation wählten 13 Personen (41 %) „weder noch“ und sechs Personen (19 %) „weiß ich nicht“.

Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in

Die Antwortoptionen zur „Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in“ wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben. Die Skala reichte von 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 5 = „stimmt genau“, wobei höhere Werte eine stärkere Zustimmung abbilden. Eine deskriptive Übersicht der zentralen Ergebnisse findet sich in *Tabelle 7* im Anhang 1.

Mit einem Mittelwert von $M = 4,29$ ($SD = 0,76$) zeigte sich eine insgesamt überwiegend (eher) überzeugte Haltung des medizinischen Fachpersonals, die Institution für Kinderschutz im Umfeld des/der Patient:in positiv beeinflussen zu können. Das vorhandene Wissen zum konkreten Vorgehen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in wurde mit einem Mittelwert von $M = 3,00$ ($SD = 1,34$) im mittleren Bereich eingeordnet. Während sich ein Teil der Mitarbeitenden ($n = 14$) bezüglich des Vorgehens „(eher) sicher“ war, zeigten sich andere ($n = 12$) „(eher) unsicher“. Die Einschätzung der Mitarbeiter:innen bezüglich des subjektiven Sicherheitsempfindens im Umgang mit Geständnissen der Patient:innen bezüglich Kindeswohlgefährdung fiel mit $M = 2,76$ tendenziell verhaltener aus ($SD = 1,27$). Im Umgang mit Verdachtsfällen im Umfeld von Patient:innen fühlten sich die Mitarbeitenden ebenfalls eher unsicher ($M = 2,21$; $SD = 1,11$). Auch die Einschätzung bezüglich

routinemäßigen Umgangs im Team mit Kindeswohlgefährdung wurde mit $M = 2,27$ ($SD = 1,12$) eher als nicht routiniert eingeschätzt. Darüber hinaus wurden die bestehenden unterstützenden Strukturen, die Beratung und Unterstützung bei Bearbeitung von Fällen bieten, als eher nicht ausreichend wahrgenommen ($M = 2,46$; $SD = 1,14$).

5.3 Inferenzstatistische Analyse (FF2)

Forschungsfrage zwei (FF2) zielte darauf ab, Unterschiede bei Kenntnissen und Haltungen zum Thema Kinderschutz zwischen dem medizinischen Personal zu untersuchen. In der Studie waren Ärzt:innen und Pflegefachkräfte vertreten. Grundlage für den Vergleich bildeten die Antworten der Online-Umfrage, aus der jeweils zwei Items pro Konstrukt für *Haltungen* und *Kenntnisse* gegenübergestellt wurden. Der Shapiro-Wilk Test ergab für keine der Variablen einen p-Wert über dem festgelegten Signifikanzniveau ($p < 0,05$), sodass von keiner Normalverteilung auszugehen ist und den Mann-Whitney-U-Test angewendet werden kann. Die Ergebnisse werden gegliedert nach Konstrukten im Folgenden dargestellt. Zunächst folgen die Ergebnisse für die Kenntnisse der Angestellten.

Kenntnisse

Die Einschätzungen zu den abgefragten Kenntnissen unterscheiden sich statistisch nicht signifikant zwischen Ärzt:innen und Pflegefachkräften. Deskriptive Werte zu den Unterschieden sind in *Tabelle 3* abgebildet.

Für die Aussage „Bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in weiß ich, wie ich mich verhalten soll“ lagen Daten von $n = 29$ Teilnehmenden vor. Der mittlere Rang des Pflegepersonals lag über dem der Ärzt:innenschaft, jedoch zeigte der durchgeführte Mann-Whitney-U-Test keinen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen ($U = 58,00$; $z = -1,007$; $p = 0,314$).

Auch für die Aussage „Ich fühle mich aktuell persönlich gut vorbereitet, um angemessen reagieren zu können, sollte eine Patientin oder ein Patient mir Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt gegenüber Kindern in seinem persönlichen Umfeld anvertrauen“ ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen ($U = 76,0$, $z = -0,053$, $p = 0,958$). Die Medianwerte für beide Berufsgruppen lagen im unteren Skalenbereich (siehe *Tabelle 3*).

Tabelle 3: Deskriptive Parameter zur Gruppenunterscheidung (n, MR, Median) - Kenntnisaussagen

Verkürztes Item (n gesamt)	Berufsgruppe	n	MR	Median
Vorgehen in Verdachtsfällen (n = 29)	Ärzt:innenschaft	7	12,29	2,00
	Pflegekräfte	22	15,86	4,00
Sicherheit im Umgang mit anvertrauten Offenbarungen von Kindeswohlgefährdung (n = 29)	Ärzt:innenschaft	7	15,14	2,00
	Pflegekräfte	22	14,95	2,50

Anmerkung: Antworten wurden auf einer aufsteigenden Likert-Skala getroffen 1 = nein, gar nicht bis 5 = ja, sehr. MR = mittlerer Rang. Eigene Darstellung.

Haltungen

Es folgt die Darstellung der Studienergebnisse zu Haltungen der Berufsgruppen. Ärzt:innen und Pflegekräfte bewerteten ihre Überzeugung, einen Beitrag zum institutionellen Kinderschutz leisten zu können, ähnlich hoch (siehe *Tabelle 4*). Der Mann-Whitney-U-Test ergab hier keinen signifikanten Unterschied ($U = 64,5$, $z = -0,527$, $p = 0,598$).

Für die Aussage „Die Kultur in meiner Abteilung macht es leicht, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen“, wurden $n = 24$ Fälle in die Analyse einbezogen. Hier ergab der Mann-Whitney-U-Test mit $p = 0,032$ einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen ($U = 20,00$, $z = -2,148$, $p = 0,032$). Hier wird die Nullhypothese verworfen (H_0) und die Alternativhypothese (H_1) angenommen. Die berechnete Effektstärke beträgt $r = -0,44$. Während alle teilnehmenden Ärzt:innen die Arbeitskultur mit $Mdn = 5,00$ bewerteten, lag der Median der Pflegekräfte bei $Mdn = 4,00$ (siehe *Tabelle 4*).

Tabelle 4: Deskriptive Parameter zur Gruppenunterscheidung (n, MR, Median) - Haltungsaussagen

Verkürztes Item (n gesamt)	Berufsgruppe	n	MR	Median
Überzeugung, Beitrag zum Kinderschutz in Institution leisten zu können (n = 28)	Ärzt:innen-schaft	7	13,21	4,00
	Pflegekräfte	21	14,93	4,00
Positive Arbeitskultur in der Abteilung (n = 24)	Ärzt:innen-schaft	5	18,00	5,00
	Pflegekräfte	19	11,05	4,00

Anmerkung: Antworten wurden auf einer aufsteigenden Likert-Skala getroffen 1 = nein, gar nicht bis 5 = ja, sehr. MR = mittlerer Rang. Eigene Darstellung.

Wie der Boxplot in *Abbildung 2* verdeutlicht, stimmte die Gesamtheit der Ärzt:innen zum Item „Die Kultur in meiner Abteilung macht es leicht, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen“ voll zu. Dabei lagen die Antwortoptionen einer aufsteigenden 5-stufigen Likert-Skala (1 = „stimme gar nicht zu“, bis 5 = „stimme voll zu“). Die Antworten der Pflegekräfte zeigten eine größere Range (2,0 bis 5,0). Beide Mediane der Berufsgruppen befanden sich im positiven Bereich der Likert-Skala.

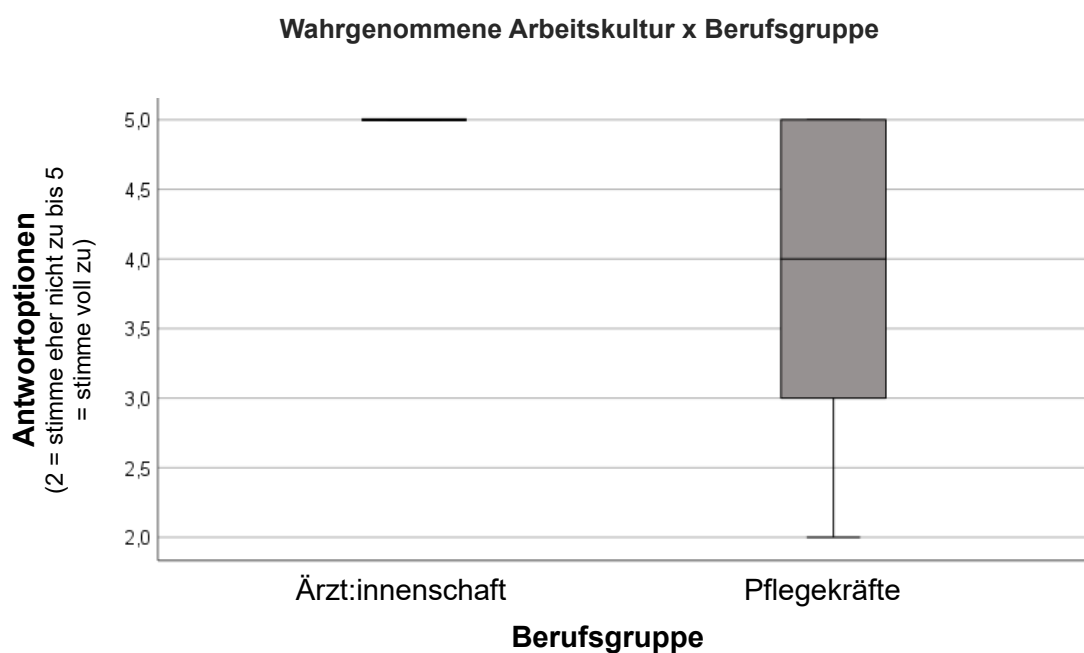


Abbildung 2: Boxplot des Mann-Whitney-U-Tests zur wahrgenommenen Arbeitskultur, abgebildet nach Berufsgruppen. Eigene Darstellung.

6. Diskussion

6.1 Ergebnisdiskussion

Die Auswertung der Umfragedaten zeigt ein ambivalentes Bild. Während die Haltungen der Mitarbeitenden überwiegend aufgeschlossen gegenüber dem Thema Kinderschutz waren und die Thematik als relevant beschrieben, konnten zugleich einige Wissenslücken identifiziert werden.

Ein zentrales Ergebnis der deskriptiven Analyse betrifft die geringe Teilnahme an Fortbildungsangeboten zum Thema Kinderschutz. Nur 27 % der Teilnehmer:innen gaben an, zum Erhebungszeitpunkt bereits eine Schulung zum Thema Kinderschutz besucht zu haben. Dies umfasst Fortbildungen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Klinikums. Diese Feststellung deckt sich mit Erkenntnissen aus der Fachliteratur, die erheblichen Schulungsbedarf konstatieren und eine feste Verankerung von Kinderschutz als Bestandteil der Ausbildung in Bereichen außerhalb der Pädiatrie empfehlen (Maier et al., 2021a; Neumann et al., 2015; Schwier et al., 2019).

Auffällig ist der Kontrast zwischen den geringen Fortbildungserfahrungen und der gleichzeitig hohen eingeschätzten Relevanz ($M = 4,59$) des Themas für den eigenen Tätigkeitsbereich. Lediglich eine befragte Person bewertete das Thema als „eher nicht“ relevant für die eigene Tätigkeit. Vor dem Hintergrund der Hauptzuständigkeiten der Teilnehmer:innen in einer Erwachsenennotaufnahme erscheint die hoch eingeschätzte Relevanz als ein überraschendes Ergebnis. Die Annahme, dass sich Mediziner:innen außerhalb pädiatrischer Fachbereiche nicht für Kinderschutzangelegenheiten zuständig sehen – wie beispielsweise eine Untersuchung unter Allgemeinmediziner:innen ergab (Grau et al., 2024) – lässt sich durch die vorliegenden Umfragedaten nicht bestätigen. Diese Diskrepanz zwischen subjektiv empfundener Bedeutung und faktisch geringer Fortbildungsbeteiligung könnte auf eine geringe strukturelle Verankerung des Themas in der Erwachsenenmedizin hinweisen. Alternativ sind aber auch fehlende personelle und zeitliche Ressourcen denkbar.

Auch die Einschätzung zur eigenen Selbstwirksamkeit, in Kinderschutzfällen etwas bewirken zu können, fiel bei den Befragten überwiegend hoch aus ($M = 4,29$). In der Fachliteratur wird eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung als förderlich für aktives Handeln bei Verdachtsfällen beschrieben (Maier et al., 2019).

Die grundsätzlich positive Haltung spiegelt sich auch in den Rückmeldungen zu einem Kurz-Screening wider. Drei Viertel (75 %) der Teilnehmer:innen äußerten sich zustimmend und sahen in einem derartigen Instrument einen potenziellen Nutzen für ihren Tätigkeitsbereich. Einzelne Rückmeldungen betonten jedoch, dass eine Implementierung des Screenings nur bei klaren Abläufen und geringem Zeitaufwand praktikabel sei. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer sorgfältig geplanten Einführung, die auch strukturelle Herausforderungen sowie bestehende Rahmenbedingungen berücksichtigt. Unsicherheiten und personellen Vorbehalten muss dabei sensibel begegnet werden. Dies entspricht auch Empfehlungen des Kinderschutzleitlinienbüro

(2019). Geäußerte Bedenken hinsichtlich Datenschutzfragen verdeutlichen hier zudem den Bedarf an Schulungen zu rechtlichen Rahmenbedingungen.

Trotz der hoch eingeschätzten Selbstwirksamkeit und Relevanz des Themas zeigten sich deutliche Unsicherheiten im Umgang mit Verdachtsfällen und Patient:innen. Auch in der Fachliteratur wird häufig über Unsicherheiten des medizinischen Personals als Barrieren bei Kinderschutzfragen berichtet. So stehen die gewonnenen Ergebnisse im Einklang mit Erkenntnissen aus Studien von Eberhard et al. (2024) und Louwers et al. (2012), die von diversen Unsicherheiten und unzureichender Schulung insbesondere bei Fachkräften außerhalb der Pädiatrie berichten. Die verschiedenen Unsicherheiten konnten auch in der vorliegenden Studie identifiziert werden.

So lassen die durchmischten Ergebnisse des eigenen Wissens zum Vorgehen bei Verdachtsfällen auf Unsicherheiten bezüglich des Vorgehens bei Angestellten folgern ($M = 3,00$). Außerdem belegen die Ergebnisse der Befragung Unsicherheiten im Umgang mit Patient:innen. 62% der Teilnehmer:innen gaben an, sich „(eher) nicht“ sicher im Umgang mit Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in zu fühlen. Auch hinsichtlich Geständnisse einer Kindeswohlgefährdung lag der Mittelwert bei $M = 2,76$. Nur 26 % der Befragten fühlt sich „(eher) sicher“.

Auffällig ist ein nennenswerter Teil der Befragten, der die Antwortoption „weder noch“ wählten (19 %; $n = 6$). In diesem Kontext kann diese Wahl auf eine gewisse Unsicherheit oder Ambivalenz hinsichtlich der eigenen Handlungskompetenz interpretiert werden. Eine neutrale Position bei dieser sensiblen Thematik könnte auf fehlende Praxiserfahrung hindeuten, aber auch Schulungsbedarf erkennen lassen. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Umfrage zu Fragen zur Frustration und Resignation sind die Antwortoptionen „weder noch“ (Resignation $n = 13$; Frustration $n = 11$) und „weiß ich nicht“ (Resignation $n = 6$; Frustration $n = 8$) mit 19 % – 41 % auch hier verglichen zu anderen Variablen auffällig hoch. Gleichmaßen könnte diesem Ergebnis der mangelnde Umgang mit Kinderschutzfragen zugrunde liegen, aber auch darauf zurückzuführen sein, dass für Befragte eine pauschale Aussage schwierig ist. Es kann jedoch auch eine neutrale Haltung spiegeln sowie auf Zurückhaltung der Teilnehmer:innen deuten, negative Tendenzen bei diesem sensiblen Thema aufgrund sozialer Erwünschtheit zu zeigen.

Die Tatsache, dass die Befragten eher unregelmäßig von einem Umgang mit Kinderschutzfälle im eigenen Team berichteten ($M = 2,27$), könnte in diesem Fall auf mangelnde Erfahrungen im Umgang mit Kinderschutzfragen hinweisen.

Obwohl mit dem G-BA Beschluss im Jahr 2020 alle medizinischen Einrichtungen zur Etablierung institutioneller Kinderschutzkonzepte verpflichtet wurden (Eberhardt et al., 2024), äußerten sich 47 % der Teilnehmer:innen hinsichtlich ausreichender institutioneller Strukturen zur Unterstützung im Kinderschutzfall unzufrieden. Auch die heterogenen und im Mittel überwiegend (eher) negativen Angaben zur Verfügbarkeit klarer und transparenter Handlungsleitlinien im Arbeitsbereich fiel mit einem Mittelwert von $M = 2,84$ eher kritisch aus. Dies deutet auf Defizite bei der Implementierung standardisierter und struktureller Handlungsstandards hin. Dieser Tatsache kann neben mangelnder institutioneller Verankerung aber auch andere Ursachen, wie unzureichende Kommunikation über die Leitlinie zugrunde liegen. Gerade in akutmedizinischen Bereichen, in denen schnelles und sicheres Vorgehen erforderlich ist, sind jedoch gut kommunizierte Handlungsabläufe und Leitlinien essenziell (Louwers et al., 2012).

Positiv zu werten (ebd.) ist die als weitgehend positiv wahrgenommene abteilungsspezifische Arbeitskultur hinsichtlich der Thematisierung von Kinderschutz-Bedenken im Patient:innenumfeld ($M = 4,23$). Dies weist auf eine überwiegend offene und unterstützende Arbeits- bzw. Fehlerkultur hin. Gleichzeitig wählten jedoch sechs Personen ($n = 6$) die Antwortoption „weiß ich nicht“, was auf fehlende Erfahrungen im Umgang mit Kinderschutzthemen in der Abteilung, Verunsicherung oder keine eindeutig gelebte oder kommunizierte Kommunikationskultur zu Kinderschutzfragen im Team hindeuten kann. Die Ergebnisse zeigen auch, dass kollegiale Ermutigung von der Mehrheit (66 %) als (eher) gegeben eingeschätzt wurde, während die Unterstützung durch Führungspersonen zurückhaltender wahrgenommen wurden ($M = 2,80$). Ein Viertel der Mitarbeitenden wählte hier die Antwortoptionen „weder noch“ und „weiß ich nicht“. Diese Ergebnisse lassen sich als Lücke im Führungshandeln bzw. als eine eher passive Führungskultur hinsichtlich der Kinderschutzthematik interpretieren.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen jedoch, dass es sich bei Kinderschutz um eine Thematik handelt, die – wie Ergebnisse zur emotionalen Belastung in der Vergangenheit zeigen – durchaus auch für den Bereich der Erwachsenenmedizin relevant ist. Über die Hälfte der Befragten (53 %) gab an, bereits in der Vergangenheit emotional belastet gewesen zu sein, weil bei einem vermuteten Fall keine Handlung erfolgte.

Diese Erfahrungen zeigen, dass sich durch unterlassenes Handeln nicht nur für gefährdete Kinder Risiken ergeben, sondern auch Gesundheitsfachkräfte einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt sind. Dies stimmt mit Erkenntnissen von Maier et al. (2021) überein, die beschreiben, dass mangelnde Kenntnisse zum Handeln und fehlende Strukturen im Umgang mit Verdachtsfällen zu Belastungssymptomen bei medizinischem Personal führen können. Zudem wird betont, dass Schulungen dazu beitragen können, diese Belastungen zu reduzieren.

Die inferenzstatistische Analyse zur zweiten Forschungsfrage, die sich mit Unterschieden hinsichtlich Haltungen und Kenntnissen zwischen den Berufsgruppen befasste, zeigte Differenzen.

Es konnte hinsichtlich der eingeschätzten Arbeitskultur ein signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden ($p = 0,032$). Ärzt:innen ($Mdn = 5$) bewerteten die Arbeitskultur mit einer Effektstärke von $r = 0,44$ als signifikant positiver als das Pflegepersonal ($Mdn = 4$). Der berechnete Effekt deutet auf einen praktisch relevanten Unterschied, welcher eine moderate Größe besitzt. Dies könnte auf eine stärkere Einbindung der Ärzt:innen in Entscheidungsprozesse und Gremienstrukturen im Bereich Kinderschutz zurückzuführen sein und möglicherweise hierarchische Strukturen widerspiegeln. Trotz des signifikanten Unterschieds muss jedoch erwähnt werden, dass sich beide Mediane im positiven Bereich der Skala befanden.

Zudem lässt sich ein weiterer Unterschied, der jedoch nicht signifikant ist, hinsichtlich der Kenntnisse feststellen. Die Mediane zu Wissen im Umgang mit Verdachtsfällen der Ärzteschaft ($Mdn = 2,00$) und der Pflegefachschaft ($Mdn = 4,00$) liegen im Gegensatz zu den restlichen untersuchten Items deutlich auseinander und könnten auf einen Trend hinweisen. Dieser Trend zeigt sich widersprüchlich zu Ergebnissen von Eberhardt et al., (2024) der besonderen Verbesserungsbedarf hinsichtlich subjektiven Kenntnisstandes von Pflegekräften feststellte. Der Unterschied zwischen den Berufsgruppen könnte auf die unterschiedliche Nähe zu den Patient:innen im klinischen Alltag zurückzuführen sein. Pflegefachkräfte stehen oft in engem Kontakt durch die Betreuung und sind möglicherweise mehr mit Hinweisen durch Beobachtungen von Interaktionen und Verhalten konfrontiert. Wie in Kapitel 2 bereits erwähnt, wird in der Fachliteratur zudem die besondere Rolle der Pflegefachkraft als Erstansprechperson betont (Maier et al., 2021a). Alternativ könnten unterschiedliche Schulungsinhalte und -zugänge der Berufsgruppen eine Rolle spielen. Zwar ist das Ergebnis nicht signifikant, dennoch kann der auffällige Abstand zwischen den Medianen auf einen Trend

deuten, den es weiter zu untersuchen gilt. Pfleger:innen könnten eine bedeutsame Rolle bei Kinderschutzfragen einnehmen.

6.2 Limitationen

Vorliegende Ergebnisse sind jedoch vor dem Hintergrund einiger Limitationen zu betrachten. Es ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den analysierten Medianen der Gruppenunterschiede um subjektive Einschätzungen handelt, die nicht zwingend mit dem tatsächlichen Kenntnisstand korrespondieren müssen. Dennoch kann auch die Berücksichtigung von subjektiven Wahrnehmungen relevant sein, da sie das Vorgehen bei Verdachtsfällen maßgeblich beeinflussen.

Ein wesentliche Limitationsfaktor ist der geringe Stichprobenumfang ($N = 32$), der eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark einschränkt. Es handelt sich um eine nicht repräsentative Studie, was insbesondere die Aussagekraft des inferenzstatistischen Vergleichs zwischen den Berufsgruppen durch die ungleiche und kleine Stichprobengröße einschränkt. Auch der Korrelationskoeffizient kann durch die ungleiche Größe der Berufsgruppen verzerrt sein.

Zudem birgt die freiwillige Teilnahme das Risiko eines Selbstelektionsbias. Es kann durch Teilnahme vorrangig besonders sensibilisierter und interessierter Mitarbeiter:innen hinsichtlich der Thematik zu einer Stichprobenverzerrung kommen, was beispielsweise zu einer erhöhten Relevanzeinschätzung führen kann (Döring & Bortz, 2016).

Des Weiteren besteht das Risiko sozial erwünschten Antwortverhaltens (Social Desirability Bias). Studienteilnehmer:innen zeigen möglicherweise eine Tendenz in Befragungen eher Antworten zu geben, die sozial akzeptabel oder erwünscht sind, anstatt ihre ehrliche Meinung widerzugeben. Dies kann zur Verzerrung von Ergebnissen führen. Besonders bei sensiblen Themen wie Kinderschutz kann der Mechanismus der sozialen Erwünschtheit bei Fragen wie zur Relevanzeinschätzung nicht ausgeschlossen werden.

Zudem handelt es sich um eine Querschnittserhebung, wodurch die Studie als eine Momentaufnahme zu verstehen ist (Döring & Bortz, 2016). Die Ergebnisse lassen sich nur für den Messzeitpunkt interpretieren. Es können keine Aussagen zu zeitlichen Entwicklungen oder Veränderungen getroffen werden. Störfaktoren können die Ergebnisse beeinflusst haben. Diese wurden jedoch nicht untersucht. Außerdem

wurde der Fragebogen keiner formellen Reliabilitätsprüfung unterzogen, was die Aussagekraft und Zuverlässigkeit der Aussagen der Ergebnisse einschränken kann.

Eine weitere zentrale Limitation betrifft die theoretische Fundierung der Arbeit. Aufgrund der geringen Verfügbarkeit spezifischer Fachliteratur und empirischer Studien zum Thema Kinderschutz in der Erwachsenenmedizin – insbesondere im Bereich der Notaufnahmen in Deutschland – wurde ergänzend auf Literatur aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zurückgegriffen. Eine Übertragung der Erkenntnisse wurde gewissenhaft und differenziert vorgenommen, birgt jedoch das Risiko kontextueller Verzerrungen. Aus diesem Grund wurde auch auf Leitlinienempfehlungen der S3+-Kinderschutzleitlinie zurückgegriffen, welche durch Fachgesellschaften wie die DGKiM spezifiziert wurden. Formulierungen wurden hier oftmals allgemein gehalten und waren selten primär auf die Erwachsenenmedizin bezogen. Die Aussagekraft der theoretischen Einbettung ist daher begrenzt. Gleichzeitig verdeutlicht dies die bestehende Forschungslücke und den Bedarf systematischer wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit Kinderschutzfragen außerhalb des pädiatrischen Bereichs.

6.3 Praxisableitung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Kinderschutz im Setting der Erwachsenennotaufnahme zwar als bedeutsam wahrgenommen wird, bezüglich vorhandener Kenntnisse jedoch noch Defizite bestehen. Diese wurden auch hinsichtlich struktureller Rahmenbedingungen und in der alltäglichen Praxis sichtbar. Daraus ergeben sich mehrere praxisrelevante Ansätze und Impulse für zukünftige Interventionen in der Erwachsenennotaufnahme Karlsruhe, die auch als Anhaltspunkte für andere medizinische Bereiche dienen können.

Um Unsicherheiten und Handlungsbarrieren zu reduzieren, sollte ein leicht zugängliches, praxisnahes Fortbildungskonzept zum Kinderschutz für alle Berufsgruppen etabliert werden, um Kenntnisse zu vertiefen. Diese Schulungen sollten neben rechtlichen Grundlagen und klaren Meldewegen sowie institutionellen Handlungsstandards auch transparente Kommunikation und insbesondere den Umgang mit Patient:innen im Verdachtsfall beinhalten. Eine mögliche Verpflichtung im Rahmen der Ausbildung ist denkbar.

Berufsgruppenspezifische Unterschiede sollten in zukünftigen Schulungs- und Implementierungskonzepten stärker berücksichtigt werden. Hierbei spielt insbesondere die

Partizipation aller Mitarbeiter:innen eine bedeutende Rolle. Beispielsweise bei Gremien und Konzeptentwicklungen sollte die Einbindung aller Berufsgruppen angestrebt werden, damit eine effiziente interdisziplinäre Zusammenarbeit entsteht und alle Berufsgruppen Maßnahmen auf Bedürfnisse der Berufsgruppen angepasst werden können. Aber auch die berufsgruppenspezifische Anpassung einzelner Schulungsinhalte ist anzustreben, um Handlungskompetenzen gezielt zu steigern.

Außerdem sollte – da Führungspersonen von den Befragten als weniger unterstützend wahrgenommen wurden – ein Hauptaugenmerk den Führungspersonen gelten. Führungskräfte tragen Verantwortung, indem sie Kinderschutzstrukturen etablieren, Gesprächsbereitschaft signalisieren und eine Leitungskultur etablieren, in der Unsicherheiten offen angesprochen werden können.

Der Zugang zu klaren Leitlinien und Unterstützungsangeboten sowie zu standardisierte Vorgehensweisen kann im Berufsalltag der Notaufnahmen hilfreich sein. Durch eine klare und zeitsparende Vorgehensweise kann die Hemmschwelle für Interventionen im Verdachtsfall gesenkt werden. Es ist nötig einrichtungsinterne Standards, wie Leitlinien zum Vorgehen im Verdachtsfall und Zuständigkeitsbereiche klar zu kommunizieren und zu evaluieren. Auch die Benennung klarer Zuständigkeiten wie einer beauftragten Person für Kinderschutz ist sinnvoll.

Kinderschutzkonzepte können nur erfolgreich etabliert werden, wenn auch passende Rahmenbedingungen dafür bestehen. Kinderschutzmaßnahmen sollten daher stets auf einer Analyse bestehender institutioneller Strukturen bestehen. Unter Berücksichtigung bereits bestehender Strukturen gilt es geeignete Bedingungen zu schaffen. Dazu zählen insbesondere ausreichende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen.

6.4 Ableitungen für die Forschung

Für weitere Forschung können verschiedene Anknüpfungsmöglichkeiten abgeleitet werden. Um belastbare Aussagen treffen zu können, bedarf es in Zukunft größerer, randomisierter Stichproben, die über die Institution hinaus gehen. So sollten verschiedene Bereiche der Erwachsenenmedizin einbezogen werden, um fundierte Aussagen und Vergleiche treffen zu können. Eine wiederholte Befragung nach Umsetzung struktureller Maßnahmen (z.B. Durchführung von Schulungen oder Einführung von Screening-Instrumenten) bietet zudem die Möglichkeit, Entwicklungen der Haltungen und

Kenntnisse sowie Effekte und Barrieren spezifischer Interventionsmaßnahmen systematisch zu erfassen und zu evaluieren.

Auch qualitative Forschungsmethoden, wie etwa qualitative Interviews könnten helfen, um subjektive Unsicherheiten, praktische Hürden und institutionelle Herausforderungen im Kinderschutz im Kontext der Erwachsenenmedizin tiefergehend zu verstehen, um Bedarfe und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Auch der Einsatz des Mixed-Method-Ansatzes, der quantitative und qualitative Elemente kombiniert, kann hier sinnvoll sein.

Auch berufsgruppenspezifische Unterschiede sollten in zukünftigen Studien weitergehend untersucht werden. Aufgrund des begrenzten Stichprobenumfangs sowie der geringen inferenzstatistischen Analysetiefe durch die Beschränkung auf zwei repräsentative Items pro Konstrukt, ist eine weiterführende, systematische Untersuchungen zu Berufsgruppenunterschieden sinnvoll. Die Berücksichtigung dieser kann für die Entwicklung zielgerichteter Interventionen, Fortbildungen und institutioneller Konzepte von Bedeutung sein. In diesem Kontext ist auch die Wirksamkeit berufsgruppenspezifischer Maßnahmen weitergehend zu evaluieren.

7. Fazit

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, mithilfe einer quantitativen Online-Umfrage die Kenntnisse und Haltungen von Angestellten der ZiAN Karlsruhe zum Thema Kinderschutz im Kontext erwachsener Patient:innen zu erfassen sowie mögliche Unterschiede zwischen Berufsgruppen zu analysieren.

Die Ergebnisse zeigen eine grundsätzlich aufgeschlossene Haltung gegenüber der Thematik. Gleichzeitig wurden jedoch einige Kenntnislücken und Unsicherheiten im Umgang mit Verdachtsfällen deutlich. Besonders auffällig war die Diskrepanz zwischen der geringen Teilnahme an Fortbildungen zum Kinderschutz und der hohen Relevanzeinschätzung. Dies deutet auf strukturelle Schwächen, wie fehlende Leitlinien und Unterstützungsangebote, mangelnde Unterstützung der Führungsebene, oder eine unzureichende Verankerung von Kinderschutzkonzepten in der Erwachsenenmedizin hin. Die Berichte über belastende Erfahrungen in der Vergangenheit – von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden – unterstreichen die Bedeutsamkeit der Thematik. Eine Vertiefung der Kenntnisse würde sowohl gefährdeten Kindern als auch der Entlastung des medizinischen Fachpersonals dienen.

Die inferenzstatistische Analyse ergab einen signifikanten Unterschied in der wahrgenommenen Arbeitskultur zwischen der Berufsgruppen der Ärzt:innen und Pflegefachkräften. Die Ergebnisse lassen auf das Bestehen weiterer berufsgruppenspezifischer Unterschiede vermuten.

Trotz bestehender Empfehlungen und Vorgaben von Fachgesellschaften und staatlichen Stellen deutet die vorliegende Arbeit auf eine bestehende Versorgungslücke im Bereich des Kinderschutzes außerhalb der Pädiatrie hin. Daraus ergeben sich vor dem Hintergrund der Fachliteratur zentrale Handlungsempfehlung für den Kinderschutz im praktischen Alltag der ZiAN Karlsruhe, die sich auch auf weitere Bereiche der Erwachsenenmedizin übertragen lassen.

1. Implementierung niedrigschwelliger und praxisnaher Fortbildungsangebote zur Förderung der Handlungssicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen sowie zur Erweiterung rechtlicher Kenntnisse und kommunikativer Kompetenzen im Patient:innenkontakt
2. Etablierung klarer Handlungsleitlinien, Kommunikationswege und Zuständigkeiten innerhalb der Einrichtung sowie deren transparente Vermittlung an alle Mitarbeitenden.
3. Sensibilisierung der Führungsebene als Schlüsselfaktor für die Umsetzung institutioneller Konzepte, die Förderung einer offenen Fehlerkultur und die Sensibilisierung des Teams
4. Entwicklung berufsgruppenspezifischer Maßnahmen, beispielsweise durch differenzierte Schulungsformate oder berufsgruppenübergreifende, partizipative Konzeptentwicklung zur Berücksichtigung verschiedener Perspektiven und Bedürfnisse.
5. Anpassung und strukturelle Verankerung institutioneller Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung personeller und finanzieller Ressourcen basierend auf einer Analyse bestehender Gegebenheiten.

Die Ergebnisse tragen zur Schließung der Forschungslücke bei und bieten Anknüpfungspunkte für weiterführende Untersuchungen. Zukünftig sollten größere, systematische Studien folgen, die bestehende Kinderschutzstrukturen im Bereich der Erwachsenenmedizin evaluieren und weitere Fachbereiche neben Erwachsenennotaufnahmen einbeziehen. Auch qualitative Methoden sollten in weiteren Forschungsvorhaben Anwendung finden. Besonders berufsgruppenspezifische Unterschiede sowie die Wirksamkeit konkreter Interventionsmaßnahmen gilt es zu untersuchen.

Internationale Studien und Ansätze – wie das Haager Protokoll – können als Orientierung dienen, bedürfen jedoch einer wissenschaftlichen Evaluation hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit im deutschen Kontext.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass in der Erwachsenenmedizin – trotz bestehender Herausforderungen – ein großes Potenzial für wirksamen Kinderschutz liegt. Die strukturelle Verankerung von Kenntnissen und Haltungen durch Kinderschutzmaßnahmen in Einrichtungen der Erwachsenenmedizin kann nicht nur zur Ausweitung des Hellfeldes von Kindesohlgefährdungen beitragen, sondern auch medizinisches Fachpersonal unterstützen. Hierfür benötigt es jedoch neben einer Vertiefung individueller Kompetenzen auch klar kommunizierte und strukturell verankerte Kinderschutzkonzepte auf institutioneller Ebene.

Literaturverzeichnis

- Albermann, K., Wiegand-Grefe, S., & Winter, S. (2019). Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(1), 6–26. <https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.1.6>
- Alle, F. (2017). *Kindeswohlgefährdung: Das Praxishandbuch*. Lambertus-Verlag.
- Berthold, O. (2019). Wie reagiert das Gesundheitswesen auf gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung? *Lernen und Lernstörungen*, 8(2), 95–101. <https://doi.org/doi.org/10.1026/a000002>
- Berthold, O., Clemens, V., Hoffmann, U., Fegert, J., & Witt, A. (2019). Kinderschutz im Gesundheitswesen verbessern: Fachberatung, Weiterbildung und Forschung am Beispiel des misshandlungsbedingten Kopftraumas. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 8 960–969.
- Berthold, O., Jud, A., Jarczok, M., Fegert, J. M., & Clemens, V. (2021). Reasonable suspicion in reporting child maltreatment: A survey among German healthcare professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00381-7>
- Bertsch, B. (2016). *Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen: Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen*. Deutsches Jugendinstitut (DJI).
- Biesel, K., & Urban-Stahl, U. (2018). *Lehrbuch Kinderschutz*. Beltz.
- Born, S. (2023). Der »Childcheck« in der allgemeinen -Erwachsenennotaufnahme. *Familien-dynamik*, 48(3), 250–252.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0>
- Brauchle, M., Deffner, T., Brinkmann, A., Dehner, S., Dubb, R., Finkeldei, S., Gatzweiler, B., Hermes, C., Heyd, C., Hoffmann, M., Jeitziner, M.-M., Kaltwasser, A., Kern, T., Knochel, K., Krüger, L., Melching, H., Michels, G., Müller-Wolff, T., Pelz, S., ... Nydahl, P. (2023). Besuche von minderjährigen Angehörigen in der Intensiv- und Notfallmedizin: Kinder als Besucher willkommen! *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118(5), 351–357. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01004-z>
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. (2024). Bürgerschaftliches Ersuchen vom 24. April 2024: Den medizinischen Kinderschutz in Hamburg weiter stärken—Interkollegialer Aus-tausch zwischen Ärzt:innen fördern (Drucksache No. 22/17370). Hamburgische Bürgerschaft. Verfügbar unter: https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/89685/22_17370_buergerschaftliches_ersuchen_vom_24_april_2024_den_medizinischen_kinderschutz_in_hamburg_weiter_staerken_interkollegialer_aus-tausch_zwischen_aerzt_inn [Zugriff: 22. 07. 2025]
- Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. M., & Kölch, M. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern: Auch ein Thema im Rahmen des Kinderschutzes. *Der Nervenarzt*, 89(11), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>

- Cohen, J. (2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed., reprint). Psychology Press.
- Deegener, G., & Körner, W. (2016). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis, Materialien* (4. Auflage). Pabst Science Publishers.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM). (2023). *DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen* (No. Version 2.0). Verfügbar unter: https://dgkim.de/wp-content/uploads/2023/07/2023_05_04_leitfaden-medizinischer-kinderschutz-2-0.pdf [Zugriff: 30. 06. 2025]
- Diderich, H. M., & Baeten, P. (2013). *A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment*. 37(12), 1122–1131.
- Diderich, H. M., Fekkes, M., Dechesne, M., Buitendijk, E., & Oudesluys-Murphy, M. (2015). Detecting child abuse based on parental characteristics: Does The Hague Protocol cause parents to avoid the Emergency Department? *International Emergency Nursing*, 23(2), 203–206. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.004>
- Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Sorensen, G., Baeten, P., & Oudesluys-Murphy, A. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1122–1131. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.005>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Eberhardt, A., Fegert, J., Hoffmann, U., König, E., & Sterz-Burdack, V. (2024). Wissen zu und Umsetzung von institutionellen Schutzkonzepten in Krankenhäusern als Teil des medizinischen Kinderschutzes. *Bundesgesundheitsblatt*, 67, 1180–1189. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03948-9>
- Engel, J., Witte, S., Fakhir, Z., Liel, C., & Kindler, H. (2023). *Externe Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte*. Deutsches Jugendinstitut e. V. <https://doi.org/10.36189/DJI202402>
- Fegert, J., Chauviré-Geib, K., Hoffmann, U., Kindler, H., Meysen, T., & Schumann, E. (2023). *Gute Kinderschutzverfahren. Tatsachenwissenschaftliche Grundlagen, rechtlicher Rahmen und Kooperation im familiengerichtlichen Verfahren*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6>
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2024). *Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten*,

medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) (in der Fassung vom 17.12.2015, zuletzt geändert am 18.01.2024 (BAnz AT 19.04.2024 B5)). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> [Zugriff: 20. 07. 2025]

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Grau, K., Mayer, L., Haun, M., Lamp, N., Berthold, O., Barzel, A., Fegert, J., Rothermund, E., Oexle, N., Clemens, V., & Rassenhofer, M. (2024). Kindeswohlgefährdung: (K)ein Thema!? Explorative Untersuchungen zu Awareness, Herausforderungen und Fortbildungsbedarfen bezüglich des Kinderschutzes in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 100, 371–379.
- Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-35>
- Hoffmann, U., Fegert, J. M., König, E., Maier, A., & Herberhold, M. (2021). Entwicklung von Schutzkonzepten gegen (sexuelle) Gewalt im medizinisch-therapeutischen Bereich. *Kindheit und Entwicklung*, 30(4), 227–235. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000356>
- Hoffmann, U., König, E., Jung, D., Maier, A., & Fegert, J. M. (2024). Gefährdungsanalyse als Baustein der Entwicklung eines Schutzkonzepts gegen (sexualisierte) Gewalt: Ergebnisse einer Online-Befragung der Mitarbeitenden am Universitätsklinikum des Saarlandes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19(3), 383–390. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01061-4>
- Hollenberg, S. (2016). *Fragebögen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12967-5>
- Jud, A. (2023). Überblick zu Begriffen im Kontext von Kindesmisshandlung. In J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann, & E. Schumann (Hrsg.), *Gute Kinderschutzverfahren* (S. 237–245). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6_16
- Kapelari, K., Scholl-Bürgi, S., Lips, U., & Herrmann, B. (2016). Früherkennung von Kindesmisshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(12), 1133–1149. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0203-y>
- Kasinger, C., Schlack, R., Brähler, E., Fegert, J. M., & Clemens, V. (2024). Prevalence of child maltreatment in a nationwide sample of 18 to 31 year-olds in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00795-z>
- Kinderschutzleitlinienbüro. (2018). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0* (No. AWMF-Registrierungsnummer: 027-069). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/KF_027-069I_Kinderschutz_2018-10.pdf [Zugriff: 26. 06. 2025]

- Kindler, H. (2009). Kindeswohlgefährdung: Ein Forschungsupdate zu Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(10), 764–785. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.10.764>
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen: Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073–1079. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1132-x>
- Kindler, H., & Jud, A. (2023). Warum kommt es zu Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch? (Ätiologie). In J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann, & E. Schumann (Hrsg.), *Gute Kinderschutzverfahren* (S. 247–259). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6_17
- Kliemann, A., Winter, S. M., Fegert, J. M., & Berthold, O. (2024). Medizinischer Kinderschutz zwischen Elternrecht, Selbstbestimmungsrecht und Schutzverantwortung. Teil 1 – rechtliche Grundlagen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. <https://doi.org/10.1007/s00112-024-02047-y>
- Konijnenburg, E. M. M., Diderich, H. M., Teeuw, A. H., Klein Velderman, M., Oudesluys-Murphy, A. M., Van Der Lee, J. H., Biezeveld, M. H., Brilleslijper-Kater, S. N., Edelenbos, E., Flapper, B. C., Van Goudoever, J. B., Lindauer, R. J. L., Mahdi, U., Poldervaart, J. D., Sanders, M. K., Jolande Schoonenberg, N., Sieswerda-Hoogendoorn, T., Van Sommeren, P. G. W., Vogt, A., ... Verkerk, P. H. (2016). Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. *Child Abuse & Neglect*, 53, 81–94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.012>
- Leeb, R. T., Pauloizzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Leitão, C., & Shumba, J. (2024). Promoting family wellbeing through parenting support in ECEC services: Parents' views on a model implemented in Ireland. *Frontiers in Education*, 9, 1388487. <https://doi.org/10.3389/educ.2024.1388487>
- Lenz, A. (2017). Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen: Handreichung. *Materialien zu Frühen Hilfen*, 9. <https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-EPE>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(1), 167. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>
- Maier, A., Fegert, J., & Hoffmann, U. (2021a). Kinderschutz:Kompetenz entwickeln. *Pflegezeitschrift*, 06. <https://www.springerpflege.de/content/pdfId/19166412/10.1007/s41906-021-1051-5>
- Maier, A., Fegert, J. M., & Hoffmann, U. (2021b). Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz: Dissemination der Inhalte eines Online-Kurses unter Gesundheitsfachkräften. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(1), 68–74. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1>

- Maier, A., Hoffmann, U., & Fegert, J. M. (2019). Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 161(S4), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0>
- Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U., & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: A qualitative survey. *GMS Journal for Medical Education*; 37(1):Doc10. <https://doi.org/10.3205/ZMA001303>
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1), 50–60. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177730491>
- Neumann, A., Schulz, M., Schellong, J., Heilmann, A., Schwier, F., Schmidt, U., Erfurt, C., Fitze, G., & Berner, R. (2015). Hinsehen – Erkennen – Handeln: Umgang mit dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung an pädiatrischen Einrichtungen in Sachsen. *Kinder- und Jugendmedizin*, 15(06), 409–414. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1629296>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2024). *Monitoring Frühe Hilfen. Wissenschaftlicher Bericht 2023 zur Bundesstiftung Frühe Hilfen*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/NZFH:BERICHT-BSFH-2023> [Zugriff: 02.08.. 2025]
- Rabe, A. (2022). (Rechts-)medizinische Aspekte im Kinderschutz. In E. Schierer, A. Rabe, & B. Groner (Hrsg.), *Institutionelle und professionsbezogene Zugänge zum Kinderschutz* (S. 97–114). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35097-0_5
- Rassenhofer, M., Hoffmann, U., Hermeling, L., Berthold, O., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2020). *Misshandlung und Vernachlässigung* (1. Auflage). Hogrefe.
- Schäder, B. (2023). Voraussetzungen für kindesschutzrechtliche Maßnahmen: Tatbestand des § 1666 Abs. 1 BGB. In J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann, & E. Schumann (Hrsg.), *Gute Kinderschutzverfahren* (S.221–235). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6_15
- Schmid, M., Fegert, J. M., Clemens, V., Seker, S., d'Huart, D., Binder, M., Schröder, M., Friden, L., Boonmann, C., Jenkel, N., Schmeck, K., & Bürgin, D. (2022). Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals außerfamiliär platzierter junger Erwachsener: Ergebnisse der schweizweiten Kohortenstudie „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung Lernen (JAEL)“. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 22–39. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000366>
- 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>
- Schone, R., & Struck, N. (2018). Kinderschutz: Ein Artikel aus der 6. Auflage des Handbuchs Soziale Arbeit. In *Handbuch Soziale Arbeit, 6. Überarbeitete Auflage*. Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.2378/ot6a.art076>
- Schwappach, D. L. B., & Niederhauser, A. (2019). Speaking up about patient safety in psychiatric hospitals – a cross-sectional survey study among healthcare staff. *International*

- Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1363–1373.
<https://doi.org/10.1111/inm.12664>
- Schwier, F., Kieslich, M., & Manjgo, P. (2019). Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 10, 856–867.
- Sethi, D. (Hrsg.). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe.
- Sittig, J. S., Uiterwaal, C. S. P. M., Moons, K. G. M., Russel, I. M. B., Nievelstein, R. A. J., Nieuwenhuis, E. E. S., & Van De Putte, E. M. (2016). Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: A cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ Open*, 6(3), e010788. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010788>
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: Potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 12(1), 34.
<https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>
- Statistisches Bundesamt. (2024). *Zahl der Kindeswohlgefährdungen im Jahr 2023 auf neuem Höchststand* (Pressemitteilung No. 338). Statistisches Bundesamt (Destatis). Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_338_225.html?templateQueryString=corona [Zugriff: 15. 07. 2025]
- Statistisches Bundesamt. (2025). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger* [Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)]. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/igbe.indikatoren_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=52641975&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_ansnr=63996817&p_version=3&p_dim=D.000&p_dw=3732&p_direction=drill&p_thema_id=94&p_thema_id2=19200&p_thema_id3=19300&p_thema_id4=19310 [Zugriff: 20. 08. 2025]
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & Van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Thielmann, T. (2025). Gretchenfrage Schweigepflicht: Was tun bei vermuteter Kindeswohlgefährdung?: Rechtliche Grundlagen des Evergreens in der pädiatrischen Praxis. *Pädiatrie*, 37(3), 62–65. <https://doi.org/10.1007/s15014-024-5587-x>
- Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM). (2021). *Schutzkonzepte*. Verfügbar unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/schutzkonzepte/> [Zugriff: 22. 07. 2025]
- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. *Quality of Life Research*, 25(2), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2015). *Investing in children: The European child maltreatment prevention action plan 2015–2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/350142>
- Winter, S., & Romer, G. (2021). Medizinischer Kinderschutz—Von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70, 2–4.

- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2022). Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3697–3714. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>
- Zumbach-Basu, J. (2023). Kindeswohl und kindliche Entwicklung. In J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann, & E. Schumann (Hrsg.), *Gute Kinderschutzverfahren* (S. 121–136). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6_8

Rechtsquellenverzeichnis

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 163) geändert worden ist.

Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 19. Januar 2015 – 1 BvR 484/13, FamRZ 2015, 112.

Das Achte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 107) geändert worden ist.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 107) geändert worden ist.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100- 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 94) geändert worden ist.

Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 7. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 351) geändert worden ist.

Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)).

Anhang 1: Tabellen zu den Umfrageergebnissen

Tabelle 5: Kenntnisse und Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich
(N = 32)

Fragen	Antwortoptionen	Anzahl	Mittelwert	SD*	Range ¹
Bereichsübergreifende Schulungen <i>F101_01: Sind in der Zentralen Notaufnahme Mitarbeitende aus allen Bereichen zu den Themen Kinderschutz geschult?</i>	Ja, sehr	4 (13%)	2,28	1,28	1-5
	Eher ja	2 (6%)			
	Weder noch	1 (3%)			
	Eher nein	17 (53%)			
	Nein, gar nicht	8 (25%)			
	Fehlend	-			
Eigene Schulungserfahrungen innerhalb des Klinikums <i>F101_02: Haben Sie selbst schon Fortbildungen zu den Themen Kinderschutz innerhalb des Klinikums besucht?</i>	Ja, sehr	3 (9%)	1,78	1,36	1-5
	Eher ja	2 (6%)			
	Weder noch	2 (6%)			
	Eher nein	3 (9%)			
	Nein, gar nicht	22 (69%)			
	Fehlend	-			
Eigene Schulungserfahrungen außerhalb des Klinikums <i>F101_03: Haben Sie selbst schon Fortbildungen zu den Themen Kinderschutz außerhalb des Klinikums besucht?</i>	Ja, sehr	2 (6%)	1,47	1,19	1-5
	Eher ja	2 (6%)			
	Weder noch	-			
	Eher nein	1 (3%)			
	Nein, gar nicht	27 (84%)			
	Fehlend	-			
Relevanz von Kinderschutz <i>F101_04: Erachten Sie das Thema Kinderschutz als relevant für Ihre Tätigkeit?</i>	Ja, sehr	21 (66%)	4,59	0,67	2-5
	Eher ja	10 (31%)			
	Weder noch	-			
	Eher nein	1 (3%)			
	Nein, gar nicht	-			
	Fehlend	-			

Klare Vorgaben bei Verdachtsmomenten <i>F101_05: Gibt es in ihrem Arbeitsbereich klare und transparente Regeln dafür, wie mit Anzeichen für Kindeswohlgefährdung im häuslichen Umfeld der Patient*innen umgegangen wird, z.B. wie sich Mitarbeitende verhalten sollen, die Risikofaktoren wahrnehmen?</i>	Ja, sehr	4 (13%)	2,84	1,53	1-5
	Eher ja	10 (31%)			
	Weder noch	4 (13%)			
	Eher nein	7 (22%)			
	Nein, gar nicht	6 (19%)			
	Weiß nicht	1 (3%)			
	Fehlend	-			
Emotionale Belastung durch fehlende Handlungsmöglichkeiten <i>F101_06: Waren Sie in der Vergangenheit schon einmal emotional belastet, weil Sie um minderjährige Kinder im Haushalt Ihrer Patienten besorgt waren, aber nichts tun konnten?</i>	Ja, sehr	6 (19%)	3,06	1,48	1-5
	Eher ja	11 (34%)			
	Weder noch	-			
	Eher nein	9 (28%)			
	Nein, gar nicht	6 (19%)			
	Fehlend	-			

Anmerkung: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. Werte wurden auf zwei Nachkommastellen gerundet. *SD=Standardabweichung. Antwortskala: ja, sehr = 5; eher ja = 4; weder noch = 3; eher nein = 2; nein, gar nicht = 1. 1Range ($X_{\min}$ - $X_{\max}$). Eigene Anfertigung.

Tabelle 6: Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in (N = 32)

Fragen	Antwortoptionen	Anzahl n (%)	Mittelwert	SD*	Range
Schwierigkeiten bei Kommunikation von Kinderschutzbedenken <i>F201_01: Wenn ich Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in habe, ist es schwierig, sie vorzubringen.</i>	Stimme voll zu	2 (6%)	2,75	1,24	1-5
	Stimme eher zu	8 (25%)			
	Weder noch	3 (9%)			
	Stimme eher nicht zu	11 (34%)			
	Stimme gar nicht zu	4 (13%)			
	Weiß ich nicht	3 (9%)			
	Fehlend	1 (3%)			
Positive Arbeitskultur bei Kinderschutzbedenken <i>F201_02: Die Kultur in meiner Abteilung macht es leicht, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in vorzubringen.</i>	Stimme voll zu	14 (44%)	4,23	0,99	2-5
	Stimme eher zu	6 (19%)			
	Weder noch	4 (13%)			
	Stimme eher nicht zu	2 (6%)			
	Stimme gar nicht zu	-			
	Weiß ich nicht	6 (19%)			
	Fehlend	-			

Kommunikation über Bedenken bei Kolleg*innen <i>F201_03: In meiner Abteilung bekomme ich mit, dass andere ihre Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in vorbringen.</i>	Stimme voll zu	7 (22%)	3,20	1,35	1-5
	Stimme eher zu	5 (16%)			
	Weder noch	9 (28%)			
	Stimme eher nicht zu	5 (16%)			
	Stimme gar nicht zu	4 (13%)			
	Weiß ich nicht	2 (6%)			
	Fehlend	-			
Ermutigung durch Kolleg*innen zu Kinderschutz <i>F201_04 Ich werde von Arbeitskolleg*innen (auch berufsübergreifend) ermuntert, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in vorzubringen.</i>	Stimme voll zu	6 (19%)	3,41	1,39	1-5
	Stimme eher zu	15 (47%)			
	Weder noch	3 (9%)			
	Stimme eher nicht zu	2 (6%)			
	Stimme gar nicht zu	6 (19%)			
	Weiß ich nicht	-			
	Fehlend	-			
Ermutigung durch Vorgesetzte/ Führungspersonen zu Kinderschutz <i>F201_05: Ich werde regelmäßig von Vorgesetzten/Führungspersonen ermuntert, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in vorzubringen.</i>	Stimme voll zu	6 (19%)	2,80	1,56	1-5
	Stimme eher zu	5 (16%)			
	Weder noch	6 (19%)			
	Stimme eher nicht zu	3 (9%)			
	Stimme gar nicht zu	10 (31%)			
	Weiß ich nicht	2 (6%)			
	Fehlend	-			
Frustration bei wiederholtem Hinweisen auf Kinderschutzstandards <i>F201_06: Es ist frustrierend, immer auf die gleichen Standards in Bezug auf Kinderschutz hinweisen zu müssen.</i>	Stimme voll zu	2 (6%)	2,88	1,26	1-5
	Stimme eher zu	5 (16%)			
	Weder noch	11 (34%)			
	Stimme eher nicht zu	-			
	Stimme gar nicht zu	6 (19%)			
	Weiß ich nicht	8 (25%)			
	Fehlend	-			

Resignation durch ausbleibende Erfolgsaussichten <i>F201_07: Manchmal resigniere ich, weil sich nichts ändert, wenn man seine Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in vorbringt.</i>	Stimme voll zu	1 (3%)	2,50	1,11	1-5
	Stimme eher zu	2 (6%)			
	Weder noch	13 (41%)			
	Stimme eher nicht zu	3 (9%)			
	Stimme gar nicht zu	7 (22%)			
	Weiß ich nicht	6 (19%)			
	Fehlend	-			

Anmerkungen: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. Werte wurden auf zwei Nachkommastellen gerundet. Antwortskala: stimme voll zu = 5; stimme eher zu = 4; weder noch = 3; stimme eher nicht zu = 2; stimme gar nicht zu = 1. *SD = Standardabweichung ¹Range (X_{min}-X_{max}). Eigene Anfertigung

Tabelle 7: Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in (N = 32)

Fragen	Antwortoptionen	Anzahl n (%)	Mittelwert	SD*	Range ¹
Eigener Beitrag zum Kinderschutz in Institution <i>F301_01: Ich bin der Überzeugung, dass ich dazu beitragen kann, meine Institution für Kinderschutz im Umfeld der/des Patient*in zu verbessern.</i>	Stimmt genau	12 (38%)	4,29	0,76	2-5
	Stimmt eher schon	13 (41%)			
	Weder noch	2 (6%)			
	Stimmt eher nicht	1 (3%)			
	Stimmt überhaupt nicht	-			
	Weiß ich nicht	1 (3%)			
	Fehlend	3 (9%)			
Offene Kommunikation bei Kinderschutz-Themen <i>F301_02: Mir fällt es leicht, kritische Aspekte in meiner Einrichtung in Bezug auf einen gelebten Kinderschutz offen anzusprechen.</i>	Stimmt genau	3 (9%)	3,52	1,01	1-5
	Stimmt eher schon	12 (38%)			
	Weder noch	6 (19%)			
	Stimmt eher nicht	3 (9%)			
	Stimmt überhaupt nicht	1 (3%)			
	Weiß ich nicht	4 (13%)			
	Fehlend	3 (9%)			
Mitgestaltung durch Anregungen <i>F301_03: Mir fällt es leicht, Anregungen für bestehende Strukturen oder Konzepte in der Einrichtung einzubringen.</i>	Stimmt genau	4 (13%)	3,63	0,92	2-5
	Stimmt eher schon	10 (31%)			
	Weder noch	7 (22%)			
	Stimmt eher nicht	3 (9%)			
	Stimmt überhaupt nicht	-			
	Weiß ich nicht	5 (16%)			
	Fehlend	3 (9%)			
Wissen zu Vorgehen bei Verdachtsfällen <i>F301_04: Bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient*in weiß ich, wie ich mich verhalten soll.</i>	Stimmt genau	3 (9%)	3,00	1,34	1-5
	Stimmt eher schon	11 (34%)			
	Weder noch	3 (9%)			
	Stimmt eher nicht	7 (22%)			
	Stimmt überhaupt nicht	5 (16%)			
	Weiß ich nicht	-			
	Fehlend	3 (9%)			

Sicherheit im Umgang mit Misshandlungsgeständnissen <i>F301_05: Ich fühle mich aktuell persönlich gut vorbereitet, um angemessen reagieren zu können, sollte eine Patientin oder ein Patient mir eine Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt...</i>	Stimmt genau	4 (13%)	2,76	1,27	1-5
	Stimmt eher schon	4 (13%)			
	Weder noch	6 (19%)			
	Stimmt eher nicht	11 (34%)			
	Stimmt überhaupt nicht	4 (13%)			
	Weiß ich nicht	-			
	Fehlend	3 (9%)			
Routinierter Umgang mit Kindeswohlgefährdungen im Team <i>F301_06: In meinem Team werden regelmäßig Fälle von Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient*in erkannt und angemessen behandelt.</i>	Stimmt genau	1 (3%)	2,27	1,12	1-5
	Stimmt eher schon	3 (9%)			
	Weder noch	5 (16%)			
	Stimmt eher nicht	10 (31%)			
	Stimmt überhaupt nicht	7 (22%)			
	Weiß ich nicht	3 (9%)			
	Fehlend	3 (9%)			
Sicherheit im Umgang mit Patient*innen <i>F301_07: Ich fühle mich sicher im Umgang mit Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient*in.</i>	Stimmt genau	-	2,21	1,11	1-4
	Stimmt eher schon	6 (19%)			
	Weder noch	3 (9%)			
	Stimmt eher nicht	11 (34%)			
	Stimmt überhaupt nicht	9 (28%)			
	Weiß ich nicht	-			
	Fehlend	3 (9%)			
Ausreichend unterstützende Strukturen <i>F301_08: Die bestehenden Strukturen sind ausreichend, um mich und mein Team bei Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient*in zu unterstützen und zu beraten.</i>	Stimmt genau	-	2,46	1,14	1-4
	Stimmt eher schon	7 (22%)			
	Weder noch	4 (13%)			
	Stimmt eher nicht	9 (28%)			
	Stimmt überhaupt nicht	6 (19%)			
	Weiß ich nicht	3 (9%)			
	Fehlend	3 (9%)			

Anmerkung: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. Werte wurden auf zwei Nachkommastellen gerundet. Antwortskala: stimmt genau = 5; stimmt eher schon = 4; weder noch = 3; stimmt eher nicht = 2; stimmt überhaupt nicht = 1. *SD = Standardabweichung. ¹Range (X_{min}- X_{max}). Eigene Darstellung.

Anhang 2: Fragebogen der Online-Umfrage in SoSci Survey



BefragungZNAKarlsruhe → base

01.04.2025, 17:06

Seite 01

Liebe Mitarbeitende des ZNA,

A001

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Online-Umfrage teilzunehmen.

Diese kurze Online-Umfrage ist wichtig.

Es geht um **Ihre Einstellung und Haltung zu Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in.**

Ihre Teilnahme ist natürlich **freiwillig** und dauert maximal 10 Minuten. Nach Absprache mit der Geschäftsführung können Sie sich gerne während der Arbeitszeit beteiligen. Auch der klinikinterne Datenschutz sowie der Personalrat wurden in die Befragung im Vorwege einbezogen und sind in dieser Form mit der Umsetzung einverstanden.

Die Befragung wird extern durch erfahrene Kolleg:innen vom Uniklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt, damit alle Daten wirklich anonym bleiben können.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme und danken für Ihr wertvolles Feedback!

1. Teilnahmeinformation

Vielen Dank, dass Sie sich zur Online-Befragung bereit erklärt haben.

Wichtig vorab: Es geht bei dieser Befragung um Ihre Einstellung und Haltung zu Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in. Wir möchten Sie online über das Softwareprogramm SoSci befragen. Die Daten werden inhaltlich ausgewertet, ohne Ihre Person dabei jemals kenntlich zu machen.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie sich beteiligen möchten oder Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen möchten, erwachsen Ihnen daraus keinerlei Vor- oder Nachteile. Wenn Sie mit der nachfolgend beschriebenen Art und Dauer der Nutzung nicht in vollem Umfang einverstanden sind oder Ihre Rückfragen nicht alle zufriedenstellend beantwortet wurden, sollten Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen.

1. Erhebung, Verarbeitung und wissenschaftliche Nutzung Ihrer Daten **

1.1. Welche Ziele verfolgen wir? Ziel ist es mit den erhaltenen Daten, die Haltung und den Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Klinikum darzustellen. Diese Erhebung erfolgt vor und nach der Implementation eines Kurz-Screenings auf Risiken für Kindeswohlgefährdung in Ihrem Arbeitsbereich.

1.2. Welche Daten erheben wir? Im Rahmen der Befragung werden keine unmittelbar Ihre Person identifizierenden Daten erhoben, sondern ausschließlich soziodemografische Daten, wie Geschlecht, Berufsgruppe, Dauer der Berufstätigkeit insgesamt und Dauer der Beschäftigung im Klinikum. Die soziodemografischen Daten dienen dazu, die Zielgruppe besser verstehen und z. B. Trends und Muster bei Befragten mit ähnlichen soziodemografischen Merkmalen erkennen zu können. Des Weiteren wird ein persönlich generiertes Kennwort erhoben, um im Rahmen eines Prä-Post-Vergleiches Ihren zum Zeitpunkt T0 vor der Einführung ausgefüllten Fragebogen einer Befragung in 12 Monaten vergleichbar zu machen. Es ist nicht das Ziel der Befragung, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben oder Rückschlüsse auf einzelne Personen zu ziehen. Bitte geben Sie aus diesem Grund in keinem der Eingabe-, Sonstiges- und Kommentarfelder Ihren Namen oder persönliche Daten an.

1.3. Welche Technik wird bei der Befragung eingesetzt? Die Befragung erfolgt online über das Softwareprogramm SoSci. Zur Einhaltung des Grundsatzes der Datenminimierung ist sichergestellt, dass im Rahmen der Online-Befragung keine Cookies eingesetzt werden und z. B. keine IP-Adressen in Server-Logfiles erhoben werden.

1.4. Wie werden Ihre Daten wissenschaftlich genutzt? Die erhobenen Daten werden ausschließlich in der Arbeitsgruppe für Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf verarbeitet. Eine Weitergabe an andere Universitäten, Forschungsinstituten oder forschende Unternehmen erfolgt nicht. Dabei werden Ihre Daten für die Forschung zunächst nur in kodierter Form (pseudonymisiert), später in anonymisierter Form verarbeitet, sodass eine direkte Identifizierung Ihrer Person nicht möglich ist (siehe auch Punkt 1.3). Im Verarbeitungsprozess lässt sich nicht vollständig ausschließen, dass aufgrund der Anzahl der Teilnehmenden und der angegebenen soziodemografischen Daten ein Personenbezug hergestellt werden könnte. Alle mit Datenverarbeitung betrauten Personen unterliegen jedoch der Schweigepflicht. Eine Veröffentlichung wissenschaftlicher Ergebnisse erfolgt ausschließlich in einer Weise, die keine Sie unmittelbar identifizierenden Daten enthält.

1.5. Welcher Nutzen ergibt sich für unsere Gesellschaft? Mithilfe der durch die Studie gewonnenen Erkenntnisse soll an erster Stelle die aktuelle Haltung und der Umgang mit Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in dargestellt werden.

2. Wie lange gilt Ihre Einwilligung? Das Forschungsprojekt ist auf 1 Jahr angelegt. Aufgrund der Pseudonymisierung Ihrer Daten ist für die weitere Verarbeitung die Einwilligung nicht mehr erforderlich; die Nutzung der Daten geht ggf. auch über den Zeitraum von 1 Jahr hinaus zum Beispiel für wissenschaftliche Publikationen. 10 Jahren nach Abschluss der Studie werden alle Studiendaten unwiderruflich gelöscht.

3. Was beinhaltet Ihr Widerrufsrecht? Ihre Einwilligung ist freiwillig! Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung weiterer Daten sowie zur wissenschaftlichen Nutzung Ihrer Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für Sie vollständig oder in Teilen widerrufen. Im Falle eines Widerrufs werden Ihre auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten – sofern identifizierbar – gelöscht. Ein Widerruf bezieht sich dabei immer nur auf die künftige Verwendung Ihrer Daten. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nachträglich nicht mehr entfernt werden. Auch können Daten nach erfolgter Pseudonymisierung nicht mehr gelöscht werden, da sie Ihrer Person nicht mehr zuzuordnen sind. Für einen Widerruf wenden Sie sich bitte an: Projektleiterin PD Dr. S. Pawils, Martinistraße 52, 20246 Hamburg Telefon: 040 7410 – 3995, E-Mail: s.pawils@uke.de.

4. Weitere Informationen und Rechte Für die Verarbeitung ihrer Daten verantwortlich ist die Arbeitsgruppe für Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Projektleiterin Frau PD Dr. S. Pawils, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Telefon: 040/7410 – 3995, E-Mail: s.pawils@uke.de. Der zuständige Datenschutzbeauftragte der verantwortlichen Einrichtung ist erreichbar unter: Matthias Jaster, Martinistraße 52, 20246 Hamburg Tel. 040/7410 – 56890, E-Mail: m.jaster@uke.de Zudem haben Sie das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden Daten zu erhalten (auf Wunsch einschließlich einer unentgeltlichen Überlassung einer Kopie) sowie ggf. deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Sie haben weiterhin das Recht, von Ihnen bereitgestellte Daten in einem standardisierten elektronischen Format zu erhalten oder an eine von Ihnen genannte Stelle übermittelt zu bekommen (Recht auf Datenübertragbarkeit). Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an eine Aufsichtsbehörde zu wenden. Die Zuständigkeit einer Aufsichtsbehörde richtet sich u. a. nach dem Sitz der verantwortlichen Stelle, dem Bundesland Ihres Aufenthaltsortes, Ihres Arbeitsplatzes oder des mutmaßlichen Datenschutzverstoßes. Eine Liste der Aufsichtsbehörden mit Anschrift finden Sie unter: https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html. Für das UKE zuständig ist: Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg mailbox@datenschutz.hamburg.de , <https://www.datenschutz-hamburg.de/>

5. An wen kann ich mich wenden, wenn ich noch Fragen habe? Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich gerne an: PD Dr. Silke Pawils, Telefon: +49 (0) 40 7410-53995, E-Mail: s.pawils@uke.de

6. Dankeschön Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dieser Befragung. Ihre Teilnahme ist uns sehr wichtig, um den Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in verbessern zu können.

2. Einwilligungserklärung Online-Befragung

Ich bin über das Ziel der Online-Befragung zum Thema Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in informiert worden. Ich bin mit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und wissenschaftlichen Nutzung meiner Daten, wie in der Teilnahmeinformation beschrieben, einverstanden. Meine Daten werden ausschließlich in pseudonymisierter Form verwendet und vertraulich behandelt. Über Maßnahmen zum Datenschutz bin ich informiert worden. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Auf Wunsch erhalte ich eine Kopie der Teilnahmeinformation und der Einwilligungserklärung per E-Mail.

- ☐ Ich stimme zu.
- ☐ Ich stimme nicht zu.

1 aktive(r) Filter

Filter B002/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann nach dem Klick auf "Weiter" direkt zur Seite **jump1** springen

3. Kenntnisse und Umgang Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in im Arbeitsbereich

F101

Welche der folgenden Aspekte trifft auf Sie und Ihren Arbeitsbereich zu?

Kreuzen Sie an. (1 = ja, sehr; 5 = nein, gar nicht)

ja, sehr	eher ja	weder noch	eher nein	nein, gar nicht		weiß nicht
1	2	3	4	5		

Sind in der Zentralen Notaufnahme Mitarbeitende aus allen Bereichen zu den Themen Kinderschutz geschult?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Haben Sie selbst schon Fortbildungen zu den Themen Kinderschutz innerhalb des Klinikums besucht?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Haben Sie selbst schon Fortbildungen zu den Themen Kinderschutz außerhalb des Klinikums besucht?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Erachten Sie das Thema Kinderschutz als relevant für Ihre Tätigkeit?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gibt es in ihrem Arbeitsbereich klare und transparente Regeln dafür, wie mit Anzeichen für Kindeswohlgefährdung im häuslichen Umfeld der Patient:innen umgegangen wird, z.B. wie sich Mitarbeitende verhalten sollen, die Risikofaktoren wahrnehmen?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Waren Sie in der Vergangenheit schon einmal emotional belastet, weil Sie um minderjährige Kinder im Haushalt Ihrer Patienten besorgt waren, aber nichts tun konnten?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

F102

Bitte nennen Sie kurz erste Gedanken zu folgender Frage:

Was denken Sie über ein Kurz-Screening zu Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung in Ihrem Arbeitsbereich?

4. Kommunikation über Bedenken im Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in

F201

Kreuzen Sie an. (1 = stimme gar nicht zu; 5 = stimme voll zu)

stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme voll zu	weiß ich nicht
1	2	3	4	5	

Wenn ich Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in habe, ist es schwierig, sie vorzubringen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Die Kultur in meiner Abteilung macht es leicht, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In meiner Abteilung bekomme ich mit, dass andere ihre Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorbringen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich werde von Arbeitskolleg*innen (auch berufsübergreifend) ermuntert, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich werde regelmäßig von Vorgesetzten/Führungspersonen ermuntert, Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorzubringen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Es ist frustrierend, immer auf die gleichen Standards in Bezug auf Kinderschutz hinweisen zu müssen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Manchmal resigniere ich, weil sich nichts ändert, wenn man seine Bedenken zum Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in vorbringt.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Selbstwirksamkeit bezogen auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in

Kreuzen Sie an. (1 = stimmt überhaupt nicht; 5 = stimmt genau)

stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	weder noch	stimmt eher schon	stimmt genau	weiß ich nicht
1	2	3	4	5	

Ich bin der Überzeugung, dass ich dazu beitragen kann, meine Institution für Kinderschutz im Umfeld der/des Patient:in zu verbessern.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mir fällt es leicht, kritische Aspekte in meiner Einrichtung in Bezug auf einen gelebten Kinderschutz offen anzusprechen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mir fällt es leicht, Anregungen für bestehende Strukturen oder Konzepte in der Einrichtung einzubringen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in weiß ich, wie ich mich verhalten soll.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich fühle mich aktuell persönlich gut vorbereitet, um angemessen reagieren zu können, sollte eine Patientin oder ein Patient mir eine Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt gegenüber Kindern in seinem häuslichen Umfeld anvertrauen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In meinem Team werden regelmäßig Fälle von Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in erkannt und angemessen behandelt.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich fühle mich sicher im Umgang mit Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Die bestehenden Strukturen sind ausreichend, um mich und mein Team bei Kindeswohlgefährdung im Umfeld der/des Patient:in zu unterstützen und zu beraten.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Soziodemografische Angaben

SD04

6. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

SD01

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Divers
- ☐ Keine Angabe

7. Welcher Berufsgruppe sind Sie zugehörig?

SD02

Sollten weniger als 3 Personen aus einer Berufsgruppe antworten, werden die Angaben der Soziodemografie nicht ausgewertet.

- ☐ Ärzteschaft
- ☐ Pflegepersonal
- ☐
- ☐ Keine Angabe

Bitte geben Sie den Zeitraum in Jahren an.

SD03

Dauer der
Berufstätigkeit
insgesamt? Jahr/e

Dauer der
Beschäftigung im
Klinikum? Jahr/e

- ☐ Ich möchte keine Angaben machen.

SD05

8. Wir möchten Sie in 12 Monaten erneut zur Situation in der Zentralen Notaufnahme in Bezug auf Kinderschutz im Umfeld der/des Patient/innen befragen.

WK01

Daher ist es notwendig, dass Sie ein Passwort für sich generieren, dass nur Sie persönlich kennen und erinnern können.

Beispiel:

Vorname der Mutter: RENATE Zweistellige Ziffern des Tages der eigenen Geburt: 10

Codewort: RENATE10

Bitte wählen Sie eine Option.

- ☐ Vorname der Mutter
- ☐ Name des ersten Haustiers
- ☐ Name der ersten Automarke

& zweistellige Ziffer des Tages der eigenen Geburt

WK02

Bitte tragen Sie Ihr Codewort ein.

WK03

Ihr Codewort lautet:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

PD Dr. Silke Pawils & Rona Gerberding, Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – 2024

Anhang 3: Flyer/Poster zur Stichprobenrekrutierung

DEINE MEINUNG IST GEFRAGT!

Befragung zu
Kinderschutz in der
Notaufnahme

Bitte scannen Sie den QR-
Code und beantworten
wenige Fragen...

Zur Umfrage bitte
scannen



<https://www.socisurvey.de/befragungZNAKarlsruhe/>

Freiwillig

Anonym

In der Arbeitszeit

Weitere Informationen unter:

PD Dr. Silke Pawils
+49 (0) 40 7410-53995
s.pawils@uke.de
Martinistraße 52, 20246
Hamburg



Städtisches Klinikum Karlsruhe



UKE
HAMBURG

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel ohne Nutzung einer gKI-Anwendung (wie z.B. ChatGPT) angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Hamburg, 25.08.2025

Rona Gerberding