

# Warum ist Kinderschutz gerade bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen so wichtig?

Dialogforum „Bund trifft kommunale Praxis“, 31.3.2025

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

“childhood disability is both a risk and result of maltreatment”<sup>1</sup>

- Insgesamt wenige methodisch hochwertige Studien zum Thema
  - Bekanntermaßen schwankende Zahlen je nach Definition (auch bei gesunden Kindern)
  - Schwierigkeiten Kausalität festzustellen (Behinderung als Folge oder Ursache von Misshandlung?)
  - Ggf. erhöhte Dunkelziffer bei Kindern, die in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind?
  - Ggf. höhere Werte, da mehr Aufmerksamkeit bei behinderten Kindern?
- **Die hier präsentierten Daten zeigen Korridore auf, die sich der Wirklichkeit annähern**



## International Classification of Violence against Children (ICVAC)

*June 30, 2023*

- Homicide of a child
- Physical violence against a child
- Sexual violence against a child
- Psychological violence against a child
- Neglect of a child
- Other acts of violence against a child  
not elsewhere classified

Webseite:

<https://data.unicef.org/resources/international-classification-of-violence-against-children/>

## Review

### Defining child maltreatment for research and surveillance: an international, multi-sectoral, Delphi consensus study in 34 countries in Europe and surrounding regions



Laura Elizabeth Cowley,<sup>a</sup> Diogo Lamela,<sup>b</sup> Katarzyna Drabarek,<sup>c</sup> Leonor Bettencourt Rodrigues,<sup>d</sup> Athanasios Ntinapogias,<sup>e</sup> Aisleen Naughton,<sup>f</sup> Geoff DeBelle,<sup>g</sup> Ravit Alfandari,<sup>h</sup> Andreas Jud,<sup>i</sup> Gabriel Otterman,<sup>j</sup> Taina Laajasalo,<sup>k</sup> Cindy W. Christian,<sup>l</sup> Vaska Stancheva-Popkostadinova,<sup>m</sup> Luciana Caenazzo,<sup>n</sup> Virginia Soldino,<sup>o</sup> Rachael Vaughan,<sup>p</sup> Alison Kemp,<sup>q</sup> Ulugbek Nurmatov,<sup>q</sup> and Lisa Hurt<sup>q,r,s</sup>



<sup>a</sup>Population Data Science, Swansea University Medical School, Swansea University, UK  
<sup>b</sup>Digital Human-Environment Interaction Lab (HEI-LAB), Lusófona University, Porto, Portugal  
<sup>c</sup>Empowering Children Foundation, Warsaw, Poland  
<sup>d</sup>ProChild CoLAB Against Child Poverty and Social Exclusion, Guimarães, Braga, Portugal  
<sup>e</sup>Department of Mental Health and Social Welfare, Institute of Child Health, Athens, Greece  
<sup>f</sup>Public Health Wales NHS Trust, Cardiff, UK  
<sup>g</sup>Birmingham Women and Children's Hospital, Birmingham, UK  
<sup>h</sup>School of Social Work, University of Haifa, Haifa, Israel  
<sup>i</sup>Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Ulm, Ulm, Germany  
<sup>j</sup>Barnafrid and Department of Biomedical and Clinical Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden  
<sup>k</sup>Safety and Protection Unit, Finnish Institute of Health and Welfare, Helsinki, Finland  
<sup>l</sup>Department of Pediatrics, Children's Hospital of Philadelphia, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, PA, USA  
<sup>m</sup>Department of Medical Social Sciences, South-West University Neofit Rilski, Blagoevgrad, Bulgaria  
<sup>n</sup>Department of Cardiac, Thoracic, Vascular Sciences and Public Health, University of Padova, Padova, Italy  
<sup>o</sup>University Research Institute of Criminology and Criminal Science, University of Valencia, Valencia, Spain  
<sup>p</sup>Children's Social Care Research and Development Centre (CASCADE), Cardiff University, Cardiff, UK  
<sup>q</sup>Division of Population Medicine, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, UK

#### Summary

Child maltreatment is a complex public health issue that has consequences across the life-course. Studies to quantify child maltreatment and identify interventions and services are constrained by a lack of uniform definitions. We conducted a European Delphi study to reach consensus on types and characteristics of child maltreatment for use in surveillance and research. Statements were developed following a scoping review and identification of key concepts by an international expert team (n = 19). A multidisciplinary expert panel (n = 70) from 34 countries completed three rounds of an online survey. We defined consensus as  $\geq 70\%$  agreement or disagreement with each statement after the final round. Consensus was reached on 26/31 statements (participant retention rate 94%). From the statements, we propose a unified definition of child maltreatment to improve measurement and surveillance in Europe. Concerted efforts are now required to test and refine the definition further prior to real-world operationalisation.

The Lancet Regional  
Health - Europe  
2025;50: 101196  
Published Online xxx  
<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2024.101196>

Copyright © 2025 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Keywords:** Child maltreatment; Definitions; Delphi study; Europe; Public health surveillance

**Panel 1: Definition of child maltreatment developed from the 26 statements for which consensus was reached.**

Child maltreatment is a sub-type of violence against children. The perpetrator can be an adult or minor but must be in a position of power over the victimized child. To define an act or omission as child maltreatment, it must cause harm or have the potential to cause harm, regardless of intention, severity, chronicity, or the traditional/cultural beliefs of the perpetrator. "Neglect" is a broad type of child maltreatment comprised of sub-types that can all be characterised as "failure to provide" or "failure to supervise". In addition, the broad umbrella term encompassing emotional, behavioural, or cognitive maltreatment should be "psychological", and psychological maltreatment should be divided into sub-types of psychological abuse and psychological neglect.

# Deutsche Übersetzung der Definition:

## Definition von Kindesmisshandlung basierend auf 26 Aussagen, zu welchen ein Konsens erreicht werden konnte

Kindesmisshandlung ist eine Unterform der **Gewalt** gegen Kinder. **Tatpersonen** können erwachsen oder minderjährig sein, befinden sich dabei aber stets in einer **Machtposition** gegenüber dem betroffenen Kind. Damit eine aktive Einwirkung oder Unterlassung als Kindesmisshandlung gewertet werden kann, muss sie **eine Schädigung verursachen oder das Potenzial dazu besitzen** – unabhängig von der Intention, Schwere, Chronizität oder traditionellen/kulturellen Überzeugungen der Tatpersonen.

„**Vernachlässigung**“ ist eine **breiter Subtyp von Kindesmisshandlung**, die Unterlassungen umfasst, welche als „mangelhafte Versorgung von Bedürfnissen“ oder „mangelhafte Aufsicht“ charakterisiert werden können. Als Überbegriff für emotionale oder kognitive Misshandlung sollte der Begriff **psychische Misshandlung** genutzt werden, welche in psychischen Misshandlung im engeren Sinne und psychische Vernachlässigung unterteilt wird.

# Formen von Kindesmisshandlung



Nach Leeb et al. 2008

# Entwicklungsziele der UN



**16.2 End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence and torture against children**

# Sustainable Development Goal (SDG 16.2) Indikatoren:

Ziel		Indikatoren	
16.2	End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence against and torture of children	16.2.1	Proportion of children aged 1-17 years who experienced any physical punishment and/or psychological aggression by caregivers in the past month
		16.2.2	Number of victims of human trafficking per 100,000 population, by sex, age and form of exploitation
		16.2.3	Proportion of young women and men aged 18-29 years who experienced sexual violence by age 18
Deutsche Übersetzung			
16.2	Beendigung von Missbrauch, Misshandlung, Ausbeutung, Menschenhandel und aller Formen von Gewalt gegen Kinder und Folter von Kindern	16.2.1	Anteil an Kindern zwischen einem und 17 Jahren, die körperliche Bestrafung und/oder psychische Aggression durch Bezugspersonen im letzten Monat erfahren
		16.2.2	Anzahl an Opfern von Menschenhandel pro 100.000 Einwohnern, aufgeteilt in Geschlecht, Alter und Form der Ausbeutung
		16.2.3	Anteil an jungen Frauen und Männern zwischen 18 und 29 Jahren, die sexuelle Gewalt vor dem 18. Lebensjahr erfahren haben
<b>&gt; 10 %</b>			

# Chronische Gesundheitsstörung versus Behinderung: Sozialrechtliche Definitionen

Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Absatz 1 Satz 4 und 8 SGB V.

Eine Krankheit ist schwerwiegend **chronisch**, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5
- Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %
- kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich

# Chronische Gesundheitsstörung versus Behinderung: Sozialrechtliche Definitionen

Von **Behinderung** wird gesprochen, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 SGB IX).

- Unterscheidung zwischen „chronischer Krankheit“ und „Behinderung“ ist unscharf, in der medizinischen Praxis werden beide Begriffe häufig unüberlegt quasi synonym verwendet.

Bezugspunkt: **SGB V: Gesundheitsstörung**

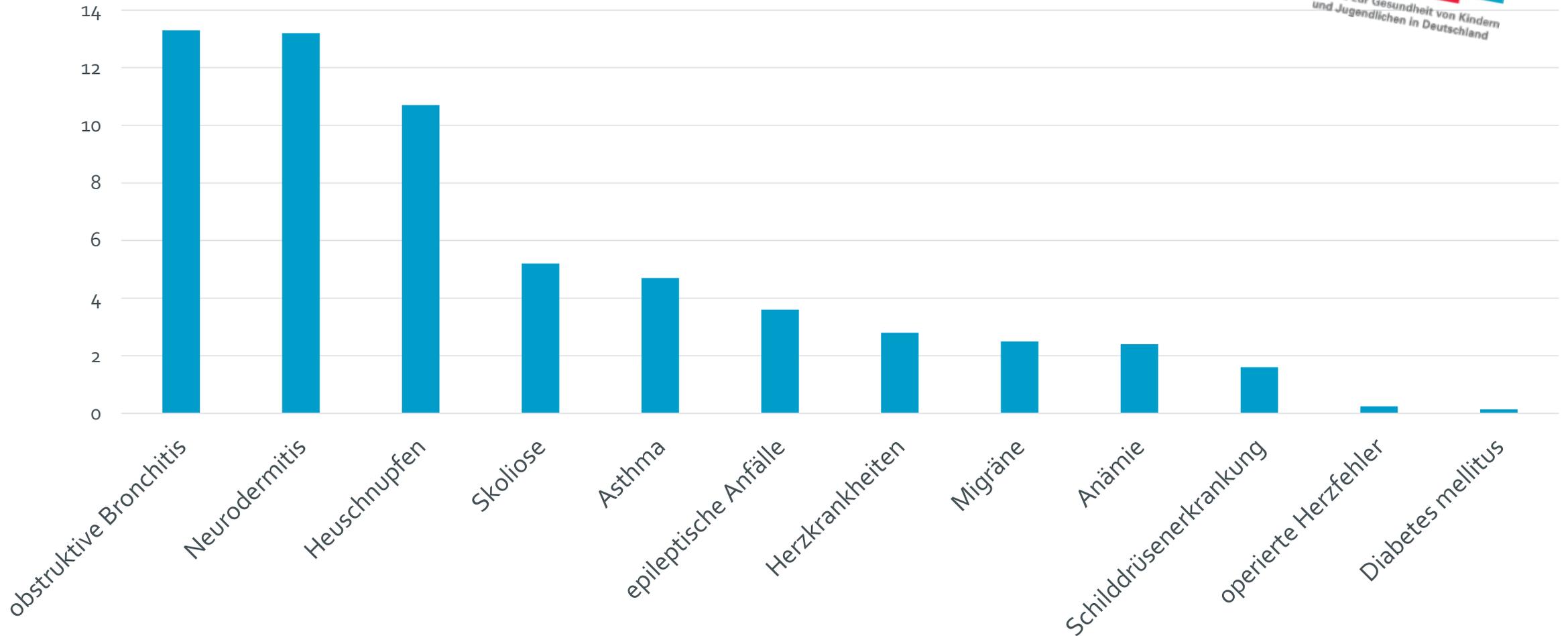
**SGB IX (und SGB VIII) : die aus der Störung resultierende  
Teilhabebeeinträchtigung**

16%

- In Deutschland beträgt die Prävalenz von chronischer Erkrankung bei 0- bis 17-Jährigen etwa 16%
- Ca. 2,2 Millionen Minderjährige in Deutschland, die an einer chronischen Erkrankung leiden
- Bei 14% liegt ein spezieller Versorgungsbedarf vor, ca. 3% sind im Alltag eingeschränkt

# Epidemiologie chronischer Krankheit

Häufigste Erkrankungen der 0-17 jährigen in % (bundesweit)



1,5%

- Ca. 194.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren haben eine anerkannte Schwerbehinderung (ca. 1,5%).
- In Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben ca. 21.000 junge Menschen mit Behinderungen.
- In Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben ca. 102.000 Minderjährige mit Behinderungen.

# Profilgruppen nach Kofahl und Lüdecke

## Kinder mit Mehrfachbehinderungen

Sie sind in ihrer geistigen und körperlichen Selbstständigkeit stark eingeschränkt; dementsprechend ist in dieser Gruppe der Versorgungsbedarf am größten.  
Hier evtl. weniger Misshandlung als in der blauen und grünen Gruppe.

## Kinder mit primär körperlichen Behinderungen

Bei den Betroffenen sind vorwiegend offensichtliche, weniger stark behinderte körperliche Einschränkungen im Bereich der Kinderfunktionen und Mobilität vor.  
Offensichtlich weniger stark behinderte Kinder tendenziell häufiger betroffen.

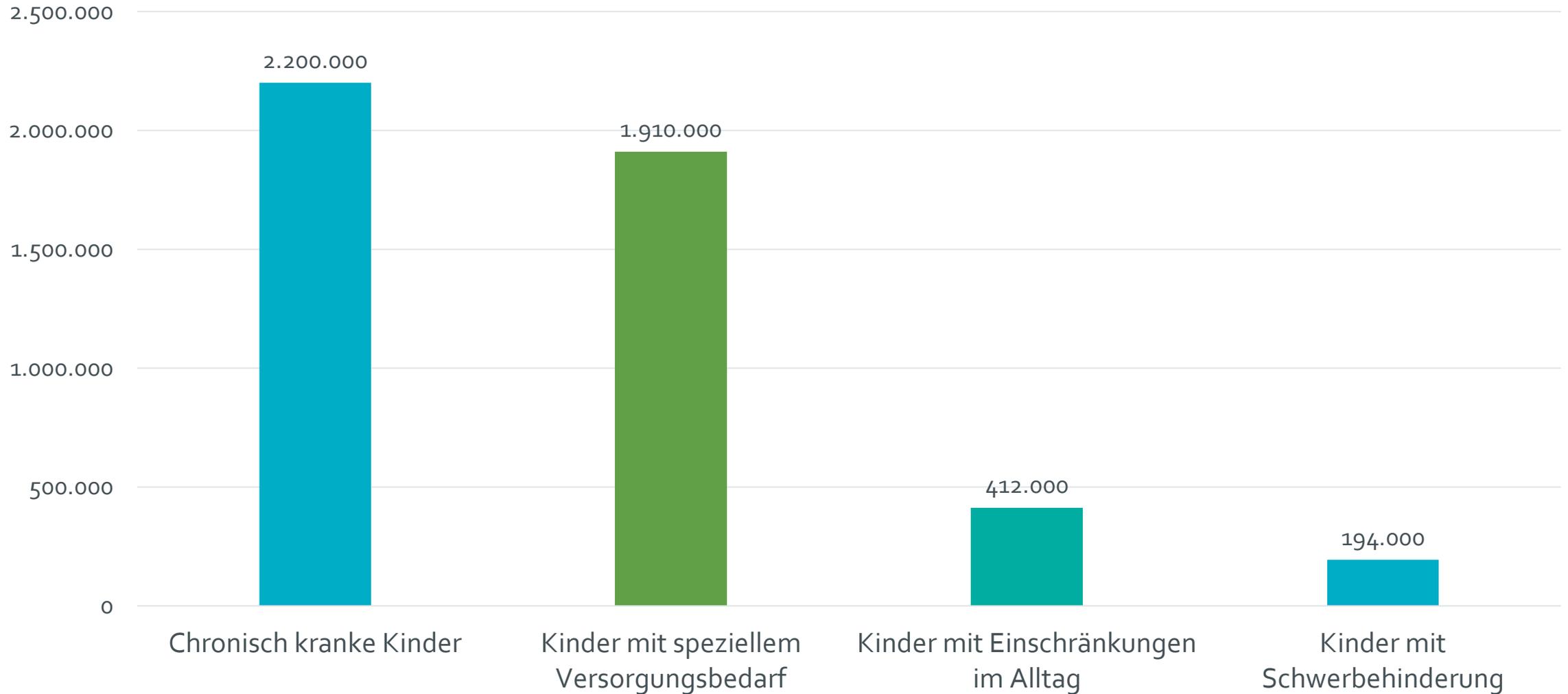
## Kinder mit primär geistigen Behinderungen

Die Einschränkungen beziehen sich überwiegend auf die Bereiche Lernen, Geist (Sprache und Interaktion) sowie Verhalten.  
Vgl. blau und hier besonders stark solche mit Verhaltensauffälligkeiten.

## Kinder mit anderen chronisch körperlichen Krankheiten

Im Vergleich zu den Kindern der anderen Gruppen sind diese vor allem medizinische Krankheiten vernachlässigt.  
Hier vor allem medizinische Krankheiten vernachlässigt.  
körperliche Selbstständigkeit nicht oder nur gering eingeschränkt.

# Epidemiologie von chronischer Krankheit und Behinderung



# Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung bei chronischer Krankheit und Behinderung

3-7 x

Schätzungen gehen von 3-7 -fach erhöhtem Risiko für **behinderte Kinder** aus.<sup>1</sup>

14%

USA: 14% aller von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Betroffenen haben eine **Behinderung**<sup>2</sup>

OR 2

Für **chronisch kranke Kinder** werden Odds Ratios von 1,67 – 2,54 angegeben.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Legano, L. A. et al. (2021). Maltreatment of Children With Disabilities. *Pediatrics*.

<sup>2</sup> Child Welfare Information Gateway. (2018) The risk and prevention of maltreatment of children with disabilities. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau

<sup>3</sup> Svensson, B., et al. (2011). Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatrica*.

# Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung bei chronischer Krankheit und Behinderung

Doppelt bis 3x so viele chronische Krankheiten bei Kindern, die in den USA vom Child Protection Services eingeschätzt wurden. <sup>1</sup>

2-3 x

USA: Fast die Hälfte der Kinder >3 Jahre, in denen die Child Protection Services aktiv wurden, waren nicht normal entwickelt. <sup>2</sup>

48 %

Behinderung/chronische Krankheit ist doppelt so häufig bei misshandelten Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe. <sup>3</sup>

2 x

<sup>1</sup> Stein REK et al. (2013) Chronic Conditions Among Children Investigated by Child Welfare: A National Sample. Pediatrics

<sup>2</sup> Helton JJ et al. (2019) Prevalence and severity of child impairment in a US sample of child maltreatment investigations. J Dev Behav Pediatr.

<sup>3</sup> Legano, L. A. et al. (2021). Maltreatment of Children With Disabilities. Pediatrics.

# Häufigkeit und Art von Misshandlung, Vernachlässigung und sexualisierter Gewalt bei Kindern mit Behinderungen

# Gewaltbetroffenheit insgesamt: Sullivan & Knutson (2000)



- **Gesamtstichprobe: 40.211 Kinder**
- **Insgesamt 4.503 von irgendeiner Gewaltform betroffen.**

	mit Behinderung		ohne Behinderung		Gesamt	
Jegl. Misshandlungsform	1.012	<b>31%</b>	3.491	<b>9%</b>	4.503	11%
Nicht misshandelt	2.250	<b>69%</b>	33.458	<b>91%</b>	35.708	89%
<b>Gesamt</b>	<b>3.262</b>	<b>100%</b>	<b>36.949</b>	<b>100%</b>	<b>40.211</b>	<b>100%</b>

# Gewaltbetroffenheit insgesamt: Sullivan & Knutson (2000)

P. M. Sullivan and J. F. Knutson

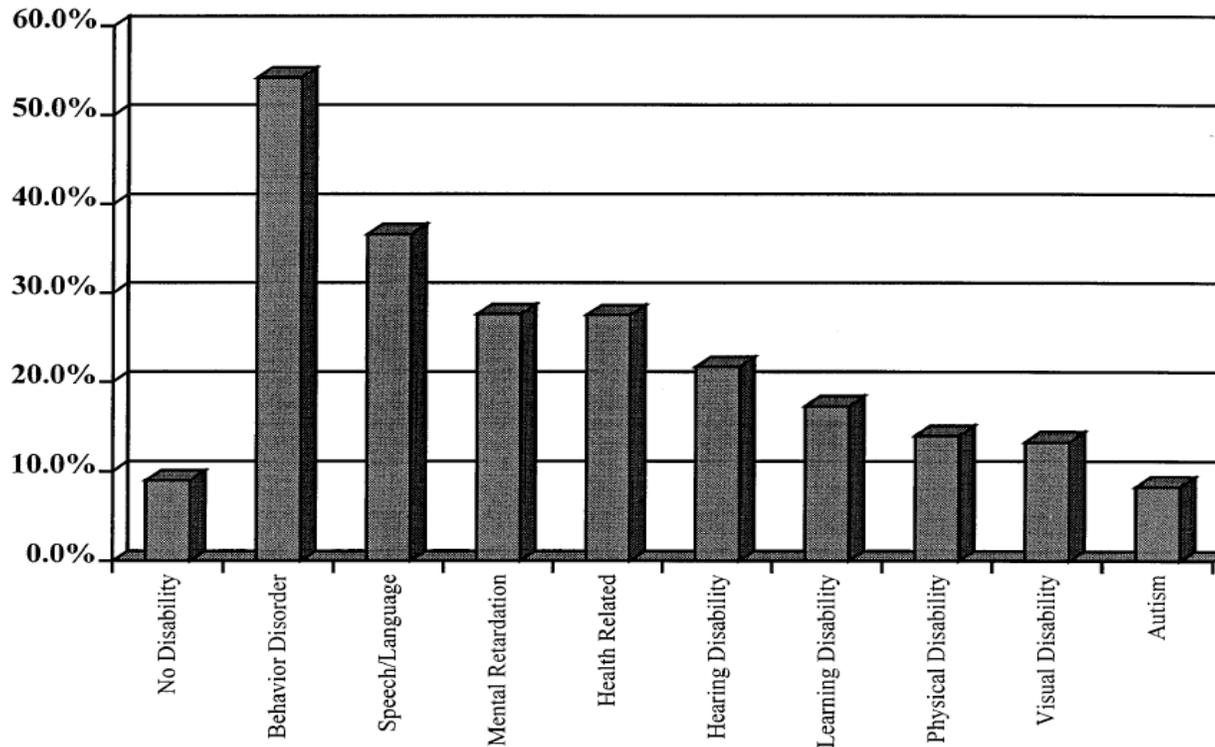
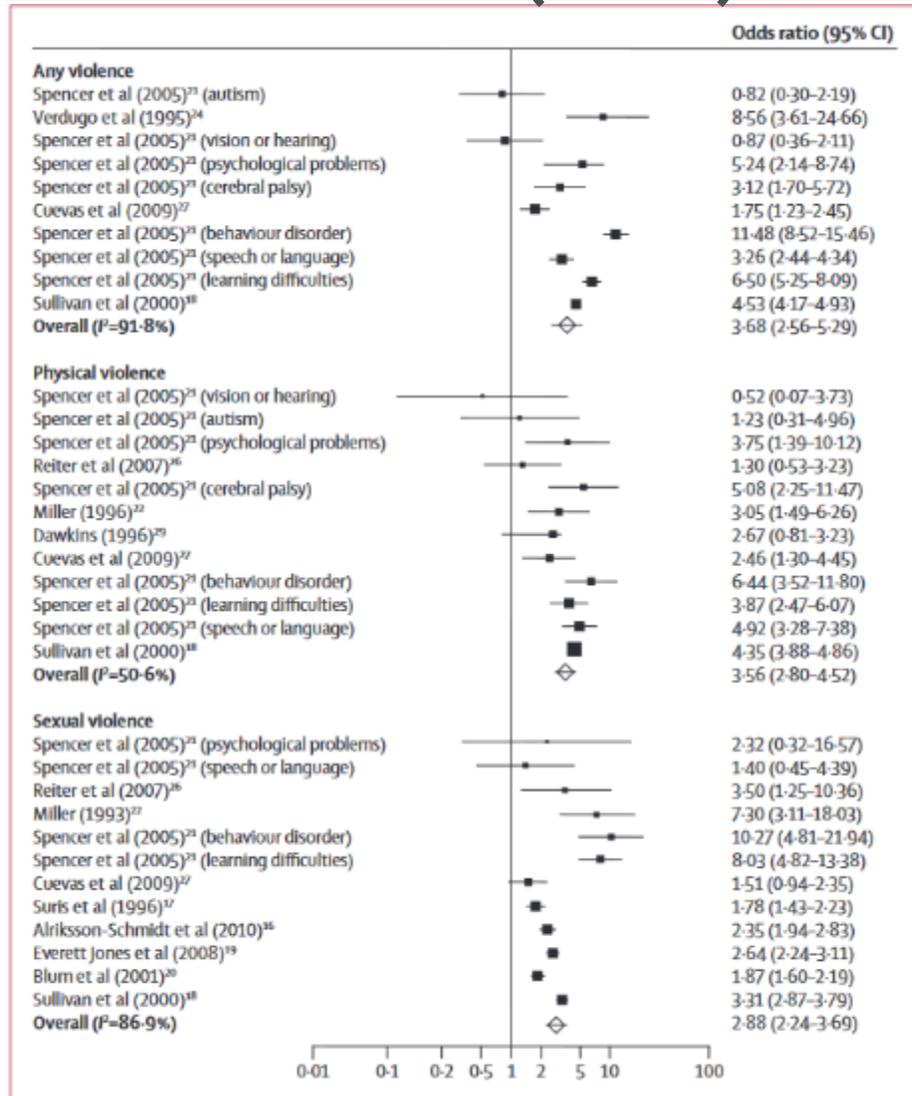


Figure 2. Prevalence of maltreatment by disability status.

## Hauptergebnisse:

- Kinder mit jeglicher Behinderung deutlich häufiger als Kinder ohne Behinderung betroffen
- Insbesondere Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten betroffen
- Hohe Betroffenheit auch bei Kindern mit chronischen Krankheiten

# Gewaltbetroffenheit insgesamt: Jones & Bellis (2012)



- Jegliche Gewalt: OR 3,68 (2,56-5,29)
- Körperliche Misshandlung: OR 3,56 (2,80-4,52)
- Sexualisierte Gewalt: OR 2,88 (2,24-3,69)

# Körperliche Misshandlung: fast vierfach erhöhte Betroffenheit

- Sullivan & Knutson (2000, USA)<sup>1</sup>: Kinder mit Behinderung wurden 3,79-mal häufiger Opfer von körperlicher Misshandlung als Kinder ohne Behinderungen
- Helton et al. (2019)<sup>2</sup>: Höchstes Risiko für Kinder mit motorischer Entwicklungsverzögerung und nur milder mentaler Entwicklungsverzögerung, Kinder mit geringgradiger Behinderung sind möglicherweise stärker von Misshandlung bedroht als Kinder mit schweren Beeinträchtigungen im Alltag
- Svensson et al. (2013)<sup>3</sup>: Je nach Studiendesign, -population und Definitionen ist körperliche Misshandlung **1,7 – 7 x häufiger** bei Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen als bei Kindern ohne chronische Erkrankungen oder Behinderungen.

<sup>1</sup>Sullivan PM, Knutson JF. (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse & Neglect

<sup>2</sup>Helton JJ et al. (2019) Prevalence and Severity of Child Impairment in a US Sample of Child Maltreatment Investigations. J Dev Behav Pediatr

<sup>3</sup> Svensson B et al. (2013) Exploring risk for abuse of children with chronic conditions or disabilities – parent’s perceptions of stressors and the role of professionals. Child: Care, Health and Development

# Emotionale Misshandlung: fast vierfach erhöhte Betroffenheit

---

- Sullivan & Knutson (2000)<sup>1</sup>: große Registerstudie, Kinder mit Behinderung wurden 3,9-mal häufiger Opfer von emotionaler Misshandlung als Kinder ohne Behinderungen
- Cuevas et al. (2009)<sup>2</sup>: Kinder mit einer psychiatrischen Diagnose haben ein höheres Risiko

<sup>1</sup> Sullivan PM, Knutson JF. (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse & Neglect

<sup>2</sup> Cuevas CA et al. (2009) Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. J Interpers Violence.

# Vernachlässigung: häufigste Misshandlungsform, fast vierfach erhöhte Betroffenheit

- Fegert et al (2015)<sup>1</sup>: **Vernachlässigung ist häufigste Misshandlungsform**, in der klinischen Praxis vor allem die Medizinische Vernachlässigung oder Vernachlässigung der Medizinischen Sorge relevant.
- Van Horne et al (2015)<sup>2</sup>: bei Kindern < 2 Jahre ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung bei Kindern mit Kiefer-Gaumenspalte und Spina Bifida
- Sullivan & Knutson (2000)<sup>3</sup>: große Registerstudie, starken Zusammenhang zwischen Behinderung und Vernachlässigung, Kinder mit Behinderung wurden 3,76-mal häufiger Opfer von Vernachlässigung wurden als Kinder ohne Behinderungen
- Center of Disease Control (2022)<sup>4</sup>: Kinder mit körperlicher / mentaler Entwicklungsverzögerung, die im Alltag stärker von Erwachsenen abhängig sind, werden häufiger als unbeeinträchtigte Kinder vernachlässigt.

<sup>1</sup> Fegert JM et al. (2015). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen Springer

<sup>2</sup> Van Horne BS et al. (2015) Maltreatment of Children Under Age 2 With Specific Birth Defects: A Population-Based Study. Pediatrics

<sup>3</sup> Sullivan PM, Knutson JF. (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse & Neglect

<sup>4</sup> Center of Disease Control (2022) <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandsafety/abuse.html>

# Sexualisierte Gewalt: zwei- bis dreifach erhöhte Betroffenheit, häufiger schwere Formen

- Caldas & Betsy (2014, Schulsetting USA)<sup>1</sup>: Risiko für Kinder mit Behinderungen im Vergleich zu normal entwickelten Gleichaltrigen **dreifach** erhöht. 50% sexualisierte Gewalt durch Betreuungspersonal, 50% durch Peers.
- Sullivan & Knutson (2000, USA)<sup>2</sup>: Kinder mit Behinderungen werden **3,14 Mal häufiger** sexuell missbraucht als Kinder ohne Behinderungen
- Schröttle (2013, Deutschland)<sup>3</sup>: Sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend durch Erwachsene haben 20–34 % der Frauen mit Behinderungen erlebt. Sie waren damit etwa **zwei- bis dreimal häufiger** davon betroffen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt.
- Hershkowitz (2007, Israel)<sup>4</sup>: Kinder mit Behinderungen sind häufiger von **schwereren Formen sexuellen Missbrauchs** betroffen.

<sup>1</sup> Caldas SJ, Betsy ML. (2014) The Sexual Maltreatment of Students with Disabilities in American School Settings. Journal of Child Sexual Abuse

<sup>2</sup> Sullivan PM, Knutson JF. (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse & Neglect

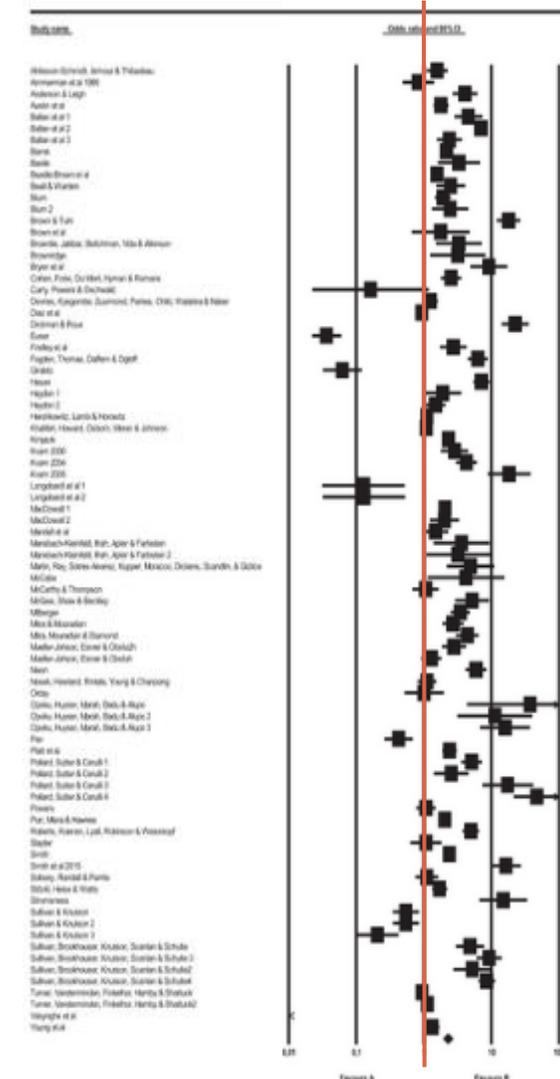
<sup>3</sup> Schröttle M (2013) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland . BMFSFJ

<sup>4</sup> Hershkowitz I (2007) Victimization of children with disabilities. Am J Orthopsychiatry.

# Sexualisierte Gewalt: Metaanalyse => signifikant erhöhtes Risiko in fast allen Studien

- Metaanalyse (Mailhot Amborski et al., 2022): 84 unabhängige Stichproben und 12.427 erwachsene und minderjährige Teilnehmende mit Behinderung einbezogen.
- Es zeigte fast durchweg sich ein signifikant erhöhtes Risiko für sexualisierte Gewalt.

Moderators	k	OR	Confidence Interval [LL, UL]
All studies	84	2.27	[1.94, 2.67]
Age category			
Minor (<21)	30	1.65***	[1.25, 2.17]
Adult (≥21)	54	2.72***	[2.22, 3.34]
Contrast analysis			
Type of disability			
Autism	2	2.75	[0.85, 8.93]
Intellectual/development	24	1.81**	[1.14, 2.87]
Language	2	5.79***	[2.12, 15.82]
Physical	16	1.71**	[1.16, 2.52]
Sensory	12	7.57***	[4.88, 11.73]
Mixed	28	1.76***	[1.44, 2.16]



# Hürden an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

Rechtliche Rahmenbedingungen und unbestimmte Rechtsbegriffe („gewichtige Anhaltspunkte“ werden von medizinischem Fachpersonal nicht verstanden

Berthold *et al.*  
*Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2021) 15:28  
<https://doi.org/10.1186/s13034-021-00381-7>

Child and Adolescent Psychiatry  
and Mental Health

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Reasonable suspicion in reporting child maltreatment: a survey among German healthcare professionals



Oliver Berthold<sup>1,3†</sup>, Andreas Jud<sup>1,2†</sup>, Marion Jarczok<sup>1</sup>, Jörg M. Fegert<sup>1</sup> and Vera Clemens<sup>1\*</sup> 

- Bei Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung sind viele Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen erst bei sehr hoher Sicherheit bereit, das Jugendamt zu informieren
- Selbst bei 100%iger Sicherheit würden 20% nicht das Jugendamt informieren
- Befugnisnorm und Sollverpflichtung im Bundeskinderschutzgesetz werden nicht eingehalten

Kinderärzte und -psychotherapeuten haben meist keine festen Kriterien zur Beurteilung von Kinderschutzfällen

Originalarbeit

Thieme



International Journal of  
*Environmental Research  
and Public Health*

Article

## Survey on Reporting of Child Abuse by Pediatricians: Intrapersonal Inconsistencies Influence Reporting Behavior More than Legislation

Oliver Berthold <sup>1,\*</sup>, Vera Clemens <sup>1,†</sup>, Benjamin H. Levi <sup>2</sup>, Marion Jarczok <sup>1</sup>, Jörg M. Fegert <sup>1</sup> and Andreas Jud <sup>1,3</sup>

**„Gewichtige Anhaltspunkte“ bei Verdacht auf Kindesmisshandlung – eine Befragung in Deutschland tätiger Ärzte und Psychotherapeuten**

Reporting „Reasonable Suspicion“ of Child Abuse – A Survey among Physicians and Psychotherapists in Germany

Autoren

Oliver Berthold, Andreas Jud, Marion Jarczok, Tobias Heimann, Jörg Fegert, Vera Clemens

- Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen wollen sich sehr sicher sein, bevor sie Misshandlung oder Vernachlässigung nachgehen
- Große Ähnlichkeiten zwischen deutschen und US-Fachkräften: „Meldepflicht“ scheint nicht der „Gamechanger“ zu sein, sondern Erfahrung
- Fort- und Weiterbildung muss das berücksichtigen

# Barrieren: Partizipation und einfache Sprache

## • 90er Jahre Berlin Forschung

- Beratungsangebote der spezialisierten Beratungsstellen in Berlin zu hochschwellig, Hilfen unerreichbar: aufsuchende Sprechstunden

## • Frühe 2000er Jahre:

- Erster Kongress mit Teilnahme von Menschen mit Beeinträchtigungen in einfacher Sprache in Rostock
- "Ich bestimme mein Leben... und Sex gehört dazu"
- Forschungsband: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit

Jörg M. Fegert  
Ulrike Lehmkuhl (Hg.)

UMGANG MIT SEXUELLER  
SELBSTBESTIMMUNG UND  
SEXUELLER GEWALT IN  
WOHNEINRICHTUNGEN FÜR JUNGE  
MENSCHEN MIT GEISTIGER  
BEHINDERUNG

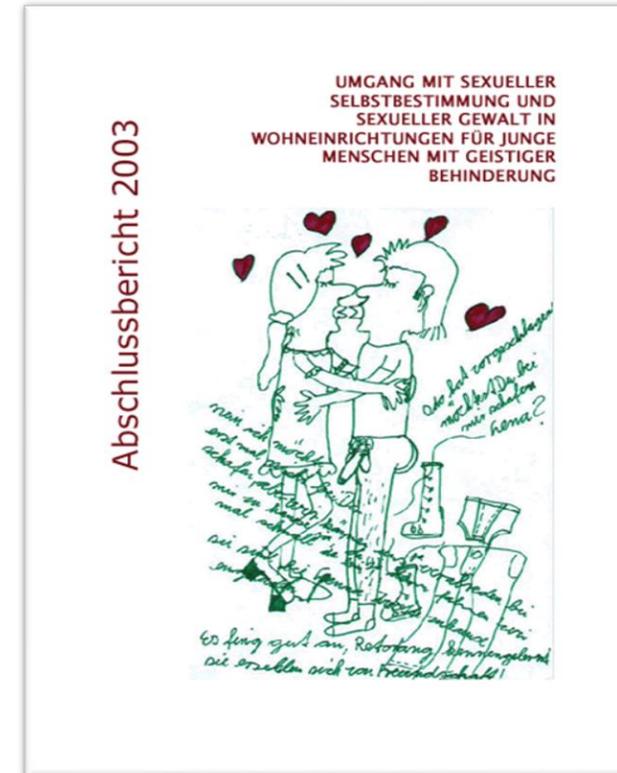
gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Karin Jeschke, Helgard Thomas  
J. M. Fegert, S. Klein, U. Lehmkuhl, U. Sühlfleisch, M. Völger,  
S. Wawrok, U. Wölkerling, U. Ziegenhain

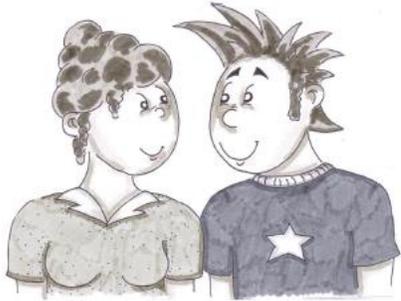
## • Ergebnisse

- Entwicklung von Aufklärungsmaterial → Bewusstsein für Grenzverletzungen und Missbrauch schärfen.
- Aufsuchende Psychotherapie
- Bewohner äußerten Bedürfnis nach Intimität und emotionaler Sicherheit.
- hohe Zahl sexueller Gewalt unter Bewohnern → hoher Bedarf an Unterstützung und Aufklärung.
- Personal oft unsicher im Umgang mit problematischen Beziehungen und Fällen von sexuellem Missbrauch.
- Dringender Bedarf an Schutzkonzepten und Schulungen.
- Strukturelle Bedingungen (fehlende Privatsphäre, soziale Isolation) erhöhen Risiko sexueller Gewalt.
- Betonung des Aufbaus von Selbstwertgefühl und Selbstbehauptungskompetenz bei den Bewohnern.



# Materialien in einfacher Sprache

**Ich bestimme mein Leben**



**...und Sex gehört dazu**

**Geschichten zu Selbstbestimmung, Sexualität und  
sexueller Gewalt für junge Menschen mit  
geistiger Behinderung**



Nadine sitzt in ihrem Zimmer auf dem Bett und hört Musik.



Konrad kommt herein und setzt sich zu ihr auf das Bett. Nadine und Konrad unterhalten sich.

# Prävention was tun ? Knowledge hardly translates to reality randomized controlled trial (Reis et al. 2022)

## Ergebnisse:

Mädchen aus Interventionsgruppe (n = 64) zeigten im Vergleich zu Kontrollgruppe (n = 39) signifikante Verbesserungen beim Präventionswissen, aber keine Verbesserungen beim Präventionsverhalten. In-situ-Tests mit realistischen Grooming-Situationen ergaben keine Verbesserung

## Schlussfolgerung:

Gruppeninterventionen, die Mädchen mit kognitiver Beeinträchtigung dazu befähigen, Missbrauchssituationen zu erkennen, sind geeignet, um das Wissen über sexuelle Prävention zu verbessern, aber weniger geeignet, um das präventive Verhalten zu verbessern.



<sup>1</sup> Reis O, Häbler F, Daubmann A and Chodan W (2022) Knowledge hardly translates to reality—A randomized controlled trial on sexual abuse prevention for girls with intellectual disabilities. Front. Psychiatry 13:886463. doi: 10.3389/fpsy.2022.886463

# Prävention, Partizipation und Kooperation

- **Artikel 3 – Allgemeine Grundsätze**
- Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:
  1. die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
  2. die Nichtdiskriminierung;
  3. **die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;**

[...]



## Artikel 12 – Gleiche Anerkennung vor dem Recht

(1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.

(3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.



- Das KJSG unterstreicht die Notwendigkeit der Partizipation von jungen Menschen und insb. auch die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup>
- Partizipation kann [...] als der Aspekt von Teilhabe gesehen werden, der sich auf die Bewusstseinsbildung, die Motivation und die Handlungsbereitschaft bezieht, sich beteiligen zu wollen, und auf die Voraussetzungen, dies auch zu können<sup>2</sup>
- Behinderte Menschen werden häufig eher als Adressat:innen der „Behindertenhilfe“ angesehen => Partizipationsrechte sind nur unzureichend im Blick, dies stellt eine Teilnahmebarriere dar, die dem Verständnis der UN-Behindertenrechtskonvention und mittlerweile auch des Sozialrechts nach, den Kern der Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen ausmacht.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Beckmann DJ, Lohse K. (2021) SGB VIII-Reform: Überblick über das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz. DIJuF

<sup>2</sup>Bartelheimer P et al. (2020) Teilhabe – eine Begriffsbestimmung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; S.51

<sup>3</sup>Peyerl K, Züchner I, Hrsg. (2020) Partizipation in der Kinder- und Jugendhilfe: Anspruch, Ziele und Formen der Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Beltz Juventa

# IKJHG – nicht mehr beschlossen

---

Gesetz zur Ausgestaltung der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeinklusionsgesetz - IKJHG) – 1. Durchgang Bundesrat am 20.12.2024, dann nicht mehr im Bundestag behandelt

→ Auch bei Unterbringung über Bundeslandgrenzen hinweg müssen fachliche Standards im Kinderschutz nach § 33 SGB VIII eingehalten werden.

→ Einbindung der örtlichen Jugendämter verpflichtend

- Umgang mit dem Mangel an geeigneten Unterbringungsplätzen bei Notwendigkeit von Inobhutnahme und Kindern mit Behinderung
- Handlungsverpflichtung von Jugendämtern wenn Kindeswohlgefährdung nicht von den Eltern, sondern von der Institution ausgeht
- (unbegründete) Forderung nach Inobhutnahme an das Jugendamt
  - Vermeintliche Lösung sozialrechtlicher Trägerschaftskonflikte
  - Kind und Eltern geraten zwischen die Mühlen administrativer Zuständigkeiten

Etablierung von Schutzmaßnahmen,  
Haltungs- und Kompetenzentwicklung

## Institution als Schutzort

Institutionelle Strukturen und Abläufe sind so gestaltet, dass Grenzüberschreitungen und Gewalt erkannt, benannt und Maßnahmen ergriffen werden, diese zu stoppen bzw. präventiv zu verhindern („kein Tatort werden“).

## Institution als Kompetenzort

Kinder und Jugendliche und andere Personen, die von Gewalt betroffen sind, finden in der Einrichtung kompetente Hilfe und Unterstützung.

# Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch

Runder Tisch „Sexueller Missbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“

## Empfehlung aus Abschlussbericht:

- **Alle Institutionen sollten Schutzkonzepte etablieren.**



# Ebenen und Elemente von Schutzkonzepten

Ebenen	Elemente
Analyse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gefährdungsanalyse/Risikoanalyse</li><li>• Potentialanalyse</li></ul>
Prävention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Präventionsangebote für die Kinder und Jugendlichen</li><li>• Pädagogisches, sexualpädagog. und medienpädagog. Konzept</li><li>• Leitbild</li><li>• Verhaltenskodex/Verhaltensleitlinien</li><li>• Partizipationsformen für Kinder und Jugendliche, Eltern und Mitarbeitende</li><li>• Konzept zum Management von Beschwerden und Anregungen</li><li>• Kinderschutzensible Personalrekrutierung und -entwicklung<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeitsvertragliche Regelungen, z.B. Einholung eines Erweiterten Führungszeugnisses</li><li>• Berücksichtigung von Kriterien des Kinderschutzes in der Personalauswahl</li><li>• Regelmäßige Qualifizierung der Mitarbeitenden</li></ul></li></ul>

# Ebenen und Elemente von Schutzkonzepten

Ebenen von Schutzkonzepten	Elemente von Schutzkonzepten
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventionsplan zum Umgang mit Fehlverhalten von Mitarbeitenden</li></ul> <p>Mit dem Begriff Fehlverhalten sind hier umfasst: fachliches Fehlverhalten, (sexuelle) Grenzverletzungen, (sexuelle) Übergriffe/(sexuelle) Gewalt</p>
<b>Aufarbeitung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der Aufarbeitung aufgetretener Fälle</li><li>• Konzept zur Rehabilitation nach Falschbeschuldigung</li></ul>

# Verpflichtung zur Umsetzung von Schutzkonzepten in Kliniken und Praxen

---

- **Seit 17.11.2020** gibt es eine **Vorgabe des G-BA** die Entwicklung von **Schutzkonzepten** zu einem **verpflichtenden Teil des Qualitätsmanagements** zu machen
- Ziel ist es, „**Missbrauch und Gewalt** insbesondere **gegenüber vulnerablen Patientengruppen**, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern.“

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16\\_QM-RL\\_Vorgaben-aktueller-Stand\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand_BAnz.pdf)

Folgende Elemente müssen mindestens umgesetzt sein:

- **Prävention** (u. a. Information und Fortbildung der Mitarbeiter, Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen, Selbstverpflichtung und Verhaltenskodex, altersangemessene Beschwerdemöglichkeit, vertrauensvoller Ansprechpartner sein, spezielle Vorgaben zur Personalauswahl),
- **Interventionsplan** (z. B. bei Verdachtsfällen, aufgetretenen Fällen, Fehlverhalten von Mitarbeitern) und
- **Aufarbeitung** (u. a. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit aufgetretenen Fällen entwickeln)

Die Umsetzung dieser Elemente muss auf einer **Gefährdungsanalyse** basieren.

# eLearning zum Entwicklung von Schutzkonzepten

# Online-Kurse KJPP Ulm (Beispiele)

(knapp 70.000 Absolvent\*innen)



## Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung



## Entwicklung von Schutzkonzepten



## Interventionen bei Trauma



## Kinderschutzverfahren



## Weitere Online-Kurse

# Warum E-Learning?

- Bewusstsein für die Chancen von E-Learning und Disseminationsmaßnahmen hat in der Aus-, Weiter- und Fortbildung und im Kinderschutz stark zugenommen → hohe Akzeptanz von E-Learning bei Fachkräften
- Ohne E-Learning besteht oft gar kein Fortbildungsangebot zur Thematik
- Gute zeitliche Einteilung möglich → erleichtert Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Große Reichweite, hohe Teilnehmerszahlen möglich, die mit Präsenzlehre so nicht erreicht werden können
- E-Learning-Angebote sind einfach aktualisierbar

## Lernziele

Wissen

Handlungs-  
kompetenzen

Praxistransfer

Emotionale  
Kompetenzen/  
Sensibilisierung

### Textbasierte Materialien

- Fachtexte
- Arbeitsmaterialien (z.B. Vorlagen, Arbeitsblätter)
- Verweise auf weiterführende Literatur, Internetquellen und Best-Practice-Beispiele
- Merkpunkte/Take-Home-Messages

### Anwendungsbereich

- Fallbeispiele
- Übungen
- Reflexionen

### Thematische Filmclips

- Interviews mit Fachexpert:innen

# Ärztliche Fachberatung rund um die Uhr durch die medizinische Kinderschutzhotline



MEDIZINISCHE  
KINDERSCHUTZHOTLINE

**0800 19 210 00**

# Struktur



DRK Kliniken Berlin | Westend:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Universitätsklinikum Ulm:

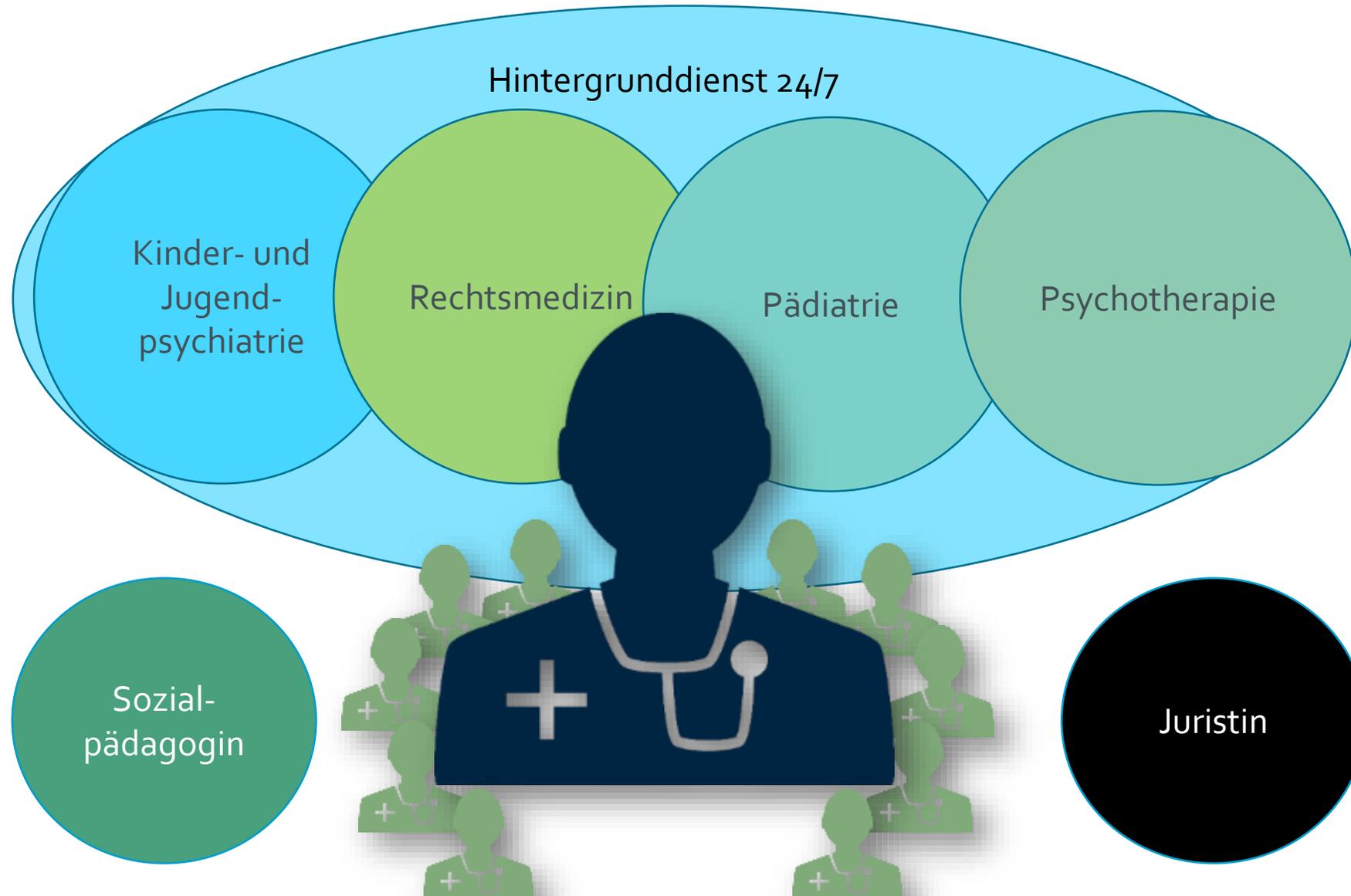
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/

Psychotherapie

Universitätsklinikum Freiburg:

Institut für Rechtsmedizin

# Das Team der Kinderschutzhotline



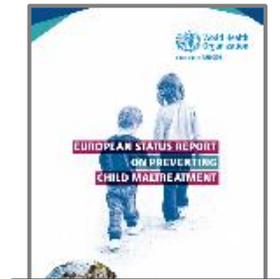
# Qualifikation der Berater\*innen

---



- Ärztinnen und Ärzte aus den Fachbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Rechtsmedizin
- Zumeist Fachärzt\*innen
- Absolvierung Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“
- Zertifizierung als Kinderschutzmediziner\*innen (DGKiM)
- Schulung zur insoweit erfahrenen Fachkraft
- Teilnahme an der Inter-CAP 2019 und 2022

# Meilensteine Verlauf



**Bundesrat** Drucksache 87/25  
28.02.25  
FJ

**Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages**  
Gesetz zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 211. Sitzung am 31. Januar 2025 aufgrund der Brechtensungföhlung und des Berichtes des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – Drucksache 20/14764 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen  
– Drucksache 20/13183 –



11/2016 Projektstart Medizinische Kinderschutzhotline

07/2017 Start deutschlandweiter Betrieb

2018 WHO nennt Medizinische Kinderschutzhotline im European Status Report als Positiv-Beispiel

2019 Positive 1. externe Evaluation durch DJJ

2021 Erweiterung Beratungsauftrag, Verstetigung im Koalitionsvertrag

2023 Positive 2. externe Evaluation durch DJJ

01/2025 Verstetigung im UBSKM-Gesetz



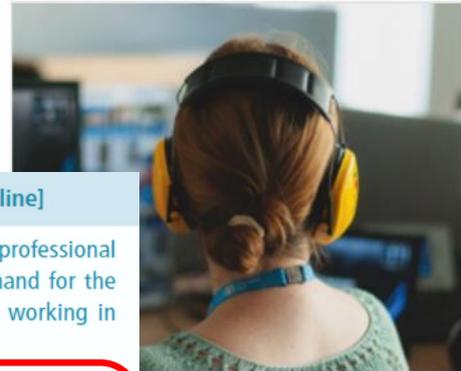


Multi-agency training can be a cost-efficient approach to building a common understanding of prevention and safeguarding across partners, and improving partnership-working. Good examples that involve multi-agency training using participative educational approaches exist across the Region, including one from the United Kingdom (138) and the development of a hotline to support health professionals in their child protection work in Germany (Box 12).

## Hotline for health-care professionals who suspect child maltreatment – Germany



Paramedics, psychotherapists, dentists, doctors and nurses all have regular contact with children. This means that amidst their busy daily lives, health-care professionals play an important role in identifying cases of suspected maltreatment and in



WHO/Charles Ndwiiga

### Germany

#### News

#### Events

#### Data and statistics

#### Publications

#### Links

### Box 12. Child protection hotline for health professionals in Germany [Medizinische Kinderschutzhotline]

A national child protection telephone hotline for health professionals, “Medizinische Kinderschutzhotline” (139), was established in Germany in 2017 to improve communication and data-sharing between health professionals and children’s services. It is funded by the Federal Ministry for Families, the Elderly, Women and Youth and is staffed by trained physicians and other professionals all day, every day.

Staff provide advice on interpretation of injuries or behavioural problems, documentation of injuries, the legal framework regarding breach of patient confidentiality and information on how to discuss concerns with parents, and link health professionals to local support services. Cases are discussed anonymously and responsibility for the suspected case remains with the health professional making the call. Evaluation of the intervention found that the support

offered by the hotline and its interdisciplinary professional composition is valued by service users. Demand for the hotline is particularly high for professionals working in emergency medicine.

The hotline team has developed an e-learning course, funded by the Federal Ministry of Health, to increase training of health professionals in child protection. A feedback loop ensures difficult cases are discussed regularly by the hotline team and incorporated into the course, in addition to articles targeting health professionals.

Key elements of the hotline’s success include high accessibility, wide publicity about availability and details of the service, and its targeting of the broad range of health professionals who have regular contact with children to raise awareness of child protection issues.

Germany notes: Child maltreatment is not as high as professionals who should be aware

Befunde aus der Forschung fließen unmittelbar in die Lerninhalte ein



**Kinderschutz in der Medizin**  
Ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe



Begleitende Evaluation zur Optimierung des Kurses, Erhebung weiterer Fortbildungsbedarfe



Regelmäßige Aktualisierung, Überarbeitung und Ergänzung der Lernmaterialien



Begleitende Evaluation zur Bedarfsanalyse und Optimierung des Angebotes



Nachweis und Erkenntnisse über Bedarfe der Praxis, gezielte Fortbildung der Beraterinnen und Berater an der Hotline



Formulierung von Forschungsfragen, z.B. Evidenzbasis für die Primärprävention des misshandlungsbedingten Kopftraumas



Extraktion von Evidenzlücken und Fragen für die Forschung

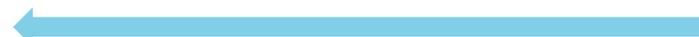
Beratungen berücksichtigen immer den aktuellen Stand der Forschung



**MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZHOTLINE**  
**0800 19 210 00**



Kinderschutzhotline wird über den Online-Kurs als Beratungsangebot bekannt gemacht



„Ohr an der Praxis“  
In der Kinderschutzhotline beratene Fälle werden für den Online-Kurs aufbereitet.

### Kitteltaschenkarte

- Bilden eine gute Möglichkeit kurz und prägnant über bestimmte Themen zu informieren
- Machen das Angebot der Kinderschutzhotline bekannter und sorgen dafür dass die Nummer präsent ist („in der Kitteltasche immer dabei“)

# Kitteltaschenkarten als zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit, rund 80.000 Ex. + digitale Fassung

**MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZHOTLINE**  
0800 19 210 00

„KINDER HABEN EIN RECHT AUF GEWALTFREIE ERZIEHUNG. KÖRPERLICHE BESTRAFUNGEN, SEELISCHE VERLETZUNGEN UND ANDERE ENTWÜRDIGENDE ERZIEHUNGSMASSNAHMEN SIND UNZULÄSSIG.“ (§ 1631 BGB, Abs. 2)

**BUNDEKINDERSCHUTZGESETZ, § 4 KKG**

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung:

- > Erörterung mit Kind und Sorgeberechtigten
- > Inanspruchnahme von Hilfen anregen
- > Beratungsanspruch der Fachkräfte gegenüber dem Jugendamt durch „insoweit erfahrene Fachkräfte“, auch ohne Bruch der Schweigepflicht möglich
- > Bleiben die ersten beiden Möglichkeiten erfolglos oder würden das Kind gefährden, ist die Information des Jugendamtes auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten möglich. Diese sind jedoch, wenn dadurch der Schutz des Kindes nicht gefährdet ist, vorher zu informieren.

**BERATUNGSMÖGLICHKEITEN**

- > Kinderschutzgruppe im eigenen Klinikum, ggf. Sozialdienst
- > Zuständige insoweit erfahrene Fachkraft, diese kann im Jugendamt erfragt werden
- > Medizinische Kinderschutzhotline, bundesweit kostenlos für medizinisches Fachpersonal, rund um die Uhr: 0800 19 210 00.

Beratung zu:

- Wie kann ich Sicherheit fürs Kind schaffen?
- Wie und wo kann ich weitere diagnostische Sicherheit bekommen?
- Was ist nach (vermutetem) sexuellem Übergriff zu tun?
- Wie dokumentiere ich sicher?

**KINDER PSYCHISCH KRANKER ODER SUCHTKRANKER ELTERN – WAS HAT ERWACHSENENPSYCHIATRIE MIT KINDERSCHUTZ ZU TUN?**

25 % der Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung müssen für Kinder im eigenen Haushalt sorgen. Konflikte zwischen der Rolle als Patient und als Elternteil sind alltäglich (z.B. brechen über die Hälfte psychisch Erkrankter Therapien ab, weil die Versorgung der Kinder nicht gewährleistet ist). Gleichzeitig haben positive Erfahrungen aus der Elternrolle einen stabilisierenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf.

**ZIELE GUTER VERSORGUNG:**

- > Wahrnehmung der Patienten in der Elternrolle
- > Ressourcen der Elternrolle therapeutisch nutzen
- > Risiken erkennen und thematisieren
- > Hilfen einleiten und Netzwerke bilden

**ERKRANKUNGSBEDINGTE STÖRUNGEN DER ELTERN-KIND-INTERAKTION:**

- > Ambivalenz des elterlichen Verhaltens
- > Parteilichkeit und Loyalitätskonflikte der Kinder
- > ggf. eingeschränkte Impulskontrolle beim erkrankten Elternteil

→ Risiko der transgenerationalen Weitergabe psychischer Erkrankungen

**MÖGLICHE ANGEBOTE FÜR DIE PATIENTENVERSORGUNG:**

- > erfragen, ob Kinder im Haushalt leben und wie diese versorgt sind
- > Einrichtung einer Gruppe für Patienten mit Kindern
- > Unterstützung der Patienten bei der Kommunikation mit den eigenen Kindern über die Erkrankung
- > Stellen Plätze in Mutter-Kind-Stationen (z.B. bei postpartaler Depression) zur Verfügung?

**GESPRÄCHSFÜHRUNG UND -VORBEREITUNG**

- > Den Gesprächsinhalt nicht bei tel. Einladung vorwegnehmen
- > Genug Zeit einplanen
- > Keine Störungen
- > Zuvor noch einmal Aktensicht: weiß ich alles
- > Notwendige zu dem Fall? Kenne ich die Rechtslage?
- > Gesprächsstruktur: Vorgeschichte, aktueller Anlassfall, was kommt als nächstes?
- > Abkürzungen, Fachtermini, juristische Formulierungen vermeiden
- > Direktes Benennen, worum es geht
- > Möglichkeit bieten, Fragen zu stellen
- > Gesprächsverlauf zusammenfassen
- > Deutlich machen, dass Sorge um das Kind handlungsleitend ist
- > Die nächsten Schritte vorstellen

**MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZHOTLINE**  
0800 19 210 00

> Notfallpläne zur Versorgung der Kinder im Krisenfall und Benennung erwachsener Ansprechpartner für die Kinder, um diese von der Verantwortung für das erkrankte Elternteil zu entlasten

> Notfallbriefe, die Eltern ihren Kindern zur Vorbereitung auf Krisenfälle schreiben können. Beispiele bei Netz und Boden e.V. ([www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de))

**EXTERNE HILFESYSTEME:**

- > Patenprojekte für Kinder psychisch kranker Eltern
- > Jugendamt: freiwillige Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII), bei Anhalt für Gefährdung des Kindes aber auch Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII
- > Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (meist Gesundheitsbehörden zugeordnet): niedrigschwellige Diagnostik und Koordination der Versorgung von Kindern
- > Krankenkassen: Haushaltshilfe für Zeiten stationärer Versorgung

**AUSWAHL WEITERER INFORMATIONSQUELLEN:**

- > National Association for Children of Alcoholics NACOA [www.nacoa.de](http://www.nacoa.de)
- > Projekt Trampolin [www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de)
- > KidKit Infoportal für Kinder ab 10 Jahren [www.kidkit.de](http://www.kidkit.de) Cornelia Stiftung für Kinder suchtkranker Eltern
- > Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. [www.tipsy.net](http://www.tipsy.net)

**SEXUELLER MISSBRAUCH** HINWEISE ZUM UMGANG MIT SEXUELLEM MISSBRAUCH INSBESONDERE FÜR THERAPEUTISCH ARBEITENDE FACHKRÄFTE

**WAS IST SEXUELLER MISSBRAUCH?**  
Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) definiert sexuellen Missbrauch so: „Sexueller Missbrauch oder sexueller Gewalt an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unmündigkeit nicht zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen. Diese sozialwissenschaftliche Definition bezieht sich auf alle Minderjährigen. Bei unter 14-Jährigen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können. Sie sind immer als sexuelle Gewalt zu werten, selbst wenn ein Kind damit einverstanden wäre.“

**HINWEISE AUF SEXUELLEN MISSBRAUCH:**  
Sexueller Missbrauch stellt weder eine medizinische Entität noch ein unbeschriebenes Syndrom dar. Es existiert keine Liste mit sicheren Anzeichen dafür, dass Kinder sexual missbraucht wurden.

- > **Außerungen der Betroffenen:** Der wichtigste Hinweis auf erlebte sexuelle Handlungen sind Außerungen der Betroffenen. Eine zentrale Aufgabe ist es, diese nicht zu verflüchtigen und adäquat zu protokollieren (Mehms, Vobert & Fegert, 2017)
- > **Auffälliges Sexualverhalten:** Sexual missbrauchte Kinder zeigen zwar häufig auffälliges Sexualverhalten als nicht missbrauchte Kinder, als Beweis für einen stattgefundenen sexuellen Missbrauch kann dies aber nicht gelten.
- > **Körperliche Befunde:** können wichtige Hinweise auf einen erfolgten sexuellen Missbrauch sein. Viele Formen (z. B. „hands-off“-Läsien) herablassen aber keine körperlichen Auffälligkeiten. Stattdessen kann Körperkontakt kann körperliche Befunde hinterlassen, muss aber nicht! Kindergynäkologische Expertise ist bei der Befundung wichtig.

**KLÄRUNG VON HINWEISEN:**

- Aktives Interview u. Befragungsscreening mit einem Fragebogen (z.B. CATS-Fragebogen)
- Außerungen ernst nehmen, im Anamnesegespräch klären
- Geschützte Gesprächsbedingungen schaffen: ruhige, vertrauensvolle Atmosphäre

- Wichtig: Je nach Alter und Situation OHNE Sorgeberechtigte, unter vier Augen sprechen besonders, wenn der Sorgeberechtigte tatverdächtig ist.
- Ausreichend Zeit und Raum zur Verfügung stellen
- Authentisch und emotional beteiligt sein, ohne zu dramatisieren und zu werten
- Vorsichtiger Umgang mit Körperkontakt
- WICHTIG: offene Fragen stellen, Bericht der Betroffenen ist wesentlich
- Konkrete nachfragen, ohne in eine Richtung zu drängen
- Exploration möglichst verhaltenstheoretisch, bei fehlenden sprachlichen Kompetenzen z.B. die Benennung von Geometrischen Klären
- Nicht direktvisuell ermittelbar
- Entwicklungsangemessen explorieren: Missbrauch benennen und auf sprachlicher Ebene d. Kindes erklären. Anschauungsmaterialien als Explorationshilfe (z.B. Bücher, Puppen)
- Je nach Alter d. Kindes und Situation: Rechtliche Konsequenzen des Missbrauchs erklären
- Keine Zusagen machen, die nicht eingehalten werden können (z.B. dass die Informationen nicht weitergegeben werden)
- Invasive Diagnostik nur, wenn notwendig (z.B. Abtauschema, Wichtig: Mehrfachuntersuchungen vermeiden)
- Transparenz ermöglichen: erklären, welche weiteren Schritte eingeleitet werden

**DOCUMENTATION:**

- Schriftlich
- Mittelungen und Angaben des Kindes möglichst im Wortlaut der Schilderungen
- Hinweise und in Verbindung stehende Befunde dokumentieren
- Verhalten konkret beschreiben
- Kontext und Entstehungsbedingungen der Aussagen dokumentieren
- Eindeutig dokumentieren, welche Information von wem stammt
- Deutlich trennen zwischen Verdacht, konkreten Außerungen und Untersuchungsbefund
- Art der Messung/jemalich machen (Spontanbericht vs. aktiv erfragt vs. Screeningbefund)
- Umstände, Form, Dauer und Häufigkeit des Missbrauchs erfassen
- Beziehung zum Täter klären
- Erfolgreiche und geplante Maßnahmen dokumentieren

ALTER	MISSHANDLUNGSVERDACHT
< 4 MONATE	• Jegliches Hämatom
4 MONATE - 4 JAHRE	• Torso / Ohr / Hals • Hämatome mit u.g. Charakteristika
IMMER	• Unklare / unpassende / fehlende Anamnese? • Geformte Verletzungen? • Multiple Hämatome an Kopf, Rumpf, Gesäß oder Armen? • Unklar verzögerte ärztliche Vorstellung? • sonstige Hinweise auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung?
< 12 MONATE	• Rippenfrakturen • Radius-/Ulnafraktur • Tibia-/Fibulafaktur • Humerusfraktur • Femurfraktur • Klavikulafraktur
12-35 MONATE	• Rippenfrakturen

**ART DER VERLETZUNG**

**HÄMATOM**

**FRAKTUR**

**MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZHOTLINE**  
0800 19 210 00  
[www.kinderschutzhotline.de](http://www.kinderschutzhotline.de)

Schematische Darstellung typischer Verletzungen nicht-skizdellter Genese vgl. Berthold et al. 2017. Berthold O., Clemens V., Ahne S., Witt A., von Aster M., von Moers A., Pflner P., Kölich M., Fegert JM. (2017). Kinderschutz im Rettungsdienst: Erkennen, Bewerten, Handeln. Notfall – Rettungsmedizin, 1-9. doi:10.1007/s10049-017-0370-y

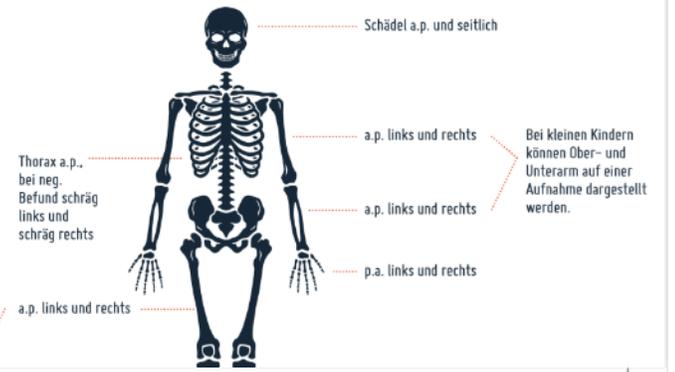
**MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZHOTLINE**  
0800 19 210 00

„KINDER HABEN EIN RECHT AUF GEWALTFREIE ERZIEHUNG. KÖRPERLICHE BESTRAFUNGEN, SEELISCHE VERLETZUNGEN UND ANDERE ENTWÜRDIGENDE ERZIEHUNGSMASSNAHMEN SIND UNZULÄSSIG.“ (§ 1631 BGB, Abs. 2)

**www.kinderschutzhotline.de**

**RÖNTGEN-SKELETTSCHREIBUNG BEI KINDERN < 2 JAHREN MIT MISSHANDLUNGSVERDACHT, NACH AWMF-KINDERSCHUTZLEITLINIE**

**www.kinderschutzleitlinie.de**



- > gehen Sie mit dem Baby spazieren
- > wenn Ihnen das Schreien zu viel wird, legen Sie Ihr Baby an einen sicheren Ort: Bettchen, Wiege oder auf den Fußboden (wenn keine Haustiere im Raum sind), verlassen Sie den Raum, um sich zu beruhigen
- > rufen Sie einen Freund / Freundin, Ihre Eltern an und bitten um „Ablösung“
- > gehen Sie zum Kinderarzt oder in die nächste Kindernotaufnahme und schildern Sie Ihre Verletzung

Beratung und Informationen:

- > für Eltern: [www.elternseite.info](http://www.elternseite.info)
- > für Fachkräfte: Medizinische Kinderschutzhotline, 0800 19 21000 (bundesweit, rund um die Uhr, kostenlos, anonym) sowie unter [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

**DIAGNOSTISCHE SICHERHEIT**

Die umfassende Diagnostik erlaubt eine Erfassung sämtlicher Befunde und so die Diagnosestellung mit größtmöglicher Sicherheit (auch im Hinblick auf ein potentielles gerichtliches Verfahren). Dazu gehören(S):

- > sorgfältig (ggf. wörtlich) dokumentierte Anamnese, im Verlauf wiederholen
- > sorgfältige körperliche Untersuchung und (Foto-)Dokumentation möglichst früh (Erfassung auch kleiner Hämatome)
- > Bildgebung des Gehirns und des Rückenmarkskanals
- > Skelettscreening nach den Leitlinien der Gesellschaft für pädiatrische Radiologie bzw. der AWMF S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, Vernachlässigung zur Erfassung von klinisch nicht sichtbaren Frakturen
- > Urin auf organische Säuren, Drogen screening
- > Augenärztliche Beurteilung des Augenintergrundes (mglt. Fotodokumentation)
- > Gerinnungsdiagnostik
- > Sozialanamnese, Erfassung psychosozialer Risikofaktoren
- > Rechtsmedizinisches Konsil bereits beim Verdacht



**Literatur:**

1. Rejnveid et al. Infant crying and abuse. Lancet 2004, 364: 1340-2.
2. Bündnis gegen Schütteltrauma [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)
3. Schonitzer & Ewigman: Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. Pediatrics 2005, 116: e687-93.
4. Berthold et al.: Awareness of Abusive Head Trauma in a representative population-based sample: Implications for Prevention (submitted for publication). (2018).
5. Herrmann et al.: Kindesmisshandlung medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg; 2016.

Konzept: Oliver Berthold, Andreas Witt, Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Medizinische Kinderschutzhotline, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Fachliche Beratung: Prof. Dr. med. Christine Erfurt, Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden Prof. Dr. med. Jan Sperhake, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Leitthema**

Notfall Rettungsdienst  
<https://doi.org/10.1007/s10049-017-0370-y>

© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Redaktion  
 T. Nicolai, München

CrossMark

**Kinderschutz im Rettungsdienst:  
 Erkennen, Bewerten, Handeln**

O. Berthold<sup>1</sup> · V. Clemens<sup>2</sup> · S. Ahne<sup>3</sup> · A. Witt<sup>2</sup> · M. von Aster<sup>1</sup> · A. von Moers<sup>1</sup> · P. Plener<sup>2</sup> · M. Kölich<sup>2,4</sup> · J. M. Fegert<sup>2</sup>

<sup>1</sup> DRK Kliniken Berlin | Westend, Berlin, Deutschland  
<sup>2</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland  
<sup>3</sup> Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland  
<sup>4</sup> Hochschulklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Ruppiner Kliniken, Neuruppin, Deutschland

O. Berthold<sup>1,2</sup> · J. M. Fegert<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland  
<sup>2</sup> Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, DRK Kliniken Berlin | Westend, Berlin, Deutschland

**Schütteltraumasyndrom –  
 diagnostische Sicherheit trotz  
 andauernder medialer  
 Kontroverse**

**Hotline für Ärzte zum Kinderschutz**

Kollegiale Infos zu Schweigepflicht, Dokumentation, Gesprächsführung

**Medizinische Hotline**  
**WIESBADEN.** Seit Juli gibt es die medizinische Kinderschutzhotline. Sie richtet sich an Ärzte und medizinisches Fachpersonal, die bei der Behandlung von Kindern einen Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch haben, aber unsicher sind, an wen sie sich wenden können.

Am anderen Ende der Kinderschutzhotline mit der kostenfreien Rufnummer 0800 19 210 00 sitzen Ärzte aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Rechtsmedizin. Sie arbeiten rund um die Uhr im Schichtdienst und beantworten Fragen wie: Welche Schritte muss ich bei Verdacht auf Kindesmisshandlung unternehmen? Wie dokumentiere ich richtig? Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsverdacht an? An wen kann ich mich vor Ort wenden? „Seit Freischaltung der Rufnummer hatten wir an die 100 Anrufe,

im Schnitt sind es so zwei Anrufe pro Tag“, berichtet ANDREAS WITT, Projektkoordinator und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Universitätsklinikums in Ulm, das zusammen mit dem DRK Klinikum in Berlin-Westend die Hotline betreibt. Finanziert wird das dreijährige Projekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

**Ein Drittel der Anrufe aus Praxen und Klinikambulanzen**

Vermehrt Ärzte aus dem Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde haben laut Witt die Rufnummer rund um die Uhr im Schichtdienst und beantworteten Fragen wie: Welche Schritte muss ich bei Verdacht auf Kindesmisshandlung unternehmen? Wie dokumentiere ich richtig? Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsverdacht an? An wen kann ich mich vor Ort wenden? „Seit Freischaltung der Rufnummer hatten wir an die 100 Anrufe,

Medizinische Kinderschutzhotline  
 0800 19 210 00

**Bestehende Strukturen sollen ergänzt statt ersetzt werden**

Bestehende Hilfsstrukturen, die sich vor Ort um den Kinderschutz kümmern, sollen keinesfalls durch die neue Rufnummer ersetzt werden. Vielmehr gehe es darum, die Kommunikation zu verbessern. Im konkreten Fall wussten die behandelnden Ärzte meist nicht, ob und wann sie die Schweigepflicht verletzen dürfen.

Für die Zukunft wünscht sich Witt noch mehr Anrufe über die Hotline. Wichtig ist ihm, dass sich auch Ärzte melden, die in der Erwachsenenpsychiatrie und der Substitutionsmedizin tätig sind.

**Auskunft für Ärzte und Fachpersonal rund um die Uhr.**  
 Foto: Kinderschutzhotline

**Mehr Informationen unter:**  
[www.kinderschutzhotline.de/](http://www.kinderschutzhotline.de/)

**consilium**  
 03 · 2019 Themenheft

**Kinderschutz**  
 Jörg M. Fegert · Oliver Berthold

*Misshandlung erkennen, Unterstützung holen, Prävention einleiten*

Kinderschütze werden noch immer zu selten erkannt und nicht immer werden die notwendigen Schritte eingeleitet, um unsere Patienten wirksam und präventiv vor Gewalt zu schützen. Dieses Heft informiert über die Diagnostik, die Gefährdungsbewertung, die Unterstützung durch Einrichtungen und Behörden, insbesondere der neuen medizinischen Kinderschutz-Hotline, sowie die rechtlichen Grundlagen.

Mit dieser Ausgabe können Sie 2 CME-Punkte erwerben.

**KINDERSCHUTZ  
 Hotline unterstützt bei Verdacht auf Missbrauch**

Das Universitätsklinikum Ulm hat zusammen mit den Berliner DRK-Kliniken Westend eine medizinische Kinderschutzhotline eingerichtet. Das vom Bundesfamilienministerium geförderte telefonische Beratungsangebot soll Ärzte, Therapeuten, Pflegenden und Angehörige anderer Heilberufe beim Verdacht auf Kindesmisshandlung unterstützen und bestehende Hilfen ergänzen.

Dazu stehen rund um die Uhr ge-

**Deutsches Ärzteblatt**  
 46

Die Zeitschrift der Ärztschaft | gegründet 1872 | Ausgabe A | 16. November 2018

**Misshandlung**  
 als Ursache von Frakturen im Kindesalter

**BERUFSFRAGEN**

**0800/19 210 00 –  
 Medizinische Kinderschutzhotline ist geschaltet**

*Vernachlässigung und Missbrauch haben den Kinderschutz ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Trotz vieler Kampagnen ist kein Rückgang von sexuellem Missbrauch zu verzeichnen.*

**Übersichten**

Nervenzart  
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

CrossMark

**Lernen und Lernstörungen**

Klick ins Heft

POLITIK

**Kinderschutz**

**Es braucht die Verantwortungsgemeinschaft**

Um den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Medizin, Kinder- und Jugendarbeit, Strafverfolgung und Justiz notwendig. Eine Brücke für diese Zusammenarbeit schlägt die Medizinische Kinderschutzhotline.

**THEMEN DER ZEIT**

**KINDERSCHUTZ**

**Kooperation ist unabdingbar**

Kinderschutz ist vielen ein wichtiges Anliegen. Die Kommunikation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe ist jedoch häufig schwierig. Mit der Medizinischen Kinderschutzhotline und den Kinderschutzambulanzen in Berlin wurden neue Bausteine geschaffen.

Ärzte und Psychotherapeuten spielen eine wichtige Rolle im System des institutionellen Kinderschutzes. Sie sehen verdächtige Verletzungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die auf Misshandlung oder sexuellen Missbrauch hindeuten können. Ärzte in Notfallambulanz sind nur Verletzungen konfrontiert, die als Unfälle daherkommen, aber auch andere Ursachen haben könnten. Sie stehen zwischen der Fürsorge für das betroffene Kind und Eltern, die manchmal Täter sind. Mitarbeiter der Jugendhilfe auf der anderen Seite haben Möglichkeiten, Kinder vor ihrer eigenen Familie zu schützen, oder der gesamten Familie Hilfen anzubieten. Die Jugendämter haben 2016 deutlich häufiger als im Vorjahr eine Gefährdung des Kindeswohls prüfen müssen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes vom 4. Oktober stieg die Zahl der Verfahren um 5,7 Prozent auf 136 900 Fälle. Die meisten der betroffenen Kinder wiesen Anzeichen von Vernachlässigung auf.

diesem Rahmen entstand unter anderem eine qualitative Untersuchung zur Nutzung der Fachkräfte „Zwischen Medizin und Jugendhilfe gibt es generell ein Kommunikationsproblem“, sagte Fegert. Nicht nur die unterschiedlichen Fachsprachen machen die Zusammenarbeit schwierig; Die Fachkräfte sind nur zu Bürozeiten erreichbar und vergeben Termine. Ärzte in Notfallambulanz arbeiten oft in Schichten.

**Medizinische Kinderschutzhotline**  
 0800 19 210 00

**der junge Zahnarzt**

**Kinder psychisch erkrankter Eltern**

V. Clemens<sup>1</sup> · O. Berthold<sup>2</sup> · J. M. Fegert<sup>3</sup> · M. Kölich<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland  
<sup>2</sup> Kinderschutzambulanz, DRK Kliniken Berlin Westend, Berlin, Deutschland  
<sup>3</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ruppiner Kliniken, Hochschulklinikum der MHB, Neuruppin, Deutschland

## AUS DER PRAXIS

Dr. Sieglinde Ahne/Dr. Andreas Witt/Team Medizinische Kinderschutzhotline/Prof. Dr. Jörg M. Fegert\*

### Die Medizinische Kinderschutzhotline: Beratung für Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichtbarkeit

Beratungsanliegen von Mitarbeiterinnen der Kinder- und Jugendhilfe

Die Medizinische Kinderschutzhotline (08 00/1 92 10 00) berät bundesweit, kostenfrei und rund um die Uhr zu Fragen den medizinischen Kinderschutz betreffend. Seit Januar 2021 steht das Angebot der Medizinischen Kinderschutzhotline auch Mit-

\* Verf. Ahne befindet sich in der Weiterbildung zur Fachärztin für Rechtsmedizin am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, ärztliche Beraterin an der Medizinischen Kinderschutzhotline. Verf. Witt ist Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT) und Kinderschutz-Fachkraft (Gut-Mein) Koordinator der Medizinischen Kinderschutzhotline (ZVT) am Universitätsklinikum Ulm; Chef für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ m Ulm, Leiter des Kompetenzzentrum-Württemberg und Gesamtprojekt-zhotline; Verf. Team Medizinische itenden der Medizinischen Kinder- und Leitungsebene. ten der besseren Lesbarkeit wird den

R&P (2021) 39: 163–170

Fegert u.a.: Der Corona-Lockdown und Kinderschutz

Beiträge

163

Jörg M. Fegert<sup>1</sup>, Oliver Berthold<sup>1,2</sup>, Vera Clemens<sup>1</sup>, Michael Kölich<sup>3</sup>,

Annegret Eckhart-Ringel<sup>2</sup>, Arpad von Moers<sup>2</sup>, Andreas Witt<sup>1</sup>

### Der Corona-Lockdown und Kinderschutz

### Entwicklungen in der Inanspruchnahme der Medizinischen Kinderschutzhotline während der SARS-CoV-2-Pandemie

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat das Leben von Menschen auf der ganzen Welt verändert. Im Zuge der z.T. starken Einschränkungen zur Eindämmung der Pandemie wurde ein Anstieg von familiärer Gewalt diskutiert. Bislang fehlen jedoch Daten hierzu. In der vorliegenden Studie werden Beratungskontakte der Medizinischen Kinderschutzhotline analysiert, um der Frage nachzugehen, wie sich die Inanspruchnahme der Medizinischen Kinderschutzhotline im Verlauf der Pandemie entwickelt hat und inwiefern sich Beratungsanlässe und Beratungsinhalte in verschiedenen Phasen der Pandemie unterschieden haben. Die Ergebnisse zeigen

**The corona lockdown and child protection – Developments in the use of the Medical Child Protection Hotline during the SARS-CoV-2 Pandemic**

The SARS-CoV-2 pandemic has massively changed the lives of people around the world. In the course of the at times massive restrictions to contain the pandemic, an increase in family violence was discussed. So far, however, there is a lack of data on this. This study analyzes

## AUFSÄTZE

Prof. Dr. Jörg M. Fegert/Prof. Dr. Vera Clemens/Oliver Berthold/Prof. Dr. Michael Kölich\*

### Kinderschutz ist systemrelevant – gerade in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie

„Social distancing“ und Kinderschutz: Wie passt das zusammen? Wo bleibt der Kinderschutz, wenn Präsenztermine durch isolierte Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und Hilfeforenzen oder persönliche Beratungen nicht mehr möglich sind? Wie sieht noch die Lesende der Kinder, wenn das soziale Umfeld in der Schule und die Unterstützungssysteme zB durch Schulbesitzung, Familienhilfe etc. weggefallen sind? In der aktuellen Corona-Krise gab es bereits am 1. Februar und dann 1. März Berichterstattung über die Situation im Kinderschutz zB Anfragen bei

national zu stabilisieren. Wo immer möglich wurde von Betreibern und Verwaltungen Homeoffice angestrebt. Kinderbetreuung gibt es nur in systemrelevanten Bereichen, mit zT unterschätzlichen Regelungen, was den Nachweis der Unabkömmlichkeit angeht. Die Verantwortlichkeit von Familie und Beruf ist schon normalerweise eine Herausforderung für viele Eltern, die Pandemie wirkt hier wie ein Bremsglas. Mitarbeiter werden – vor allem von den Schulkindern – die ersten Tage noch wie

Tobias Heimann/Oliver Berthold/Prof. Dr. Vera Clemens/Dr. Andreas Witt/Prof. Dr. Jörg M. Fegert\*

### Vorgehen bei „Gewichtigen Anhaltspunkten“ für eine Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Heilberufe

Im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) wurde mit § 4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) eine Befugnisnorm für Angehörige der Heilberufe geschaffen, ohne Verstoß gegen die Schweigepflicht bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung geschützte Patienteneinformatio-nen an das Jugendamt weiterzugeben. Als Schwelle nennt das Gesetz sog. „Gewichtige Anhaltspunkte“, die als unbestimmter Rechtsbegriff zur Erörterung der Situation sowie zu einem Hilfsangebot an die Sorgeberechtigten führen und eine Entscheidung nach sich ziehen sollen, ob bei anders nicht abwendbarer Gefährdung eine Informationsweitergabe an das Jugendamt notwendig ist. Erfahrungen der Medizinischen Kinderschutzhotline aus über 3.000 Telefonkontakten zeigen, dass sowohl die Einschätzung der Gewichtigkeit von Anhaltspunkten als auch die Einschätzung, ob eine Gefährdung tatsächlich vorliegt, und die Abwägung,

gangen werden, ist die Situation (sofern das Kind dadurch nicht zusätzlich gefährdet wird) mit dem Kind und den Eltern<sup>2</sup> zu erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfe hinzuwirken. Ist die Gefährdung nicht mit eigenen Mitteln abwendbar, so schließt sich ein Güterabwägungsprozess an, in dem ua die ärztliche Schweigepflicht und potenzielle Folgen einer Meldung für das Kind gegen die vermutete Wahrscheinlichkeit und Schwere der Gefährdung und ihre Prognose für das Kind abgewogen werden. Gerade diese beiden Einschätzungen, also die Gewichtung der Anhaltspunkte sowie die Güterabwägung, ob eine Informationsweitergabe an das Jugendamt gerechtfertigt oder sogar nötig ist, führen in der Praxis jedoch häufig zu Verunsicherung. Dies lässt sich auch in den Beratungsanliegen an die Medizinische Kinderschutzhotline<sup>3</sup> ablesen. Seit dem Start der Tätigkeit im Jahr 2017 erreichten die Hotline bisher über 3.000 Beratungs-

# § 6 KKG: Beratung im Medizinischen Kinderschutz – Fassung Beschlussvorlage Bundesrat, 21.3.2025 final beschlossen am 21.3.

(1) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellt sicher, dass ein telefonisches Beratungsangebot im medizinischen Kinderschutz insbesondere für

1. Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Fachkräfte, die hauptberuflich oder nebenamtlich bei einem Träger der öffentlichen oder freien Jugendhilfe oder einem Träger oder Leistungserbringer der Eingliederungshilfe beschäftigt sind, und
3. Familienrichterinnen und Familienrichter

bei Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen zur Verfügung steht.

(2) Das Beratungsangebot nach Absatz 1 ist unter einer entgeltfreien Rufnummer erreichbar und umfasst eine kostenlose Erstberatung und Information zu medizinischen Fragestellungen im Zusammenhang mit einer Kindeswohlgefährdung, zu adäquaten Vorgehensweisen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung sowie bei Bedarf zu geeigneten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für eine weiterführende Beratung. Die medizinische Beratung nach Satz 1 erfolgt vertraulich.

(3) Die Aufgaben nach Absatz 2 werden von insoweit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten aus den Bereichen Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendheilkunde sowie von insoweit erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wahrgenommen.

(4) Personenbezogene Daten dürfen verarbeitet werden, soweit dies für die in Absatz 2 genannten Zwecke erforderlich ist.

(5) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kann die Ausführung der ihm nach Absatz 1 obliegenden Aufgabe auch auf eine andere geeignete öffentliche Einrichtung übertragen. Erfolgt eine Übertragung nach Satz 1, nimmt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Fachaufsicht wahr.

(6) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend oder eine andere geeignete öffentliche Einrichtung nach Absatz 5 evaluiert nach einem Jahr die Bedarfsgerechtigkeit des im Rahmen eines Modellprojekts 24 Stunden täglich zur Verfügung gestellten telefonischen Beratungsangebots. Die Wirkungen des telefonischen Beratungsangebots insgesamt werden erstmal nach zwei Jahren, im Folgenden alle vier Jahre evaluiert.“

# Online Fachtag

## Rund um die Uhr: Kinderschutz als Notfall



8. Oktober 2025  
Anmeldung  
[www.kinderschutzhotline.de](http://www.kinderschutzhotline.de)

# Fazit



- Kinder mit Behinderung haben ein erheblich erhöhtes Risiko für alle Formen von Misshandlung
  - Dies gilt sowohl für den familiären Kontext als auch für ihren Aufenthalt in Einrichtungen
- Es ist notwendig, Schutzkonzepte auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu entwickeln und hierbei die besonderen Gefährdungen und Zugangsschwellen der Kinder in den Blick zu nehmen
- Kindeswohlgefährdung bezieht sich nicht nur auf Handlungen und Unterlassungen der Kindeseltern, sondern auch auf Kindeswohlgefährdung in Institutionen (z.B. schlechte oder ungeeignete Versorgung) => auch hier haben Jugendämter einen Handlungsauftrag

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

„Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte, solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

Albert Einstein (\*1879 in Ulm)

