

Externe Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte; Abschlussbericht

Engel, Juliane; Witte, Susanne; Fakhir, Zainab; Liel, Christoph; Kindler, Heinz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Engel, J., Witte, S., Fakhir, Z., Liel, C., & Kindler, H. (2024). *Externe Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte; Abschlussbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. <https://doi.org/10.36189/DJI202402>

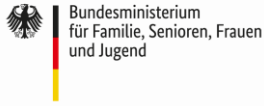
Nutzungsbedingungen:

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

Terms of use:

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

Gefördert vom:



Deutsches
Jugendinstitut

Abschlussbericht

Juliane Engel, Susanne Witte, Zainab Fakhir, Christoph Liel und Heinz Kindler

Externe Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte

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

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit 60 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Aktuell sind an den beiden Standorten München und Halle (Saale) etwa 470 Beschäftigte tätig, darunter rund 280 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Finanziert wird das DJI überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält es im Rahmen von Projektförderungen u.a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Impressum

© 2023 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstraße 2
81541 München

Datum der Veröffentlichung Oktober 2023
ISBN: 978-3-86379-507-8
DOI: 10.36189/DJI202402

Ansprechpartner:
Prof. Dr. Heinz Kindler
Telefon +49 89 62306-245
E-Mail kindler@dj.de

Inhalt

1	Ziel und Konzeption der externen Evaluation	4
1.1	Rahmung und Hintergrund	4
1.2	Methodisches Vorgehen	6
1.2.1	Quantitative Auswertung	6
1.2.2	Qualitative Auswertung	8
2	Nutzerdatenanalyse	10
2.1	Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline	10
2.2	Nutzerinnen und Nutzer	13
2.3	Kenntnis über die Medizinische Kinderschutzhotline	17
2.4	Anlass und Inhalt der Beratung	18
2.5	Fallmerkmale und Gefährdungsformen	20
2.5.1	Alter und Geschlecht der Kinder	21
2.5.2	Vermutete Gefährdungsform	22
2.5.3	Stand der Fallbearbeitung zum Zeitpunkt des Anrufs	25
2.5.4	In den Fall involvierte Hilfssysteme und Kooperationspartner	28
2.6	Rückmeldung der Anrufenden	30
2.7	Einschätzung durch die Beratenden	32
3	Qualitative Auswertung der Gesprächsprotokolle	36
3.1	Techniken zur Gewinnung von Informationen von den Anrufenden (offene vs. geschlossene Fragen)	36
3.2	Umgang mit und Auflösung von Missverständnissen	39
3.3	Vermeidung vorschneller Empfehlungen	43
3.4	Empfehlungen zwischen Konkretheit und Vorsicht	44
4	Fazit mit Empfehlungen	49
5	Literatur	53

1 Ziel und Konzeption der externen Evaluation

1.1 Rahmung und Hintergrund

Mit dem vorliegenden Bericht wird die zweite Modellphase der 2017 ins Feld gestarteten Medizinischen Kinderschutzhotline extern evaluiert. Getragen von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universität Ulm in Kooperation mit den DRK Kliniken Berlin Westend sowie dem Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Freiburg ist das zu evaluierende Angebot an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe verortet und bietet bei (vermuteter) Kindeswohlgefährdung Beratung rund um die Uhr an. Die Schwerpunkte der Beratung liegen auf medizinischen und psychologischen Aspekten einer (vermuteten) Kindeswohlgefährdung, der Gesprächsführung mit Familienmitgliedern, rechtlichen Rahmenbedingungen insbesondere Schweigepflicht und Dokumentation, Information über mögliche regionale Kooperationspartner im Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem leitliniengerechten Vorgehen in Diagnostik und Intervention (<https://kinderschutzhotline.de/>).

Das Team der Beraterinnen und Berater setzt sich zusammen aus Fachärztinnen und -ärzten sowie Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, für Kinder- und Jugendmedizin und für Rechtsmedizin. Die Beratenden sind zertifizierte Kinderschutzmedizinerinnen und -mediziner (DGKiM). Die Beratenden haben zudem eine 6-tägige Schulung zur „insoweit erfahrenen Fachkraft“ nach § 8a Abs. 4 SGB VIII durchlaufen, die spezielle Qualifizierungen zu Fragen des Kinderschutzes und der Kommunikation über Professionsgrenzen hinweg beinhaltet. Für alle genannten Fachrichtungen steht ein fachärztlich besetzter, rund um die Uhr erreichbarer Hintergrunddienst zur Verfügung. Zudem gibt es einen zusätzlichen kinder- und jugendpsychotherapeutischen Hintergrunddienst. Das Team wird juristisch beraten, eine Sozialpädagogin mit Berufserfahrung in der Kinder- und Jugendhilfe verstärkt das Team (<https://kinderschutzhotline.de/>).

In einer ersten Förderphase (Oktober 2016 bis September 2021) der Medizinischen Kinderschutzhotline richtete sich diese ausschließlich an Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen. Sie wurde für ärztliches und heilberufliches Personal als ergänzende Ausgestaltung des im Bundeskinderschutzgesetz verankerten Rechtsanspruchs auf Beratung von Berufsheimnisträgern (§4 BKiSchG) in Fällen einer möglichen Kindeswohlgefährdung erprobt. Die Medizinische Kinderschutzhotline wurde für die erste Förderphase extern durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. evaluiert (Miehlbradt/Kindler 2019). Die Evaluation konnte (a) in einer Zufallsstichprobe ärztlicher Praxen einen hohen Bedarf und eine große Bereitschaft zur Nutzung des Angebots feststellen, (b) anhand der Nutzungszahlen eine durchgängig steigende Nutzung belegen und (c) anhand der von den Beratungsfachkräften der Medizinischen Kinderschutzhotline dokumentierten und in einer Teilstichprobe un-

abhängig von den Beratungsfachkräften erhobenen Rückmeldungen eine sehr positive Bewertung des Angebots durch die Nutzenden berichten. Auf dieser Grundlage wurde von der Bundesregierung geschlussfolgert: „Die externe Evaluation des Projekts hat gezeigt, dass das Angebot bei den adressierten Berufsgruppen gut angenommen wird und weiterhin ein hoher Beratungsbedarf besteht“ (BT-Drucksache 19/23505, S. 4, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/235/1923505.pdf>).

Mit der zweiten Förderphase (Oktober 2021 bis Dezember 2024) wurde die Zielgruppe der Medizinischen Kinderschutzhotline erweitert und zwar um Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe und Fachkräfte, welche im Rahmen familiengerichtlicher Verfahren tätig sind (d.h. Richter:innen, Rechtspfleger:innen und Verfahrensbeistände). Diese haben nun ebenfalls die Möglichkeit, sich von den Fachkräften der Medizinischen Kinderschutzhotline beraten zu lassen. Für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe bewirbt die Medizinische Kinderschutzhotline insbesondere Beratung zu medizinischen Fragestellungen im Rahmen der Abklärung einer möglichen Kindeswohlgefährdung (z.B. Abklärung unfall- oder misshandlungsbedingter Hämatomen, Einschätzung zu vorliegenden medizinischen Gutachten). Zielsetzung der Erweiterung der Zielgruppen ist es, laut Erweiterungs- und Verlängerungsantrag vom 20.11.2020, Brüche an den Schnittstellen der beteiligten Akteure im Kinderschutzsystem unwahrscheinlicher zu machen und zu einer besseren Vernetzung der Akteure beizutragen, indem durch Beratungen Übersetzungsleistungen in die jeweiligen Systeme erfolgen (S. 13).

Die externe Evaluation der zweiten Modellphase der Medizinischen Kinderschutzhotline dient dazu, eine Datengrundlage für die Bewertung des Erfolges oder Misserfolges der Erweiterung des Angebots zu schaffen und damit zur Qualitätsentwicklung und -sicherung beizutragen. Dazu wurden insbesondere Befunde zur tatsächlichen Nutzung erhoben. Weiter wurden von den Beratungsfachkräften dokumentierte Bewertungen zur Qualität der erbrachten Beratungsleistungen ausgewertet, die sich in der ersten externen Evaluation als valide erwiesen hatten. Ein besonderes Augenmerk lag auf der Annahme des Angebots durch die adressierten Zielgruppen (medizinisches Fachpersonal, Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, Familiengerichte). Zudem wurde ein innovatives qualitatives Multi-Indikatorensystem zur Bewertung der Beratungsqualität anhand von Transkripten ausgewählter Beratungen entwickelt und erprobt.

Die externe Ergebnisevaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte konzentriert sich auf zwei Leitfragen, die sich insbesondere auf die neu einbezogenen Nutzungsgruppen beziehen:

- Wie lässt sich die Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline während der Modellphase beschreiben?
- Wie lassen sich Qualität und Nutzen der Beratungen beschreiben?

Für den Bericht der externen Evaluation wurden Daten des Jahres 2022 herangezogen. Der Bericht wurde bis 31. März 2023 erstellt.

1.2 Methodisches Vorgehen

Für die Beantwortung der ersten Leitfrage wurden hauptsächlich die während der zweiten Modellphase der Medizinischen Kinderschutzhotline ab 01. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022 fortlaufend erhobenen Nutzungsdaten abgefragt und ausgewertet. Die dafür entwickelte Basisdokumentation („Erhebungsraster“) wurde, aufbauend auf dem bereits in der ersten Projektphase verwendeten Auswertungsraster, angepasst und erweitert. Erhoben, gezählt und ausgewertet wurden unter anderem die Anzahl der Anfragen, ihre Verteilung über die Laufzeit hinweg, Uhrzeiten der Anfragen, Dauer der Gespräche und die Thematik der Anfragen. Des Weiteren liegen Angaben der Anrufenden zu ihrer explizit am Ende der Beratungsgespräche abgefragten Zufriedenheit sowie Einschätzungen der Beratenden zum Beratungserfolg vor, die zur Beantwortung der zweiten Leitfrage herangezogen wurden konnten. Diese wurden in Bezug auf die unterschiedlichen Adressat:innengruppen differenziert ausgewertet. Hierzu wurden sowohl deskriptive statistische Analysen durchgeführt als auch interferenzstatistisch Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen herausgearbeitet. Die Befunde wurden im Zusammenhang mit den Ergebnissen aus der ersten Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline sowie weiteren Arbeiten zum deutschen Kinderschutzsystem interpretiert.

Um die Unabhängigkeit der externen Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline methodisch weiter abzusichern, wurden zudem anhand mehrerer Indikatoren Informationen zur Qualität der Beratungsgespräche anhand von 22 anonymisierten Transkripten von Beratungsgesprächen insbesondere im Hinblick auf die neuen Zielgruppen in der jetzigen Modellphase gewonnen. Beratungsmitschnitte wurden für diese Auswertung anhand folgender Auswahlkriterien beim Auftraggeber erbeten: 1) Zustimmung der Anrufenden zur Aufnahme und wissenschaftlichen Auswertung des Gesprächsverlaufs, 2) Zugehörigkeit des/der Anrufenden zu Berufsgruppen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Familiengerichtbarkeit und 3) Gesprächsdauer von mindestens fünf Minuten und weniger als 30 Minuten. 4) Im Sample der auszuwertenden Gesprächsmitschnitte sollten mindestens fünf der zehn Beraterinnen und Berater des Teams sowie alle dort vertretenen medizinischen Fachdisziplinen (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rechtsmedizin) abgebildet sein.

Methodisch wurden vier Indikatoren für die Qualität von Beratungsgesprächen formuliert und die in den Transkripten abgebildeten Interaktionsprozesse mit standardisierten Kodierinstrumenten danach ausgewertet. Diese sind: 1) Techniken zur Gewinnung von Informationen von den Anrufenden (offene vs. geschlossene Fragen), 2) Umgang mit und Lösung von Missverständnissen, 3) Vermeidung vorschneller Empfehlungen im Beratungsgespräch und 4) angemessene Balance zwischen Konkretheit und Vorsicht beim Formulieren von Empfehlungen. Erhoben und einbezogen wurden auch Rückmeldungen der Anrufenden zum Beratungsgespräch.

1.2.1 Quantitative Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics 22. Die durch die Betreiber der Medizinischen Kinderschutzhotline bereitgestellten Daten

wurden auf Plausibilität geprüft. Offene Eingabefelder wurden, wenn notwendig und für die Fragestellung zielführend, durch das Evaluationsteam rekodiert. Für die Aufbereitung wurden Standardverfahren der deskriptiven Statistik gewählt. Im Text werden, um eine bessere Einordnung zu gewährleisten, sowohl die prozentualen als auch die absoluten Häufigkeiten für bestimmte Antworten berichtet. Zum Vergleich zwischen den unterschiedlichen Zielgruppen wurden für dichotome und kategoriale Variablen (z.B. Geschlecht, Berufsgruppe) χ^2 -Tests durchgeführt. Um spezifische Aussagen zu Unterschieden treffen zu können, wurden Bonferroni korrigierte Post-hoc-Vergleiche durchgeführt. Für Vergleiche von Variablen, bei denen ein Intervallskalenniveau (z.B. Alter) angenommen werden konnte, wurde das Verfahren der ANOVA gewählt. Bei Varianzgleichheit wurden ebenfalls Bonferroni korrigierte Vergleiche gewählt; lag eine Varianzungleichheit vor, wurde die Korrektur nach Tamhan (T2) verwendet. Eine Korrektur bei wiederholtem Testen von Unterschieden ist notwendig, um sich gegen Zufallsfunde abzusichern.

Im Sinne der wissenschaftlichen Nachprüfbarkeit werden die Ergebnisse der statistischen Verfahren gemäß Konvention (American Psychological Association 2020) berichtet. Eine Erläuterung der verwendeten statistischen Verfahren und verwendeten Abkürzungen für die Berichtslegung findet sich in

Tab. 1: .

Aufgrund der später noch zu berichtenden geringen Fallzahl der Anrufenden aus dem Bereich des Familiengerichts wurden diese von einer weiteren inferenzstatistischen Analyse ausgenommen, da grundlegende Annahmen (z.B. erwartete Zellenbelegung bei χ^2 -Tests) verletzt waren.

Bei einigen Variablen lagen aufgrund technischer Probleme fehlende Werte vor. Dies waren jedoch weniger als fünf Prozent der Gesamtantworten. Aus diesem Grund beziehen sich die berichteten Häufigkeiten manchmal auf eine unterschiedlich große Grundgesamtheit. Diese wurden entweder in den Tabellen berichtet oder im Text als n_{valid} vermerkt.

Für einige Anrufe wurde mehrfach das Erhebungsraster ausgefüllt ($n = 41$), wenn unterschiedliche Fälle in einem Telefonat besprochen wurden. Die Wahrscheinlichkeit der Verzerrung der Ergebnisse zur Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline aufgrund der kleinen Anzahl wird als gering angesehen.

Tab. 1: Verzeichnis der statistischen Abkürzungen mit Erläuterungen

Abkürzung	Erläuterung
M	Mittelwert: Durchschnitt der Werte auf eine Frage (z.B. Altersdurchschnitt, durchschnittliche Zufriedenheit); der Mittelwert ist ein Maß der zentralen Tendenz.
SD	Standardabweichung: durchschnittliche Abweichung der Werte von dem Mittelwert; die Standardabweichung ist ein Maß der Streuung; eine große Standardabweichung spricht für eine hohe Variation der Antworten, eine kleine Standardabweichung eher für ein einheitliches Antwortverhalten.
n	absolute Häufigkeit
%	prozentualer Anteil bzw. Häufigkeit
n _{valid}	Anzahl gültiger Antworten bei einer Frage
MIN	niedrigste gewählte Antwortkategorie (z.B. niedrigstes Alter der Studienteilnehmenden); gemeinsam mit MAX ergibt sich hieraus die Spannweite; ist diese groß, so spricht dies für eine breite Variation.
MAX	höchste gewählte Antwortkategorie (z.B. höchstes Alter der Studienteilnehmenden); gemeinsam mit MIN ergibt sich hieraus die Spannweite; ist diese groß, so spricht dies für eine breite Variation.
X ²	Ergebnis der statistischen Prüfung auf Unterschiede bei zwei dichotomen und kategorialen Variablen (z.B. Unterschiede zwischen Berufsgruppen nach Geschlecht); (X ² -verteilte) Prüfgröße, in Klammern werden anschließend die Freiheitsgrade des durchgeführten Tests angegeben; aus der Prüfgröße und den Freiheitsgraden ergibt sich das Signifikanzniveau.
F	Ergebnis der statistischen Prüfung bei zwei oder mehr Gruppen hinsichtlich einer intervallskalierten Variable (z.B. Unterschiede zwischen den Zielgruppen hinsichtlich der Zufriedenheit); (F-verteilte) Prüfgröße bei T-Test und ANOVA, in Klammern werden anschließend die Freiheitsgrade des durchgeführten Tests angegeben; aus der Prüfgröße und den Freiheitsgraden ergibt sich das Signifikanzniveau.
p	Signifikanz des durchgeführten statistischen Tests. Diese bezeichnet die Irrtumswahrscheinlichkeit, also dass von einem bedeutsamen Ergebnis ausgegangen wird, obwohl dies nicht zutrifft.

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Ergebnis wird als signifikant, also bedeutsam, berichtet, wenn der p-Wert kleiner als 0.050 ist. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass irrtümlicherweise von einem bedeutsamen Ergebnis ausgegangen wird, kleiner als 5 Prozent ist.

1.2.2 Qualitative Auswertung

Um die Interaktionsprozesse während der Beratungsgespräche erfassen und Aussagen zur Qualität der Beratung treffen zu können, wurde ein qualitativ inhaltsanalytisches Vorgehen (in Anlehnung an Kuckartz/Rädiger, 2022) gewählt. Es wurden zunächst 22 Beratungsgespräche transkribiert (in Anlehnung an Kuckartz, 2008) und anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf Personen gezogen werden konnten. Die transkribierten und anonymisierten Gesprächsprotokolle wurden dann mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet: Zunächst wurden die Gesprächsprotokolle mit Blick auf spezifische Gesprächskriterien analysiert, die von Beginn an von Interesse waren (deduktives Vorgehen), bspw. Strategien der Informationsgewinnung (offene vs. geschlossene Fragen), der Umgang mit Missverständnissen oder die Balance zwischen Konkretheit und Vorsicht beim Formulieren von Empfehlungen. Darüber hinaus wurden Themen hinzugefügt, die sich erst im Laufe des Analyseprozesses als fruchtbar und ertragreich für die Frage der Qualität von Beratungsgesprächen (induktives Vorgehen) zeigten (z.B. Vermeiden vorschneller Empfehlungen). Die generierten Themen wurden in einem nächsten Schritt zu Kategorien zusammengefasst, die sich schrittweise durch die Zuordnung der entsprechenden Gesprächssequenzen anreicherten. Aus diesem Vorgehen entwickelte sich sukzessive ein Kategoriensystem aus Oberkategorien und Unterkategorien: Mit Blick bspw. auf die Frage, wie Informationen zum vorliegenden Fall durch die Beratenden gewonnen wurden, entstand die Oberkategorie: „Strategien der Informationsgewinnung“ mit den dazugehörigen Unterkategorien: „offene Fragestellung“; „geschlossene Fragestellung“. Das beschriebene deduktive und induktive Vorgehen ermöglichte also sowohl fokussiert relevanten Themen in den Beratungsgesprächen nachzugehen als auch eine gewisse Offenheit im Analyseprozess für weitere Gesprächskriterien zu bewahren und weitere Themen zu platzieren. Für die Zusammenstellung der Ergebnisse war das aus dem beschriebenen Verfahren entwickelte Kategoriensystem grundlegend. Die Strukturierung der Ergebnisse erfolgte entlang der bereits unter „Methodischen Vorgehen“ skizzierten Indikatoren der Qualität der Beratungsgespräche.

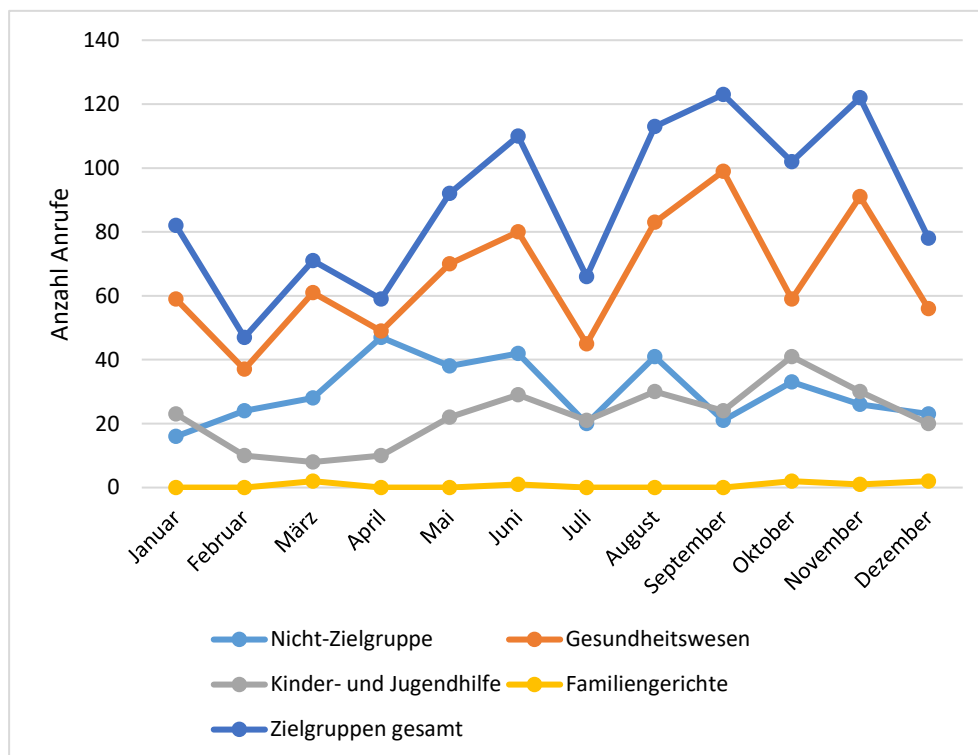
2 Nutzerdatenanalyse

2.1 Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline

Insgesamt wurden 1.424 Anrufe im Erhebungsraster für das Jahr 2022 vermerkt. Hiervon waren 1.065 Anrufe von den Zielgruppen der Medizinischen Kinderschutzhotline (74,8 Prozent), 359 Anrufe stammten von anderen Personen (25,2 Prozent; im folgenden Nicht-Zielgruppe genannt). Im Folgenden wird – soweit nicht anders angegeben – auf die Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline durch die Zielgruppen eingegangen. 74,1 Prozent der Anrufenden kamen aus dem Gesundheitswesen (n = 789), 25,2 Prozent aus der Kinder- und Jugendhilfe (n = 268) und 0,8 Prozent von Familiengerichten bzw. Berufsgruppen in familiengerichtlichen Verfahren (n = 8).

Im Vergleich zur Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline 2017 bis 2019 zeigte sich eine deutliche Zunahme der Anrufe (Miehlbradt/Kindler 2019). Wurden in der ersten Evaluation durchschnittlich 37,6 Anrufe pro Monat berichtet (ebd.), so waren es im aktuellen Evaluationszeitraum durchschnittlich 88,8 Anrufe pro Monat. Der Zuwachs ist nicht alleine durch die Hinzunahme einer weiteren Zielgruppe, nämlich der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, zu erklären. So riefen im Mittel pro Monat 65,8 Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und 22,3 Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe an. Es zeigte sich also auch im Bereich des Gesundheitswesens eine weitere deutliche Steigerung der Anrufe im Vergleich zum ersten Evaluationszeitraum.

Abb. 1: Anzahl der Anrufe über das Jahr 2022



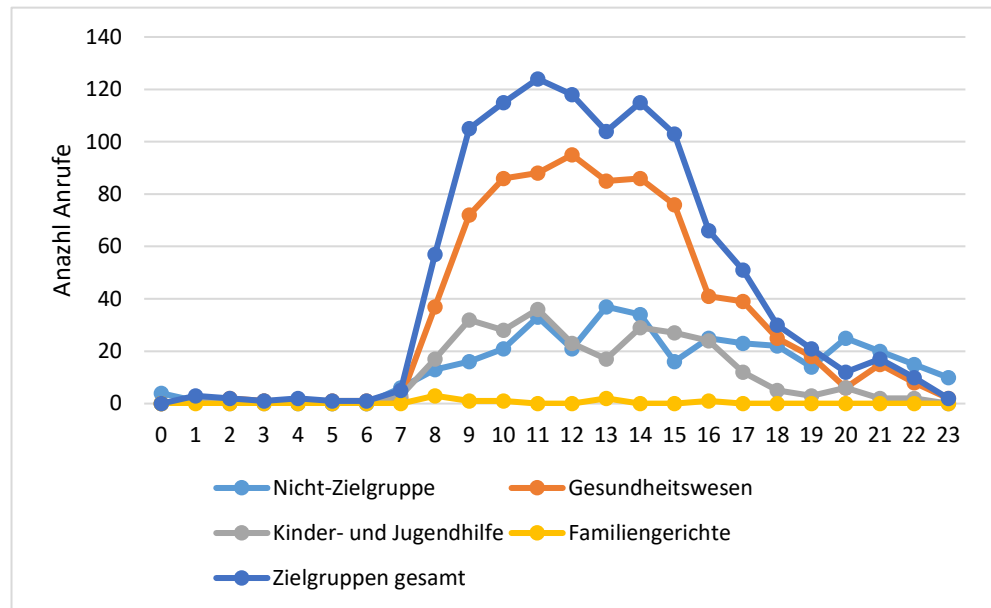
Quelle: Eigene Darstellung

In

Abb. 1 ist die Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline über das Jahr 2022 dargestellt. Es zeigte sich eine tendenzielle Zunahme der Anrufe hin zum Jahresende bei den Zielgruppen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Im Juli 2022 gab es einen Rückgang der Anzahl der Anrufe, der auch in der ersten Evaluation zu beobachten war und möglicherweise dem Umstand geschuldet ist, dass in diesem Monat in vielen Bundesländern Schulferien sind.

Für alle Zielgruppen erfolgten die Anrufe hauptsächlich im Zeitraum zwischen 8 und 17 Uhr (Gesundheitswesen: 89,4 Prozent; n = 705; Kinder- und Jugendhilfe: 91,4 Prozent; n = 245; Familiengerichte: 100 Prozent; n = 8; Nicht-Zielgruppe: 66,9 Prozent; n = 239). Bei den Zielgruppen entfielen aber immerhin 10,0 Prozent der Anrufe auf die Rand- und Nachtzeiten (n = 107; siehe **Abb. 2**). Möglicherweise handelt es sich hier um besonders dringliche Anrufe während Abend- oder Nachtdiensten oder Fälle, die die Fachkräfte noch in ihrer Freizeit beschäftigen.

Abb. 2: Uhrzeit der Anrufenden nach Zielgruppen



Quelle: Eigene Darstellung

Im Durchschnitt lag die Dauer der Beratungsgespräche bei 13,2 Minuten (SD = 8,8 Minuten; Spannweite 1 bis 67 Minuten). Es gab hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zielgruppen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe ($F(1) = 3.13; p = .077; n = 1057$).

In Bezug zu der Einwohnerzahl der einzelnen Bundesländer riefen viele Fachkräfte aus Berlin und Baden-Württemberg an (siehe **Tab. 2**). Vergleichsweise wenige Anrufe kamen aus Sachsen und Sachsen-Anhalt. Bereits in der ersten Modellphase gab es vergleichsweise viele Anruf aus Berlin und Baden-Württemberg (Miehlbradt/Kindler 2019), was möglicherweise der regionalen Bekanntheit der Medizinischen Kinderschutzhotline durch die Projektstandorte zuzuschreiben ist.

Tab. 2: Anrufe aus Bundesländern nach Zielgruppen und Anzahl der Einwohner

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerechte		Gesamt	
	n	pro Mio. Einwohner	n	pro Mio. Einwohner	n	pro Mio. Einwohner	n	pro Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	121	10,9	38	3,4	0	0,0	159	14,3
Bayern	120	9,1	22	1,7	0	0,0	142	10,8
Berlin	71	19,3	22	6,0	1	0,3	94	25,6
Brandenburg	24	9,5	5	2,0	0	0,0	29	11,4
Bremen	4	5,9	0	0,0	3	4,4	7	10,3
Hamburg	11	5,9	4	2,2	0	0,0	15	8,1
Hessen	53	8,4	22	3,5	0	0,0	75	11,9
Mecklenburg-Vorpommern	8	5,0	5	3,1	1	0,6	14	8,7
Niedersachsen	54	6,7	18	2,2	0	0,0	72	9,0
Nordrhein-Westfalen	130	7,3	53	3,0	0	0,0	183	10,2
Rheinland-Pfalz	33	8,0	9	2,2	0	0,0	42	10,2
Saarland	13	13,2	1	1,0	0	0,0	14	14,3
Sachsen	13	3,2	7	1,7	0	0,0	20	4,9
Sachsen-Anhalt	7	3,2	0	0,0	0	0,0	7	3,2
Schleswig-Holstein	19	6,5	19	6,5	0	0,0	39	13,3
Thüringen	18	8,5	3	1,4	1	0,5	22	10,4
Keine Angabe	89	-	40	-	2	-	131	-
Ausland	1	-	0	-	0	-	1	-
Gesamt	789	9,5	268	3,2	8	0,1	1065	12,8

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.2 Nutzerinnen und Nutzer

Insgesamt waren 80,6 Prozent der Anrufenden weiblich und 18,3 Prozent männlich. Bei zwölf Personen wurden keine Angaben zum Geschlecht im Erhebungsraster gemacht. Im Vergleich zwischen den Zielgruppen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe zeigten sich in Bezug auf die Geschlechterverteilung keine Unterschiede ($\chi^2(2) = 4.54; p = .104; n = 1055$; siehe **Tab. 3**). So hat sich die Geschlechterverteilung der Anrufenden seit der ersten Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline, trotz Hinzunahme weiterer Zielgruppen, nicht verändert. Auch hier waren circa 80 Prozent der Anrufenden Frauen (Miehlbradt/Kindler 2019).

Tab. 3: Geschlecht der Anrufer nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keine Angaben	6	0,8	6	2,2	0	0,0	12	1,1
Weiblich	633	80,3	217	81,3	7	87,5	857	80,6
Männlich	149	18,9	44	16,5	1	12,5	194	18,3
Gesamt	788	100	267	100	8	100	1063	100

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

Für die einzelnen Zielgruppen wurde detailliert der berufliche Hintergrund erhoben. Aus dem Gesundheitswesen riefen am häufigsten Ärztinnen und Ärzte an, gefolgt von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Mit 54,4 Prozent arbeiteten die meisten in einer niedergelassenen Praxis. Knapp 30 Prozent riefen aus Kliniken an. Im Hinblick auf den Fachbereich kamen erwartungsgemäß die meisten Anrufe aus der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapie. Es gab aber auch Anrufe aus den Fachbereichen, die primär erwachsene Patientinnen und Patienten versorgen, insbesondere der Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin (siehe **Tab. 4**). Im Vergleich zur ersten Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline (Miehlbradt/Kindler 2019) zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede bei der Verteilung über die unterschiedlichen Berufsgruppen und Arbeitssettings der Anrufer.

Tab. 4: Beruflicher Hintergrund der Anrufenden aus dem Gesundheitswesen

	n	%
Berufsgruppe (n = 789)		
Psychologische:r Psychotherapeut:in	59	7,5
Kinder- und Jugendpsychotherapeut:in	235	29,8
Psychologin/Psychologe	23	2,9
Zahnärztin/Zahnarzt	10	1,3
Ergotherapeut:in, Physiotherapeut:in, Logopädin/logopäde	50	6,3
Notfallsanitäter:in & Rettungsassistent:in	16	2,0
Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger:in / Pflegefachkraft	15	1,9
Heilerziehungspfleger:in	1	0,1
(Familien-) Hebamme	16	2,0
Medizinische Fachangestellte (MFA)	4	0,5
Ärztin/Arzt	316	40,1
Andere	41	5,2
keine Angaben	3	0,4
Setting (n = 788)		
Klinik	231	29,3
Ambulanz	43	5,5
Niedergelassen in Praxis	429	54,4
Andere	51	6,5
Rettungsdienst	27	3,4
Keine Angabe	7	0,9
Fachbereich (n = 783)		
Kinder- und Jugendmedizin	228	29,1
Kinderchirurgie	7	0,9
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	329	42,0
Psychiatrie/Psychotherapie/psychosomatische Medizin für Erwachsene	71	9,1
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	14	1,8
Chirurgie	5	0,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26	3,3
Zahnmedizin	10	1,3
Andere	82	10,5
Keine Angaben	11	1,4

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der Zielgruppe Gesundheitswesen.

Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Anrufern aus der Kinder- und Jugendhilfe (und angrenzender Bereiche) riefen mit 46,6 Prozent am häufigsten Fachkräfte an, die bei öffentlichen Trägern beschäftigt waren. Am häufigsten arbeiteten die Anrufer im Allgemeinen Sozialen Dienst an Jugendämtern. Am zweithäufigsten mit 11,2 Prozent waren Anrufer von Fachkräften aus Kindergarten oder -krippe (siehe **Tab. 5**).

Tab. 5: Beruflicher Hintergrund Anrufer aus der Kinder- und Jugendhilfe

	n	%
Träger (n = 268)		
Öffentlicher Träger	125	46,6
Freier Träger	109	40,7
Keine Angabe	34	12,7
Setting (n = 269)		
Jugendamt, Allgemeiner Sozialer Dienst	91	33,8
Insoweit erfahrene Fachkraft	13	4,8
(sozialpädagogische) Familienhilfe	19	7,1
Wohngruppe	12	4,5
Tagesgruppe	3	1,1
Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberatung	10	3,7
Suchtberatung	4	1,5
Schwangerschaftsberatung	2	0,7
Kindertageseinrichtung	30	11,2
Kindertagespflege (Tagesmutter/-vater)	1	0,4
Schulkinderbetreuung (Hort, Mittagsbetreuung, Ganztagschulen mit integrierter Betreuung)	5	1,9
Schulsozialarbeit	25	9,3
Andere	49	18,2
Keine Angabe	5	1,9

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der Zielgruppe Kinder- und Jugendhilfe.

Quelle: Eigene Darstellung

Aus der Zielgruppe Familiengericht gab es im Evaluationszeitraum lediglich acht Anrufer. Drei hiervon kamen von Richterinnen und Richtern und vier von Verfahrensbeiständen. Ein Anrufer wurde der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet.

In **Tab. 6** ist eine Auswertung zu den Anrufern enthalten, welche nicht den Zielgruppen angehörten bzw. in denen keine Besprechung eines Anliegens im Sinne des Kinderschutzes stattfand. Am häufigsten handelte es sich dabei um Personen, die

zwar ein Kinderschutzanliegen hatten, aber nicht zu den Zielgruppen der Medizinischen Kinderschutzhotline gehörten. Ein besonders hoher Anteil entfiel hierbei auf Angehörige von Betroffenen bis 18 Jahren. Diese Personen wurden bei Bedarf an andere Angebote weiterverwiesen.

Tab. 6: Anrufe jenseits der Zielgruppen

	n	%
Nicht-Zielgruppe	264	73,5
Betroffene:r bis 18 Jahre	16	4,5
Betroffene:r über 18 Jahre	3	0,8
Angehörige:r von Betroffener/Betroffenem bis 18 Jahre	124	34,5
Angehörige:r von Betroffener/Betroffenem über 18 Jahre	7	1,9
Polizei	2	0,6
Heilpraktiker:in	1	0,3
Lehrer:in	11	3,1
Sonstiges	101	28,1
Nicht ernst zu nehmender Anruf	49	13,6
Technische Probleme (z.B. keine Verbindung zustande gekommen)	46	12,8
Gesamt	359	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit der Anrufe jenseits der Zielgruppen.

Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Kenntnis über die Medizinische Kinderschutzhotline

In ungefähr der Hälfte der Anrufe trugen die Beratenden ein, wie die Anrufenden von der Medizinischen Kinderschutzhotline erfahren hatten.¹ Mit Abstand am häufigsten hatten die Anrufenden durch Kolleginnen und Kollegen von der Medizinischen Kinderschutzhotline erfahren (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

¹ Von den Anrufenden aus dem Gesundheitswesen wurden signifikant häufiger Angaben zur Informationsquelle im Erhebungsraster vermerkt als bei Anrufen aus der Kinder- und Jugendhilfe ($\chi^2(1) = 12,62; p < .001; n = 1055$).

Tab. 7: Information über Medizinische Kinderschutzhotline nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anzeige in Zeitung/Zeitschrift	7	0,9	0	0,0	0	0,0	7	0,7
Beitrag in Zeitung/Zeitschrift	19	2,4	1	0,4	0	0,0	20	1,9
Infomaterial/Werbematerial	33	4,2	8	3,0	0	0,0	41	3,9
Vortrag (z.B. auf einem Kongress)	15	1,9	1	0,4	0	0,0	16	1,5
Internetrecherche	46	5,8	17	6,4	1	12,5	64	6,0
Information durch Klinikträger	28	3,6	0	0,0	0	0,0	28	2,6
Information durch Jugendamt	4	0,5	16	6,0	0	0,0	20	1,9
Information durch Familiengericht	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Information durch Leitungsperson	33	4,2	18	6,7	0	0,0	51	4,8
Information durch Kolleg:innen	215	27,3	40	15,0	1	12,5	256	24,1
Fortbildung	38	5,4	12	5,1	1	12,5	51	5,4
Anderes	31	3,9	9	3,4	1	12,5	41	3,9
keine Angaben	338	42,9	148	55,4	4	50,0	490	46,1

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; nvalid = 1.063 mit Ausnahme Fortbildungen (nvalid = 944); Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.4 Anlass und Inhalt der Beratung

Bei mehr als der Hälfte der Anrufe war ein zentrales Anliegen der Anrufenden das eigene Schutzhandeln (z.B. „Was soll ich tun, um das Kind zu schützen?“), gefolgt von Diagnose und Dokumentation (z.B. „Wie kann ich ein Schütteltrauma diagnostizieren?“).² Im Vergleich zwischen den Zielgruppen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Anliegen der Anrufenden aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe: Anrufe aus der Kinder- und Jugendhilfe hatten häufiger ein Anliegen im Bereich der Diagnose und Dokumentation ($X^2(1) = 43.12; p < .001; n = 1057$) und häufiger Anliegen, die unter der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst wurden ($X^2(1) = 23.99; p < .001; n = 1057$). Anrufe aus dem Gesundheitswesen bezogen sich hingegen häufiger auf das eigene Schutzhandeln ($X^2(1) =$

² Beispiele für weitere Kategorien: Rechtliche Einordnung und Fragen: „Muss ich hier anzeigen?“; Einbezug von Kooperationspartnern und Informationen über Hilfen: „Kann das Jugendamt hier etwas machen? Gibt es spezifische Therapieangebote für die Probleme des Kindes?“; Kontaktgestaltung mit Eltern und Kindern: „Wie kann ich mit dem Vater sprechen?“

57.92; $p < .001$; $n = 1057$) und die Kontaktgestaltung mit Eltern und Kindern ($X^2(1) = 5.23$; $p = .022$; $n = 1057$). Keine signifikanten Unterschiede bestanden zwischen beiden Zielgruppen im Hinblick auf Anliegen zur rechtlichen Einordnung ($X^2(1) = 3.53$; $p = .060$; $n = 1057$) sowie dem Einbezug von Kooperationspartnern und Informationen über Hilfen ($X^2(1) = 0.35$; $p = .552$; $n = 1057$).

Bei den meisten Anrufen ließ sich das Beratungsanliegen einer Kategorie zuordnen. In 14,5 Prozent der Fälle ($n = 155$) hatten die Anrufenden mehrere Anliegen. Zwischen den Anrufenden aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe gab es keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Anzahl der Anliegen ($X^2(4) = 7.68$; $p = .104$; $n = 1057$).

Tab. 8: Anlass der Beratung nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnose & Dokumentation	143	18,1	101	37,7	6	75,0	250	23,5
Eigenes Schutzhandeln	499	63,2	98	36,6	0	0,0	597	56,1
Rechtliche Einordnung & Fragen	91	11,5	20	7,5	0	0,0	111	10,4
Einbezug von Kooperationspartnern & Information über Hilfen	93	11,8	28	10,4	1	12,5	122	11,5
Kontaktgestaltung mit Eltern & Kindern	77	9,8	14	5,2	2	25,0	93	8,7
Sonstige	30	3,8	32	11,9	0	0,0	62	5,8
Anzahl Anlässe								
Keiner	15	1,9	5	1,9	0	0,0	20	1,9
Einer	646	81,9	237	88,4	7	87,5	890	83,6
Zwei	102	12,9	22	8,2	1	12,5	125	11,7
Drei	21	2,7	4	1,5	0	0,0	25	2,3
Vier	5	0,6	0	0,0	0	0,0	5	0,5

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; nvalid = 1065; Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

In **Tab. 9** sind die Inhalte der Beratung für die Zielgruppen dargestellt. Diese umfassen anders als die Anliegen, die die Fragen der Anrufenden abbilden, die tatsächlichen Inhalte der Beratung, welche über die ursprünglichen Anliegen hinausgehen können. Wie bei einer Medizinischen Kinderschutzhotline zu erwarten, lag der Inhalt der Beratung zu großen Teilen bei der Besprechung von (möglichen) medizinischen Befunden. Dies ist insbesondere der Fall bei Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe. Bei Anrufenden aus dem Gesundheitswesen kamen noch deutlich häufiger Fragen zum weiteren Vorgehen im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe hinzu

sowie Informationen zur Gesprächsführung mit Eltern und Bezugspersonen. Nicht selten wurden auch rechtliche Fragen in den Beratungsgesprächen thematisiert.

Tab. 9: Inhalte der Beratung nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte	
	n	%	n	%	n	%
Befundbesprechung	217	27,5	-	-	-	-
Medizinisches Prozedere	72	9,1	-	-	-	-
Besprechung vorliegender Anhaltspunkte	-	-	72	27,0	-	-
Besprechung med. Befund	-	-	88	33,0	-	-
Besprechung weiterer med. Diagnostik/Therapie	-	-	48	18,0	-	-
Med. Gutachten/Befundbesprechung	-	-	-	-	5	62,5
Med./therapeut. Empfehlungen	-	-	-	-	2	25,0
Weiteres Vorgehen im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe	408	51,8	62	23,2	-	-
Information zur Gesprächsführung mit Eltern und anderen Bezugspersonen	196	24,9	27	10,1	-	-
Verweis auf andere Akteure im Kinderschutz	94	11,9	29	10,9	-	-
Rechtliche Fragen im Kontext § 4 KKG	59	7,5	1	0,4	-	-
Andere rechtliche Fragen	76	9,6	15	5,6	0	0,0
Dokumentation	34	4,3	5	1,9	0	0,0
Anderes	56	7,1	26	9,7	2	25,0

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; Gesundheitswesen: nvalid = 788; Kinder- und Jugendhilfe: nvalid = 267; Familiengerichte: nvalid = 8; Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.5 Fallmerkmale und Gefährdungsformen

In 94,5 Prozent der Fälle bezogen sich die Beratungen unmittelbar auf einen Fall (n = 997). Bei Anrufern aus dem Gesundheitswesen waren 95,9 Prozent der Anrufe fallbezogen (n = 749), bei Anrufern aus der Kinder- und Jugendhilfe 90,2 Prozent (n = 240) und bei Anrufern aus dem Familiengericht 100 Prozent (n = 8). Hierbei lagen deutliche Unterschiede zwischen den Zielgruppen vor ($\chi^2(1) = 12,21$; $p < .001$; n = 1047): So gab es bei den Anrufen aus der Kinder- und Jugendhilfe mit 9,8 Prozent (n = 26) signifikant mehr generelle Anfragen als bei den Anrufen aus dem Gesundheitswesen (4,1 Prozent; n = 32). Die folgende Darstellung bezieht sich nur auf Anrufe, in denen eine fallbezogene Beratung stattfand.

Im Gesundheitswesen wurde bei 78,6 Prozent der Fälle ($n = 588$; $n_{\text{valid}} = 748$) die betroffenen Kinder oder Jugendlichen durch den Anrufenden behandelt. In 12,0 Prozent der Fälle ($n = 90$; $n_{\text{valid}} = 748$) waren die Eltern oder ein Elternteil Patientin oder Patient des Anrufenden. 77,4 Prozent der Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe hatten direkten Kontakt zu den betroffenen Kindern oder Jugendlichen ($n = 185$; $n_{\text{valid}} = 239$).

2.5.1 Alter und Geschlecht der Kinder

48,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen, bezüglich derer die Anrufenden sich an die Medizinische Kinderschutzhotline wandten, waren weiblich ($n = 470$) und 39,6 Prozent männlich ($n = 387$). Bei 12,1 Prozent ($n = 118$) machten die Beratenden keine Angaben zum Geschlecht der Kinder oder Jugendlichen im Erhebungsraster, bei drei Kindern bzw. Jugendlichen (0,3 Prozent) gaben sie divers als Geschlechtszugehörigkeit an. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Anrufenden der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ($X^2(3) = 10.46$; $p = .015$; $n = 970$) und zwar dahingehend, dass bei Fällen von Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe häufiger „keine Angaben“ gemacht wurden (siehe **Tab. 10**). Im Vergleich zu den Angaben zu § 8a SGB VIII Verfahren in Jugendämtern (Statistisches Bundesamt 2022b) zeigte sich eine Tendenz hin zu mehr Mädchen als Indexfälle für fallbezogene Anrufe.

Tab. 10: Geschlecht der Kinder und Jugendlichen nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Weiblich	356	48,6	109	46,0	5	62,5	470	48,1
Männlich	299	40,8	86	36,3	2	25,0	387	39,6
Divers	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Keine Angabe	75	10,2	42	17,7	1	12,5	118	12,1
Gesamt	733	100,0	237	100,0	8	100,0	978	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

Beratungen betrafen Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen. Bezogen auf die Verteilung in der Bevölkerung waren jedoch Beratungen zu unter einjährigen Kindern überrepräsentiert. Eine vergleichbare Altersverteilung ist auch in den Statistiken zu Gefährdungseinschätzungen gemäß § 8a SGB VIII für das Jahr 2021 zu finden (Statistisches Bundesamt 2022b). Im Hinblick auf die Altersverteilung in den unterschiedlichen Zielgruppen zeigten sich signifikante Unterschiede ($X^2(8) = 45.64$; $p < .001$; $n = 983$; siehe

Tab. 11). So betrafen Fälle aus der Kinder- und Jugendhilfe häufiger Kinder im

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familien-gerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ungeborenes	11	1,5	0	0,0	0	0,0	11	1,1
< 1 Jahr	61	8,2	24	10,2	3	37,5	88	8,9
1-3 Jahre	90	12,0	39	16,5	1	12,5	130	13,1
4-6 Jahre	114	15,3	56	23,7	2	25,0	172	17,4
7-9 Jahre	90	12,0	29	12,3	1	12,5	120	12,1
10-12 Jahre	113	15,1	28	11,9	0	0,0	141	14,2
13-15 Jahre	149	19,9	23	9,7	1	12,5	173	17,5
16 Jahre und älter	98	13,1	17	7,2	0	0,0	115	11,6
Keine Angabe	21	2,8	20	8,5	0	0,0	41	4,1
Gesamt	747	100,0	236	100,0	8	100,0	991	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Alter von vier bis sechs Jahren als Fälle aus dem Gesundheitswesen. Im Gegensatz dazu riefen aus dem Gesundheitswesen im Vergleich zur Kinder- und Jugendhilfe deutlich mehr Personen wegen Jugendlichen ab 13 Jahren an. Deutlich häufiger wurde im Erhebungsraster bei Anrufen von Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe vermerkt, dass keine Angaben zum Alter gemacht wurden.

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familien-gerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ungeborenes	11	1,5	0	0,0	0	0,0	11	1,1
< 1 Jahr	61	8,2	24	10,2	3	37,5	88	8,9
1-3 Jahre	90	12,0	39	16,5	1	12,5	130	13,1
4-6 Jahre	114	15,3	56	23,7	2	25,0	172	17,4
7-9 Jahre	90	12,0	29	12,3	1	12,5	120	12,1
10-12 Jahre	113	15,1	28	11,9	0	0,0	141	14,2
13-15 Jahre	149	19,9	23	9,7	1	12,5	173	17,5
16 Jahre und älter	98	13,1	17	7,2	0	0,0	115	11,6
Keine Angabe	21	2,8	20	8,5	0	0,0	41	4,1
Gesamt	747	100,0	236	100,0	8	100,0	991	100,0

Tab. 11: Alter der Kinder und Jugendlichen nach Zielgruppen

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.5.2 Vermutete Gefährdungsform

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die vermuteten Gefährdungsformen zwischen den Anrufern aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe bei körperlicher Misshandlung ($X^2(1) = 0.91; p = .340; n = 989$) sexuellem Missbrauch ($X^2(1) = 1.18; p = .278; n = 989$) und Vernachlässigung ($X^2(1) = 2.29; p = .131; n = 989$). Lediglich psychische Misshandlung ($X^2(1) = 10.58; p = .001; n = 989$) wurde häufiger bei Fällen aus dem Gesundheitswesen vermutet. Die „Sonstiges“-Kategorie lag häufiger bei Fällen aus der Kinder- und Jugendhilfe vor ($X^2(1) = 5.46; p = .020; n = 989$). Es wurde auch deutlich häufiger keine der vier Gefährdungsformen genannt ($X^2(4) = 32.26; p < .001; n = 989$).

Im Vergleich zur ersten Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline zeigte sich eine deutliche Zunahme der Fälle mit Vernachlässigung (von 24,4 Prozent auf 33,0 Prozent) und psychischer Misshandlung (von 11,9 Prozent auf 18,8 Prozent). Diese Veränderung ist nicht auf die neue Zielgruppe zurückzuführen, denn auch bei einer ausschließlichen Betrachtung der Gefährdungsformen aus den Anrufen aus dem Gesundheitswesen zeigte sich dieses Muster.

Tab. 12: Vermutete Gefährdungsform nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Körperliche Misshandlung	204	27,2	73	30,4	3	37,5	280	28,1
Psychische Misshandlung	158	21,1	28	11,7	1	12,5	187	18,8
Sexueller Missbrauch	175	23,4	48	20,0	4	50	227	22,8
Vernachlässigung	258	34,4	70	29,2	1	12,5	329	33,0
Sonstiges ³	52	6,9	28	11,7	0	0,0	80	8,0
Anzahl Gefährdungsformen								
Keine	57	7,6	46	19,2	0	0,0	103	10,3

³ Die Beratenden konnten in einem offenen Antwortfeld die vermutete Gefährdungsform spezifizieren. Hier wurden beispielsweise 18 Fälle mit Münchhausen by Proxy/misbräuchlicher Medikamentengabe, 9 Fälle mit häusliche Gewalt und 10 Substanzabhängigkeit/Drogenexposition genannt. Auch gab es jeweils einen Anruf zu Kindesentführung, Zwangsheirat und Zwangsgedanken bezüglich eines Amoklaufes⁴.

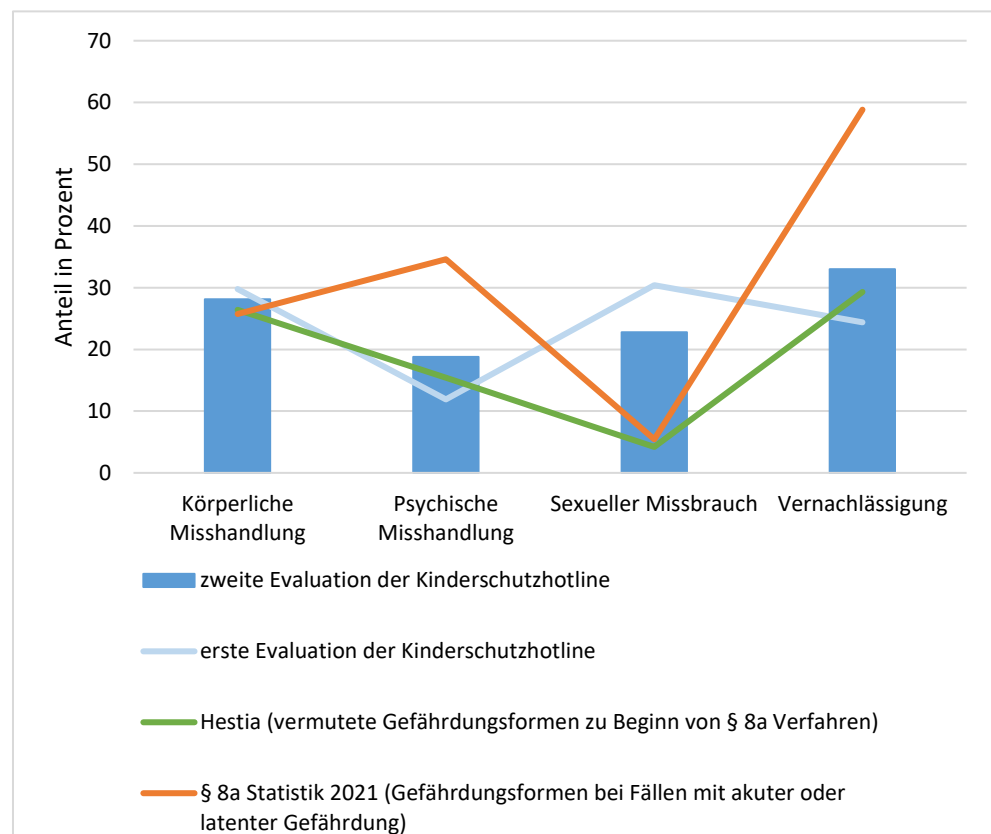
Eine	600	80,1	171	71,3	7	87,5	778	78,0
Zwei	81	10,8	22	9,2	1	12,5	104	10,4
Drei	11	1,5	0	0,0	0	0,0	11	1,1
Vier	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich mit den vermuteten Gefährdungsformen bei § 8a SGB VIII Verfahren (Witte u.a. 2022) und den festgestellten Gefährdungsformen bei § 8a SGB VIII Verfahren mit latenter oder akuter Kindeswohlgefährdung (Statistisches Bundesamt 2022a) zeigten sich deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilung (siehe **Abb. 3**). Insbesondere bei vermutetem sexuellem Missbrauch wandten sich Anrufende besonders häufig an die Medizinische Kinderschutzhotline. Dies mag an einem erhöhten Beratungsbedarf in Fällen von sexuellem Missbrauch liegen. Die Medizinische Kinderschutzhotline schließt gerade hier eine wichtige Lücke, denn im internationalen Vergleich ist die Anzahl der Fälle mit vermutetem sexuellem Missbrauch bei Verfahren zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung in Deutschland bislang überraschend niedrig (Witte u.a. 2022).

Abb. 3: Verteilung der vermuteten Gefährdungsformen im Vergleich mit § 8a SGB VIII Verfahren in Deutschland



Anmerkungen: Mehrfachnennungen bei allen Datenquellen möglich; Datenquellen: Hestia: Witte u.a. 2022; Aktenanalyse von 409 Verfahren gemäß § 8a SGB VIII aus vier Jugendämtern in einem international vergleichenden Projekt; § 8a Statistik 2021: Statistisches Bundesamt 2022a; Entscheidung über Gefährdungsform bei Verfahren mit Ausgang akute und latente Gefährdung zusammengefasst.

Quelle: Eigene Darstellung

In

Tab. 13 sind die Angaben zu den mutmaßlichen Verursacherinnen und Verursa-

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vater	327	43,7	93	38,9	3	37,5	423	42,5
Mutter	370	49,5	125	52,3	6	75,0	501	50,4
Stiefvater	14	1,9	3	1,3	0	0,0	17	1,7
Stiefmutter	4	0,5	3	1,3	0	0,0	7	0,7
Pflegemutter	3	0,4	1	0,4	0	0,0	4	0,4
Pflegevater	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Andere	106	14,2	25	10,5	2	25,0	133	13,4
Anzahl								
keine	101	13,5	58	24,3	1	12,5	160	16,1
eine	474	63,4	112	46,9	4	50,0	590	59,3
zwei	168	22,5	69	28,9	2	25,0	239	24,0
drei	5	0,7	0	0,0	1	12,5	6	0,6
Gesamt	748	100,0	239	100,0	8	100,0	995	100,0

chern der vermuteten Kindeswohlgefährdung angeführt. In allen Zielgruppen wurden am häufigsten die Eltern als Verursacherinnen und Verursacher genannt. Es zeigten sich aber keine Unterschiede zwischen den beiden Zielgruppen bezüglich der Nennung des Vaters ($X^2(1) = 1.71; p = .191; n = 987$) und der Mutter ($X^2(1) = 0.58; p = .445; n = 987$). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Anzahl der angegebenen Verursacherinnen und Verursacher ($X^2(3) = 26.04; p < .001; n = 987$): Hier trugen die Beratenden bei Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe häufiger keine Verursacherin oder keinen Verursacher ein. Wenn Verursacherinnen oder Verursacher genannt werden, dann werden bei Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe häufiger zwei Verursacherinnen und Verursacher genannt.

	Gesundheitswesen	Kinder- und Jugendhilfe	Familiengerichte	Gesamt
--	------------------	-------------------------	------------------	--------

	n	%	n	%	n	%	n	%
Vater	327	43,7	93	38,9	3	37,5	423	42,5
Mutter	370	49,5	125	52,3	6	75,0	501	50,4
Stiefvater	14	1,9	3	1,3	0	0,0	17	1,7
Stiefmutter	4	0,5	3	1,3	0	0,0	7	0,7
Pflegemutter	3	0,4	1	0,4	0	0,0	4	0,4
Pflegevater	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Andere	106	14,2	25	10,5	2	25,0	133	13,4
Anzahl								
keine	101	13,5	58	24,3	1	12,5	160	16,1
eine	474	63,4	112	46,9	4	50,0	590	59,3
zwei	168	22,5	69	28,9	2	25,0	239	24,0
drei	5	0,7	0	0,0	1	12,5	6	0,6
Gesamt	748	100,0	239	100,0	8	100,0	995	100,0

Tab. 13: Mutmaßliche Verursacherinnen und Verursacher nach Zielgruppe

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; Vater: leibliche Väter, Adoptivväter; Mütter: leibliche Mütter, Adoptivmütter; Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.5.3 Stand der Fallbearbeitung zum Zeitpunkt des Anrufs

In einem Drittel der Fälle lag zum Zeitpunkt der Beratung bereits ein Befund, Gutachten, Geständnis, Urteil oder Ähnliches vor. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Zielgruppen ($X^2(2) = 21.43; p < .001; n = 974$): Bei Anrufen aus der Kinder- und Jugendhilfe gab es häufiger bereits einen Befund, Gutachten, Urteil oder Ähnliches als bei Anrufen aus dem Gesundheitswesen. Es wurde aber auch häufiger von den Beratenden bei Anrufen aus der Kinder- und Jugendhilfeeingegeben, dass keine Angaben zum Vorliegen von Befunden und Ähnlichem gemacht wurden.

Tab. 14: Vorliegen von Befunden, Gutachten, Geständnissen, Urteilen, etc. zum Fall nach Zielgruppe

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	238	32,2	95	40,4	4	50,0	337	34,3
Nein, ausschließlich Verdacht	464	62,8	113	48,1	2	25,0	579	59,0
Keine Angabe	37	5,0	27	11,5	2	25,0	66	6,7
Gesamt	739	100,0	235	100,0	8	100,0	982	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

Wurden Angaben zum Vorliegen von Befunden gemacht, wurde für die Zielgruppen aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe erhoben, inwieweit es sich bei dem Fall um eine zugespitzte Risikolage handelte. In 28,7 Prozent der Fälle (n = 215) wurde dies von den Beratenden bejaht. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Zielgruppen ($X^2(2) = 1,17; p = .557; n = 749$). Die von den Anrufenden angeführten Verdachtsmomente sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tab. 15: Verdachtsmomente nach Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte	
	n	%	n	%	n	%
Inkongruente Anamnese	20	2,8	-	-	-	-
Zufallsbefunde und mehrzeitig entstandene Verletzungen	21	3,0	-	-	-	-
Verletzungen sind nicht altersstypisch	37	5,3	-	-	-	-
Verzögerte ärztliche Vorstellung	20	2,8	-	-	0	0,0
verdächtige Verletzungen	-	-	14	6,7	-	-
Medizinischer Befund	-	-	18	8,7	-	-
Verletzung/gesundheitliche Beeinträchtigung des Kindes deuten auf Gefährdung hin	-	-	-	-	2	33,3
Häufige Arztwechsel oder Vorstellung in verschiedenen Praxen/Ambulanzen/Kliniken	10	1,4	0	0,0	-	-
Auffälliges Verhalten der Eltern/schwere Erkrankung Eltern	138	19,7	16	7,7	0	0,0
Auffälliges Verhalten des Kindes	86	12,3	26	12,5	1	16,7

Auffällige Interaktion Kind/Bezugsperson	14	2,0	1	0,5	0	0,0
Psychosoziale Situation der Familie	121	17,2	9	4,3	0	0,0
Begleitperson äußert Verdacht	81	11,5	7	3,4	-	-
Betroffene:r äußert Misshandlung selbst	199	28,3	18	8,7	-	-
Abklärung von Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch als Vorstellungsanlass, z.B. auf Veranlassung des Jugendamts	9	1,3	-	-	-	-
Polizeieinsatz (z.B. häusliche Gewalt)	-	-	-	-	0	0,0
Strafverfahren gegen einen Elternteil	-	-	-	-	0	0,0
Vermüllte Wohnung, abgestellter Strom, sehr prekäre materielle Situation	-	-	-	-	0	0,0
Anderes	58	8,3	18	8,7	1	16,7
Keine Angabe	17	2,4	5	2,4	0	0,0

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

49,8 Prozent der Anrufenden (n = 451) hatten zum Zeitpunkt des Anrufs noch nicht die (vermutete) Kindeswohlgefährdung mit den Personensorgeberechtigten thematisiert. Insgesamt hatten die Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe signifikant häufiger bereits die (vermutete) Kindeswohlgefährdung mit den Personensorgeberechtigten thematisiert als die Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen ($X^2(2) = 22.11; p < .001; n = 979$).

Tab. 16: Thematisierung der (vermuteten) Kindeswohlgefährdung mit den Personensorgeberechtigten nach Zielgruppe

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Ja	326	43,6	125	53,9	451	46,1
Nein	399	53,4	89	38,4	488	49,8
Keine Angaben	22	2,9	18	7,8	40	4,1
Gesamt	747	100,0	232	100,0	979	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.5.4 In den Fall involvierte Hilfssysteme und Kooperationspartner

Bei 37,5 Prozent der Fälle war die Familie bereits dem Jugendamt bekannt. Fälle von Anrufern aus der Kinder- und Jugendhilfe waren naturgemäß signifikant häufiger dem Jugendamt bekannt, da ja viele Anrufe von Jugendämtern kamen, als dies bei Fällen von Anrufern aus dem Gesundheitswesen der Fall war ($X^2(3) = 46.26; p < .001; n = 977$). Anrufer aus dem Gesundheitswesen wussten signifikant häufiger nicht, ob die Familie bereits dem Jugendamt bekannt war (siehe **Tab. 17**).

Tab. 17: Jugendamtsbekannte Familie nach Zielgruppe

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	236	31,6	127	55,2	6	75,0	369	37,5
Nein	284	38,0	57	24,8	1	12,5	342	34,7
Weiß nicht	191	25,6	32	13,9	1	12,5	224	22,7
Keine Angaben	36	4,8	14	6,1	0	0,0	50	5,1
Gesamt	747	100,0	230	100,0	8	100,0	985	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

In 19,1 Prozent der Fälle aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe wurde bereits Kontakt zu anderen medizinischen Akteuren aufgenommen ($n = 189$). Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Zielgruppen ($X^2(2) = 1.30; p = .523; n = 975$). Bei den Fällen, welche von Fachkräften aus dem Familiengericht vorgebracht wurden, war bei vier von acht Fällen (50,0 Prozent) eine Einschätzung aus dem Gesundheitsbereich eingeholt worden.

Insgesamt hatten die Mehrzahl der Anrufer aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe noch keinen direkten Kontakt zu anderen Akteuren des Kinderschutzes. Stammen Anrufe nicht von Jugendämtern selbst, gab es nur in wenigen Fällen bereits einen Kontakt mit dem Jugendamt bezüglich einer Gefährdungsmeldung. Hier bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Anrufern aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ($X^2(2) = 3.60; p = .166; n = 141$; siehe

Tab. 18).

Tab. 18: Kontakt mit anderen Akteuren des Kinderschutzes nach Zielgruppe

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Ja, davon Information Jugendamt	101	13,6	40	17,1	141	14,4
ja	50	6,7	24	10,3	74	7,6
nein	46	6,2	11	4,7	57	5,8
keine Angaben	6	0,8	4	1,7	10	1,0
Nein	632	84,9	103	44,0	735	75,2
Nein, Jugendamt ruft selbst an	-	-	82	35,0	82	8,4
Keine Angaben	11	1,5	9	3,8	20	2,0
Gesamt	744	100,0	234	100,0	978	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

In Tabelle 18 sind für die Anrufenden aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe die Gründe aufgeführt, warum sie bisher keinen Kontakt zu anderen Akteuren des Kinderschutzes aufgenommen haben. Mit 47,8 Prozent wurden Unklarheiten bezüglich des weiteren Vorgehens am häufigsten genannt ($n = 351$), gefolgt von bislang als unzureichend eingeschätzten Anhaltspunkten mit 20,4 Prozent ($n = 150$). Unterschiede zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen zeigten sich lediglich in Bezug auf Bedenken bezüglich der Schweigepflicht ($X^2(1) = 18.65; p < .001; n = 735$): Dies gaben Fachkräfte aus dem Gesundheitswesens deutlich häufiger als Grund für eine nicht erfolgte Kontaktaufnahme an als Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe.⁴

⁴ Ergebnisse der Signifikanzprüfung für andere Gründe: Unzureichende Anhaltspunkte: $X^2(1) = 0.62; p = .432; n = 735$; Unsicherheit bei der Gesprächsführung: $X^2(1) = 0.96; p = .328; n = 735$; Unklarheiten bzgl. weiterem Vorgehen: $X^2(1) = 1.05; p = .306; n = 735$; Unklarer Ansprechpartner: $X^2(1) = 0.51; p = .475; n = 735$; Sorge um das Kindeswohl: $X^2(1) = 0.82; p = .365; n = 735$; Sorge das Vertrauen der Familie/des Kindes/Jugendlichen zu verlieren: $X^2(1) = 0.04; p = .838; n = 735$; Sonstiges: $X^2(1) = 0.03; p = .863; n = 735$.

Tab. 19: Gründe für keinen Kontakt mit anderen Akteuren des Kinderschutzes nach Zielgruppe

	Gesundheitswesen (n = 632)		Kinder- und Jugendhilfe (n = 96)		Gesamt (n = 735)	
	n	%	n	%	n	%
Unzureichende Anhaltspunkte	126	19,9	24	23,3	150	20,4
Unsicherheit bei der Gesprächsführung	16	2,5	1	1,0	17	2,3
Unklarheiten bzgl. weiterem Vorgehen	297	47,0	54	52,4	351	47,8
Schweigepflicht	99	15,7	0	0,0	99	13,5
Unklarer Ansprechpartner	7	1,1	2	1,9	9	1,2
Sorge um das Kindeswohl	5	0,8	0	0,0	5	0,7
Sorge das Vertrauen der Familie/des Kindes/Jugendlichen zu verlieren	22	3,5	4	3,9	26	3,5
Sonstiges	82	13,0	14	13,6	96	13,1

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller Anrufenden in der Gesamtstichprobe bzw. den unterschiedlichen Zielgruppen, welche keinen Kontakt zu anderen Akteuren im Kinderschutz hatten.

Quelle: Eigene Darstellung

2.6 Rückmeldung der Anrufenden

86,2 Prozent der Anrufenden schätzten die Beratung durch die Medizinische Kinderschutzhotline als sehr hilfreich ein, 12,0 Prozent als hilfreich (siehe **Tab. 20**). Lediglich 17 Anrufende (1,8 Prozent) gaben an, dass sie die Beratung als eher nicht hilfreich oder überhaupt nicht hilfreich wahrgenommen haben. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Anrufenden aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ($X^2(3) = 13.02; p = .005; n = 942$). Anrufende aus der Kinder- und Jugendhilfe schätzten die Beratung als weniger hilfreich ein. Dennoch gaben nur 3,8 Prozent der Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe an, dass sie die Beratung als eher nicht hilfreich erlebt hatten.

Tab. 20: Einschätzung der Nützlichkeit für die Fallbearbeitung nach Zielgruppe

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sehr hilfreich	621	87,7	191	81,6	7	87,5	819	86,2
Eher hilfreich	79	11,2	34	14,5	1	12,5	114	12,0
Eher nicht hilfreich	6	0,8	9	3,8	0	0,0	15	1,6
Überhaupt nicht hilfreich	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,2
gesamt	708	100,0	234	100,0	8	100,0	950	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe

Quelle: Eigene Darstellung

Am Ende der Beratung wurden die Anrufenden auch gefragt, wobei ihnen die Beratung in der Medizinischen Kinderschutzhotline konkret geholfen hat. Die Antworten wurden dann von den Beratenden den in Tab. 21 angeführten Kategorien zugeordnet, wobei immer nur eine der Kategorien ausgewählt werden konnte. Insgesamt zeigte sich, dass fast alle Anrufenden einen Nutzen in einem bestimmten Bereich berichteten. Lediglich 22 Personen (2,2 Prozent) gaben an, dass der Nutzen für sie fraglich sei oder die Beratung nicht als hilfreich erlebt wurde. Entsprechende Antworten wurden etwas häufiger von Anrufenden aus der Kinder- und Jugendhilfe gegeben. Der Vergleich zwischen Anrufenden aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe zeigte ansonsten signifikante Unterschiede in folgenden Bereichen ($X^2(16) = 79.18; p < .001; n = 1028$): Mehr Wissenszuwachs wurde von den Anrufenden der Kinder- und Jugendhilfe berichtet, mehr Zugewinn an Handlungssicherheit von den Anrufenden aus dem Gesundheitswesen.

Tab. 21: Konkrete Hilfestellung durch Beratung nach Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familiengerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wissenszuwachs	153	19,9	91	36,1	4	50,0	248	24,1
Handlungssicherheit	399	52,0	63	25,0	3	37,5	465	45,2
Veränderung des Vorgehens	74	9,6	26	10,3	1	12,5	101	9,8
Emotionale Entlastung	57	7,4	25	9,9	0	0,0	82	8,0
Klärung der eigenen Rolle als Fachkraft	16	2,1	8	3,2	0	0,0	24	2,3
Anderes	3	0,4	4	1,6	0	0,0	7	0,7
Nutzen fraglich	5	0,7	11	4,4	0	0,0	16	1,6
Beratung war nicht hilfreich	4	0,5	2	0,8	0	0,0	6	0,6
Keine Angabe	57	7,4	22	8,7	0	0,0	79	7,7
gesamt	768	100,0	252	100,0	8	100,0	1028	100,0

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

2.7 Einschätzung durch die Beratenden

Die Beratenden schätzten die Qualität der Beratungsgespräche insgesamt als sehr hoch ein (siehe **Tab. 22**; zutreffend und sehr zutreffend): 90,2 Prozent hatten den Eindruck, dass sie der bzw. dem Anrufenden helfen konnten ($n = 946$), 84,3 Prozent hatten den Eindruck, dass der bzw. die Anrufende neue Erkenntnisse gewonnen hatte ($n = 887$), 85,1 Prozent hatten den Eindruck, dass der bzw. die Anrufende sich jetzt besser fühlt ($n = 889$), und 85,4 Prozent hatten den Eindruck, dass der bzw. die Anrufende die Probleme nun besser bewältigen kann, wegen derer sie bzw.er angerufen hat ($n = 891$). Insgesamt zeigten sich zwischen den Zielgruppen signifikante Unterschiede und zwar dahingehend, dass die Gespräche mit Anrufernden aus dem Gesundheitswesen mit einer etwas höheren Qualität bewertet wurden als diejenigen mit Anrufernden aus der Kinder- und Jugendhilfe.⁵

⁵ Eindruck, konnte helfen: $F(1) = 15,6$; $p < .001$; $n = 1041$; Eindruck, konnte neue Erkenntnisse vermitteln: $F(1) = 10,1$; $p = .002$; $n = 1044$; Eindruck, anrufende Fachkraft fühlt sich besser: $F(1) = 9,1$; $p = .003$; $n = 1037$; Eindruck, anrufende Fachkraft kann Problem besser bewältigen: $F(1) = 7,4$; $p = .007$; $n = 1035$.

Tab. 22: Einschätzung Beratungsqualität durch Beratende nach Zielgruppen

Einzelne Qualitätskriterien	n	M	SD	MIN	MAX
Ich habe den Eindruck, dass ich der bzw. dem Anrufenden helfen konnte.					
Gesundheitswesen	779	5,5	0,7	2	6
Kinder- und Jugendhilfe	262	5,3	1,0	2	6
Familiengerichte	8	5,5	0,5	5	6
Gesamt	1049	5,4	0,8	2	6
Ich habe den Eindruck, dass der bzw. die Anrufende neue Erkenntnisse gewonnen hat.					
Gesundheitswesen	782	5,4	0,8	2	6
Kinder- und Jugendhilfe	262	5,2	1,0	2	6
Familiengerichte	8	5,4	0,7	4	6
Gesamt	1052	5,3	0,8	2	6
Ich habe den Eindruck, dass sich der:die Anrufende sich besser fühlt.					
Gesundheitswesen	778	5,4	0,8	2	6
Kinder- und Jugendhilfe	259	5,2	1,0	2	6
Familiengerichte	8	5,5	0,5	5	6
Gesamt	1045	5,3	0,9	2	6
Ich habe den Eindruck, dass der bzw. die Anrufende das/die Problem(e) bewältigen kann, wegen dem bzw. deretwegen er bzw. sie angerufen hat.					
Gesundheitswesen	777	5,4	0,8	2	6
Kinder- und Jugendhilfe	258	5,2	1,0	2	6
Familiengerichte	8	5,1	1,4	2	6
Gesamt	1043	5,3	0,9	2	6

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe; n: Anzahl Personen, welche Frage beantwortet haben; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; MIN: kleinster angegebener Wert; MAX: größter angegebener Wert.

Quelle: Eigene Darstellung

Die Beratenden nahmen auch zu eventuellen Herausforderungen und Barrieren bei der Beratung, zu fehlenden Kompetenzen und zu ihrer eigenen emotionalen Belastung Stellung.

In 17,0 Prozent der Fälle gaben die Beratenden an, dass es im Gespräch zu Herausforderungen oder Barrieren kam ($n = 178$). Mit 24,9 Prozent ($n = 65$) wurden bei einer Beratung von Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe signifikant häufiger Herausforderungen und Probleme berichtet als bei der Beratung von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen (14,2 Prozent; $n = 110$; $X^2(1) = 15.96$; $p < .001$; n

= 1036). In Tab. 23 sind die Angaben zur genaueren Beschreibung der Herausforderungen und Barrieren dargestellt.

Unterschiede zwischen den Zielgruppen in den berichteten Herausforderungen und Barrieren gab es im Hinblick auf eine fehlende Zuständigkeit der Medizinischen Kinderschutzhotline. Dies wurde signifikant häufiger in Bezug auf Anrufende aus der Kinder- und Jugendhilfe berichtet ($X^2(1) = 13.94; p < .001; n = 175$). Im Bereich „andere Herausforderungen“ wurden die offenen Antworten der Beratenden durch das Evaluationsteam rekodiert. Hier zeigte sich, dass insbesondere eine emotionale Belastung der Anrufenden bzw. eine schwierige Kommunikation als Herausforderung angegeben wurden. Dies war häufiger der Fall bei Anrufenden aus dem Gesundheitswesen als bei Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe ($X^2(1) = 4.56; p = .033; n = 175$).⁶

Tab. 23: Herausforderungen und Barrieren Zielgruppen

	Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe		Familien-gerichte		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Berufsbedingt unterschiedliche Sprache/Begrifflichkeiten	0	0	0	0	0	0	0	0
Fehlendes Fachwissen Anrufende	7	6,4	3	4,6	1	33,3	11	6,2
Fehlendes Fachwissen Berater:in	19	17,3	8	12,3	1	33,3	28	15,7
Anliegen nicht im Zuständigkeitsbereich der Hotline	15	13,6	34	52,3	0	0,0	49	27,5
Zu wenig Informationen zum Fall	13	11,8	11	16,9	3	100	27	15,2
Anderes	57	51,8	15	23,1	0	0,0	72	40,4

Anmerkungen: Prozentangaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit in der jeweiligen Zielgruppe bzw. in der Gesamtstichprobe.

Quelle: Eigene Darstellung

Bei 6,0 Prozent der Beratungen gaben die Beratenden an, dass sie sich zusätzliches Wissen oder zusätzliche Kompetenzen gewünscht hätten ($n = 63$). Es gab an dieser Stelle keinen signifikanten Unterschied zwischen Anrufen von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen und aus der Kinder- und Jugendhilfe ($X^2(1) = 1.03; p = .310; n = 1039$). In den 63 Fällen, bei denen sich die Beratenden zusätzliches Wissen oder zusätzliche Kompetenzen wünschten, wurde in 30,2 Prozent der Wunsch nach Wissen in Bezug auf rechtliche Fragen genannt ($n = 19$). In 28,6 Prozent wurde de-

⁶ Teststatistik für nicht-signifikante Ergebnisse: fehlendes Fachwissen Berater:in: $X^2(1) = 0.77; p = .380; n = 175$; zu wenig Information zum Fall: $X^2(1) = 0.90; p = .343; n = 175$

Wunsch nach Wissen zum Gesundheitswesen geäußert ($n = 18$). Mehr Beratungskompetenz hätten sich die Beratenden in 17,5 Prozent der Fälle gewünscht ($n = 11$).⁷

In der Mehrzahl der Fälle berichteten die Beratenden von keinen Schwierigkeiten im Rahmen der Beratungsgespräche (85,6 Prozent; $n = 910$). In den Fällen, in denen Schwierigkeiten berichtet wurden, wurden begrenzte Handlungsmöglichkeiten des Anrufenden mit 4,5 Prozent ($n = 48$) am häufigsten genannt nachgefolgt von Anrufen zu sehr spezifischen Themen (2,4 Prozent; $n = 25$), Anrufenden, welche sehr festgelegt waren auf eine bestimmte Lösung, die aber nicht von den Beratenden nachvollziehbar war (2,0 Prozent; $n = 20$) und Anrufen mit sehr vagen Hinweisen, aber einem nicht auszuschließenden Restrisiko (1,2 Prozent; $n = 13$).

In 21 Fällen (2,0 Prozent) berichteten die Beraterinnen und Berater von einer eignen emotionalen Belastung durch den Anruf. Es lag kein signifikanter Unterschied zwischen den Zielgruppen vor ($X^2(1) = 1.11$; $p = .291$; $n = 1034$).

Kontakt zum Hintergrunddienst nahmen die Beratenden in 32 Fällen (3,0 Prozent) auf. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Anrufen von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und Anrufen aus dem Gesundheitswesen ($X^2(1) = 1.84$; $p = .175$; $n = 1045$). Bei dem Bedarf an Nachbesprechungen des Falls zeigte sich ein ähnliches Bild: Diese wurde in 3,0 Prozent der Fälle ($n = 32$) gewünscht und es gab keine Unterschiede zwischen den Zielgruppen ($X^2(1) = 0.05$; $p = .828$; $n = 1045$).

⁷ Weitere Häufigkeiten: Wissen im Kontext Jugendhilfe: 12,7 Prozent; $n = 8$; Wissen im Kontext Familiengericht: 3,2 Prozent; $n = 2$; Kompetenzen in Gesprächsführung: 1,6 Prozent; $n = 1$; anderes Wissen: 25,4 Prozent; $n = 16$; andere Kompetenz: 15,9 Prozent; $n = 10$.

3 Qualitative Auswertung der Gesprächsprotokolle

3.1 Techniken zur Gewinnung von Informationen von den Anrufenden (offene vs. geschlossene Fragen)

Ein erster möglicher Indikator für die Qualität einer Fallberatung ist das Verhältnis von offenen zu geschlossenen Fragen der Beratungsperson sowie deren Abfolge. Eine Beratung soll den Anrufenden ermöglichen, ihre Anliegen zu formulieren und eine als problematisch erlebte Fallsituation aus ihrer Sicht beschreiben zu können. Offene Fragen sind hierfür besonders geeignet. Gleichzeitig dient die Medizinische Kinderschutzhotline dem Abruf von Fachwissen und der Erhöhung von Handlungssicherheit bei den Anrufenden. Dafür muss die Beratungsperson sicher sein, dass sie Angaben richtig verstanden hat und einordnen kann. Gegebenenfalls müssen auch Hypothesen der Beratungsperson durch gezielte Nachfragen verifiziert oder falsifiziert werden. Geschlossene Fragen, die prinzipiell mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können, bieten sich hierfür an. Sowohl offene als auch geschlossene Fragen haben daher einen Platz in einer qualitativ guten Fallberatung und sollten beide vorkommen, offene Fragen vor allem in der Anfangsphase des Beratungsgesprächs.

In den analysierten Telefonmitschnitten zählten geschlossene Fragen zu den häufigsten Techniken der Beraterinnen und Berater um relevante Informationen zum vorliegenden Fall zu erhalten, Verständnis zu sichern und Hypothesen zu überprüfen. Konkret wurden in den 22 analysierten Gesprächsprotokollen insgesamt 71 geschlossene Fragen gefunden. Im Vergleich dazu formulierten die Beraterinnen und Berater 39 Fragen offen.

Viele der geschlossenen Nachfragen dienten dazu im Laufe des Gesprächs spezifische Fallmerkmale oder Bearbeitungsstände im Fall zu erfragen oder das bisher durch die Bearbeitungsperson erreichte Verständnis abzusichern. Der folgende Gesprächswechsel entstand in einer Beratung, in der es inhaltlich um einen Jungen im Grundschulalter ging, der sich in der Nachmittagsbetreuung auffällig verhielt, indem er wiederholt kleine Hilfe-Nachrichten auf Zettel notierte. Der folgende Ausschnitt entstand zu Beginn des Gesprächs nach einer kurzen persönlichen Vorstellung des Anrufers.

„B: Ah, ok. Darf ich nochmal zum Verständnis fragen, also das ist ein Wohnheim in dem Sie arbeiten, oder?“

A: Nee, wir sind ein Bildungsträger, der Tagesange-, also Nachmittagsangebote macht.

B: Für Kinder sozusagen?

A: Ja! Genau.“

(Transkript 6, Pos. 4-8)

Die Informationsgewinnung der Beraterin war in dieser Sequenz geprägt durch eine geschlossen formulierte Verständnisfrage, die sich auf die vorhergehende kurze

Vorstellung des Anrufers bezog. Die Rückfrage zum beruflichen Setting des Anrufers („also das ist ein Wohnheim in dem Sie arbeiten, oder?“) führte hier zu einer Verneinung und kurzen Richtigstellung durch den Anrufer („Nee, wir sind ein Bildungsträger“). Die daraufhin vergewissernde Nachfrage, an wen sich das angesprochene Angebot richtet („Für Kinder sozusagen?“), wird mit einer Bestätigung beantwortet.

Im folgenden Ausschnitt wird eine ähnliche Gesprächsdynamik deutlich. Hierbei bezog sich das Gespräch auf spezifische Fallinformationen und auf die Vorgeschichte des Falls. Das Gespräch war inhaltlich gerahmt von der Frage der Anruferin, ob der Drogenkonsum während der Schwangerschaft im Fall Auswirkungen auf die Gesundheit des mittlerweile zur Welt gekommenen Kindes habe:

„B: Aber im Endeffekt kann es sich auf alle Organe auswirken. Wissen Sie denn, ist sie nach der Geburt in der Klinik gewesen, wissen Sie das?

A: Ja, genau, also in einer Klinik ist sie gewesen und die Klinik hatte sich daraufhin an uns gewendet, weil das Kind auf jeden Fall schon Entzugserscheinungen dann hatte.“

(Transkript 18, Pos. 19-21)

In diesem Dialog zwischen Anruferin und Berater wurde eine geschlossene Detailfrage in Bezug auf den bisherigen Fallverlauf gestellt. Es wurde hierbei nicht nur die Frage bestätigt, sondern auch weitere Informationen zum weiteren Verlauf gegeben („die Klinik hatte sich daraufhin an uns gewendet, weil das Kind auf jeden Fall schon Entzugserscheinungen dann hatte“). Diese Gesprächsdynamik steht stellvertretend für viele Dialoge zwischen Beraterinnen bzw. Berater und Anruferinnen bzw. Anrufer: Viele zunächst zugespitzte und pointierte Fragestellungen der Beraterinnen und Berater, die auf eine kurze Bestätigung oder Verneinung ausgerichtet sind, werden durch die Anruferinnen und Anrufer in moderatem Umfang mit weiteren Informationen und Details zum Fall beantwortet. Die Anruferinnen und Anrufer bemühen sich hier aktiv um ein möglichst gutes Verständnis der Fallsituation durch die Beratungspersonen und geben daher zusätzliche Informationen oder erinnern an Informationen, die die Beratungsperson bislang nicht aufgenommen hat, so etwa im dritten Textbeispiel, in dem die Beraterin zunächst zielgerichtet mögliche Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung abprüft und dabei von der anrufenden Person an einen bereits geschilderten Fallumstand erinnert wird. Das Gespräch bezog sich auf einen Jungen in der Nachmittagsbetreuung, der auf Zetteln kleine Hilfe-Nachrichten hinterließ (ein anderer Ausschnitt zu diesem Gespräch wurde bereits in diesem Kapitel analysiert).

„I: Ok. Haben Sie denn jemals irgendwie so Auffälligkeiten jetzt so von irgendwie vermehrt blaue Flecke oder irgendwas bei den Kindern gesehen? Ist da mal irgendwas aufgefallen?

B: Nee! Gar nicht.

I: Dass sie Verletzungen haben? Gar nicht, ok, mhm. Also das heißt, der einzige Anhaltspunkt ist eigentlich so diese so ein bisschen schwammige Aussage von dem Jungen so, ne?

B: Ja, und dieser Zettel, ne?

I: Genau, und dieser Zettel, wo ja nicht konkret was drauf stand, nur also, das drückt ja eher aus, dass der wirklich unter Druck zu sein scheint, ne, wenn er Ihnen so was da lässt und weiß, dass Sie das auch angucken und so.

B: Auf jeden Fall, ja.“

(Transkript 6, Pos. 57-62)

In diesem wie in den sonstigen Gesprächsausschnitten mit geschlossenen Fragen erschien diese überwiegend in ihren kommunikativen Absichten, wie etwa Absicherung, gezielte Erweiterung der Information zum Fall oder Abfrage verschiedener Möglichkeiten gut nachvollziehbar und zielführend.

Offen gestellte Fragen (W-Fragen) erfordern im Gegensatz dazu eine umfangreichere Beantwortung und ermöglichen dementsprechend weiterführende Informationen und tiefere Einblicke in den Fall durch die Antworten der Anruferinnen und Anrufer. Offene Fragen wurde von den Beraterinnen und Beratern gezielt eingesetzt, um sich einen schnellen und besseren Eindruck vom vorliegenden Fall zu verschaffen und die dafür notwendigen Informationen durch eine komplexere Beantwortung der Frage zu gewinnen. Daraus resultierten oftmals ein tieferes Fallverständnis und ein besserer Überblick zum Fall insgesamt, was sich auch in der späteren Formulierung der Empfehlung widerspiegelte:

Der folgende Gesprächsausschnitt aus einem Anruf von einer Familienhelferin, die Fragen zum Entwicklungsstand von dreijährigen Drillingen hat, untermauert dies exemplarisch:

„B: Was können die Kinder denn überhaupt? Inwiefern sind sie denn entwicklungsverzögert?

A: Also die sind (.) ja in allen Bereichen. Also feinmotorisch, grobmotorisch, die spielen nicht altersgemäß, die sprechen eben nicht altersgemäß. Und weil sie eben gar keine Förderung kriegen. Also die Mama beschäftigt sich nicht mit ihren Kindern. Die Mama hat das Handy in der Hand und die Kinder sind sich selbst überlassen. Und die sind ja zu dritt, also haben die so ihre eigene Dynamik entwickelt miteinander. Und das ist meistens natürlich Spielsachen einander wegnehmen und dann eben auch kaputt machen. Aber es findet kein Spiel statt in dem Sinne.

B: Und ist das auch der Grund, warum Sie in der Familie drin sind, oder was ist der Grund?

A: Ja, ja, also, es gab, der Kindergarten hat auch eine Kindeswohlgefährdung bereits gemeldet. Weil sie eben die Mutter auch so gesehen haben, wie sie die Kinder schlägt. Dass sie schlägt ist bekannt. Wobei das natürlich auch für Nigeria eine normale Erziehungsmethode ist, ist natürlich klar. Aber sie weiß, dass man in Deutschland nicht schlagen darf, dass es Gesetze dagegen gibt. Aber sie ist halt so groß worden und deshalb macht sie es halt auch.“

(Transkript 2_Tonaufnahme_35246, Pos. 15-18)

Die gezielten und gleichzeitig offen gewählten Fragen nach den beobachteten Kriterien des Entwicklungsstands der Kinder bzw. einer möglichen Entwicklungsverzögerung führen also dazu, dass die Anruferin dezidiert Informationen über die unterschiedlichen Fähigkeiten gibt und darüber hinaus das Spielverhalten und die Beziehung zwischen der Mutter und ihren Kindern beschreibt. Durch die Befragung der Gründe, warum die Anruferin in der Familie eingesetzt ist, werden weitere Informationen expliziert: Hier schildert die Anruferin die Meldung einer Kindeswohlgefährdung durch den Kindergarten, da die Kinder von der Mutter geschlagen würden. Dies führt die Anruferin auf den Kulturkreis der Mutter zurück. Die beiden

offen formulierten Fragen führen also zu wichtigen Hinweisen zum Fall für die beratende Person. Damit leisteten diese Fragen einen wichtigen Baustein für eine angemessene Formulierung von Handlungsempfehlungen und tragen in erheblicher Weise zu einer guten Beratungsqualität bei.

Insgesamt zeigt sich, dass offene wie geschlossene Fragen wichtig für die Qualität der Beratungsdialoge sind. Offene Fragen werden erwartungsgemäß überwiegend zu Beginn der Beratung gestellt, also zu einem Zeitpunkt, zu dem das Anliegen und ggfs. der Fall entfaltet werden müssen. Geschlossene Fragen finden sich durchgängig, werden also auch bereits zu Gesprächsbeginn eingesetzt. Bei den Antworten auf geschlossene Fragen fällt auf, dass diese eher selten auf ein „Ja“ oder „Nein“ beschränkt blieben (wie es eigentlich das Format der Frage vorgeben würde), sondern die Anruferinnen und Anrufer teilweise sogar ausführliche zusätzliche Informationen gaben. Manchmal wären daher vielleicht weitere offene Fragen den Anrufenden passender erschienen.

3.2 Umgang mit und Auflösung von Missverständnissen

Missverständnisse treten in zwischenmenschlicher Kommunikation immer wieder auf, auch in Beratungsgesprächen. Für die Qualität von Beratung ist vor allem wichtig, dass Missverständnisse aufgeklärt, die Beratungsbeziehung nicht beschädigt und Empfehlungen korrekte Informationen zugrunde gelegt werden, ohne dass an früheren, bereits gegebenen Empfehlungen festgehalten wird.

In neun von 22 Gesprächen wurden insgesamt 15 Missverständnisse zwischen Beraterinnen bzw. Berater und Anruferinnen bzw. Anrufer identifiziert. Diese Missverständnisse resultierten v.a. aus dem bereits in Kapitel 3.1 skizzierten unterschiedlichen, aber implizit bleibendem Informationsstand zwischen Beratenden und Anrufenden. Überwiegend mussten die Beratenden nach offenen Fragen davon ausgehen über alle relevanten Informationen zu verfügen, in einigen Fällen waren gegebene Informationen nicht aufgenommen worden oder es war nicht ausreichend nachgefragt worden. Im Resultat spielte jedenfalls eine nicht vollständige Erfassung des vorliegenden Falls eine Rolle, wie das folgende Beispiel zeigt. Der Anruf aus einem Kinderschutzzentrum war inhaltlich von der Frage geprägt, ob durch die Mutter eine krankmachende Symptomatik in Bezug auf ihr Kind vorliege:

„B: Ja, also so wie es die Schulleiterin berichtet, hätte ich da auch den Verdacht. Das klingt schon so, dass eben, ohne dass tatsächliche Symptome vorliegen, die Symptome betont werden. Ich würde eigentlich jetzt mit dieser Mutter auf (...) ein Gespräch, darauf bestehen und würde eben sagen „Das ist ein so wichtiges Thema, die gesundheitliche Fürsorge und wir sind hier in der Schule, wir haben hier auch, wir wollen uns ja auch gut um Ihre Kinder kümmern, aber das müssen wir direkt besprechen, das kann man nicht per E-Mail machen. Und bringen Sie und doch bitte ein paar Arztbriefe mit“.

A: Ja, ja, das hat sie auch schon gemacht. Also wir sind darüber raus.

B: Ah, ok!

A: Also die Direktorin ist sehr aufmerksam ansonsten und wirklich auch gut unterwegs, auch in der Beratung super. Also die ruft immer an und dann macht

sie es. Dann hat sie mir jetzt auch wieder berichtet vom letzten Fall „Ja, das haben wir dann so und so und so gemacht. Sie ist sehr, sehr kurz angebunden dann einerseits und andererseits aber sehr aktiv“.

B: Ok."

(Transkript 9, Pos. 13-15)

Deutlich wird in diesem Dialog, dass der aktuelle Stand des Falls durch die Beraterin zunächst noch nicht gänzlich erfasst worden war. Dies lag vor allem auch daran, dass der Anrufer in den zuvor formulierten längeren Erläuterungen zum Fall diese Information nicht gegeben hat. Dies zeigte sich durch die zunächst formulierten Empfehlungen der Beraterin („Ich würde eigentlich jetzt mit dieser Mutter auf (...) ein Gespräch, darauf bestehen“) und die dann folgende korrigierende Reaktion des Anrufers („Ja, ja das hat sie auch schon gemacht. Also wir sind darüber raus.“). Es wird deutlich, dass dieses Missverständnis aufgelöst wurde und zwar, indem die relevanten Informationen zum Status quo des Falls vom Anrufer nachträglich gegeben wurden.

Bei anderen Missverständnissen spielen vergewissernde Nachfragen durch die Beraterinnen bzw. Berater eine entscheidende Rolle bei der Aufklärung, so etwa in dem folgenden Beispiel, bei dem sich die Anrufende als Psychotherapeutin vorgestellt hatte und nach der möglichen Gefährdungslage eines Kindes durch die Mutter gefragt hatte, die dieses Kind um jeden Preis weggeben wollte.

„B: Genau. Als Psychotherapeutin sehen Sie trotzdem primär – Ihr Gegenüber ist die Mutter logischerweise. Mit dem Jungen arbeiten Sie nicht selbst? Oder doch?

A: Doch. Also ich bin, also ich habe eine Zusatzausbildung (...) in „Säuglings-Eltern-Kleinkind-Psychotherapie“. Ich selber bin aber, ähm, habe nur die Zulassung für Erwachsene, ich rechne in dem Fall jetzt mit der Mutter ab. Also die Mutter ist sozusagen meine Index-Patientin, aber in dieser Säuglings-Eltern-Kleinkindtherapie behandeln wir ja quasi immer das Mutter-Kind oder Eltern-Kind-Paar, so dass ich den Jungen auch, ähm, schon oft in der Stunde,“

(Transkript 22, Pos. 19-20)

Die Gesprächssequenz zeigt, eine aufgrund seiner Vorinformationen plausiblen, aber trotzdem fehlerhafte Annahme des Beraters zur beruflichen Rolle der Anruferin gegenüber Mutter und Kind. Die auf das Behandlungssetting und den Kontakt zu Mutter und Kind bezogene Vergewisserungsfrage des Beraters („Ihr Gegenüber ist die Mutter logischerweise. Mit dem Jungen arbeiten Sie nicht selbst“), ermöglichte hier eine Auflösung des Missverständnisses durch die Anruferin. Zur Erläuterung lieferte die Anruferin eine detaillierte Erklärung zur eigenen, sehr spezifischen Qualifikation und zur genauen Definition ihres Klientels („Also die Mutter ist sozusagen meine Index-Patientin, aber in dieser Säuglings-Eltern-Kleinkindtherapie behandeln wir ja quasi immer das Mutter-Kind oder Eltern-Kind-Paar“). Dies hatte im Fortgang der Beratung ein besseres Verständnis der Beziehungen zwischen Anruferin, der Mutter des potentiell gefährdeten Kindes und dem Kind selbst zur Folge.

Die Auflösung von Missverständnissen zwischen Beratenden und Anrufenden ermöglichte den Beraterinnen und Beratern, bereits formulierte Empfehlungen zu

modifizieren und eine dem komplettierten Fallverständnis entsprechende Empfehlung auszusprechen. Die beiden folgenden Sequenzen aus einem Beratungsgespräch illustrieren, wie Empfehlungen auf der Grundlage eines schrittweise entwickelten Fallverständnisses korrigiert und angepasst wurden. Im Gespräch wurde die Problematik einer Gefährdung aufgrund einer Nicht-Behandlung einer potenziell schwerwiegenden Nierenerkrankung eines Kindes im vorschulischen Alter durch die Eltern besprochen und vom anrufenden Jugendamt die Frage gestellt, auf welcher Grundlage das Familiengericht in dieser Angelegenheit kontaktiert werden kann:

Erste Empfehlung:

„B: Ja. Ähm, die müssten eigentlich dann ja schon einen Arztbrief irgendwie vorlegen, wo dann das tatsächlich auch draus hervorgeht „Das und das ist die Therapie der Wahl“ und „Das und das müssten wir jetzt eigentlich machen, um einen Schaden vom Kind abzuwehren“. Und dann am besten auch so ein bisschen schon sich äußern „Wie hoch ist die Chance?“. Also dass Sie auf jeden Fall einen Arztbrief kriegen, in dem das ganz klar draus hervorgeht. Ähm, und ich denke, dann ist es Aufgaben des Familiengerichts zu entscheiden, wie schnell das dann sein muss. Ob die sich da noch ein schnelles Gutachten von irgendwem holen, von einem Nierenspezialisten von der Charité oder was auch immer. Aber ich denke als Jugendamts-[Mitarbeiterin], ähm, müssen Sie wahrscheinlich erstmal so sagen „Wir haben hier die Expertise aus dem Westend [Anm.: gemeint sind die DRK Kliniken Westend], die sagen Schaden, potenzieller Schaden sehr hoch oder richtig, richtig hoch“ und „Gefahr, dass dieser Schaden eintritt oder Chance, dass dieser Schaden eintritt auch ziemlich hoch“, ähm „Und medizinische Behandlung ist hier dringend indiziert – und auch schnell indiziert“. Von daher denke ich, ähm, und? (unv. 7:26) wahrscheinlich jetzt, jetzt bin ich nicht der Experte für das familiengerichtliche Verfahren, aber würde ich sagen, da liegt der Spielball beim Familiengericht sich zu informieren durch Gutachten usw. „Wie schnell muss es jetzt gehen?“. Also ich würde es an Ihrer Stelle ganz nah am Westend erstmal lassen und die bitten, ganz eindeutig zu schreiben, ähm, im Arztbrief „Welche Gefahr sehen die?“ und „Wie hoch schätzen sie die Gefahr ein?“.“

(Transkript 14, Pos. 35)

Die Sequenz dokumentiert eine präzise Handlungsempfehlung in Bezug auf die nächsten Schritte. Diese bestand in der Einholung eines Arztbriefs der Klinik, von der die Gefährdungsmittelung gemacht wurde („Also dass sie auf jeden Fall einen Arztbrief kriegen“). Dabei sollte das Jugendamt dezidiert auf bestimmte konkrete Angaben im Arztbrief achten („Welche Gefahr sehen die?“ und „Wie hoch schätzen sie die Gefahr ein?“) und mit diesen Informationen an das Familiengericht herantreten. Alle weiteren Schritte, so wurde in der Empfehlung deutlich, müssten durch das zuständige Familiengericht entschieden werden, wobei auf die Möglichkeit einer Begutachtung durch eine örtliche Universitätsklinik verwiesen wurde. Erst im weiteren Verlauf des Gesprächs wurde deutlich, dass eine Fallvorstellung bei der Universitätsklinik bereits erfolgt war.

Korrigierte Empfehlung:

„B2: Und ich hätte noch einen Gedanken dazu. Die haben ja im Westend sofort die Klinik mit eingeschaltet und die Frau Dr. XX oder XX, XX informiert und sie hatte ja ein Gespräch mit den Eltern.

I: Ok.

B2: Das wollte ich nur dazu sagen. Die hatten ein Gespräch. Und in diesem Gespräch war eben klar, eigentlich sollten die sich in der Charité dann vorstellen kommen. Und die hatte, glaube ich, verschiedene Therapie- oder Diagnostikverfahren vorgeschlagen, weil ja unklar ist, was es ist – unter anderem eben diese Biopsie.

I: Ja.

B2: Und, ähm, wenn ich das richtig verstanden habe, der Junge ist erstmal so entlassen mit der Aufforderung, natürlich eine Entscheidung, die Eltern suchen jetzt die für sie bestmögliche Entscheidung. Ähm, und mit dem Zeitfenster, wir denken, oder ich, ähm, die sind jetzt unterwegs, die sind heute beim Arzt, die sind am Montag wieder in Berlin und sollten sich dann melden bei der Frau Dr. XX, wie es weitergeht.

I: Ok.

(...)

I: Ok. Wer hat denn, ich hatte nicht mitbekommen, dass sie schon in der Charité waren. Ich dachte, das hätte das Westend erstmal so geregelt.

B2: ? (unv. 10:42) Nee, da hat es eine Rücksprache gegeben, weil der Arzt selber an seine Grenzen gekommen ist und gesagt hat, da brauchen sie Fachkräfte, auf jeden Fall. Und die Fachkräfte sind dann Nephrologin, die an den Universitätskliniken und hat die Frau XX eingeschaltet. Aber die konnte trotzdem auch nicht überzeugen wollte ich jetzt nochmal sagen, im Erstgespräch, ja?

I: Wer hat denn die Meldung gemacht bei Ihnen, die Klinik oder das Westend?

B1: Das Westend. (...)

I: Also die Klinik, ach so. Ja, dann müsste man jetzt vielleicht drauf, also da würde ich am ehesten sagen, da sprechen Sie mit der Expertin direkt wenn das noch geht, ich meine es ist Freitag, ne? Aber dass man wirklich von ihr nochmal erfährt, für wie dringend sie das hält. Ich meine, wenn sie die entlassen hat und gesagt hat „Ok, geht erstmal nach Hause und dann planen wir alles“, dann denke ich, hat er wahrscheinlich auch aus ihrer Sicht noch Zeit. Und die Eltern, wenn die sich jetzt auch kümmern, dann werden das ja auch Eltern sein, die sagen „Ok, unserem Kind geht es jetzt klinisch einfach schlechter, wir gehen jetzt in die nächstgelegene Klinik und lassen das Kind weiterbehandeln“. Trotzdem, ich kenne es auch so, ähm, Nierenerkrankungen werden eigentlich immer, das Kind bleibt stationär und wird erstmal behandelt, bevor es mit nach Hause geht.

B2: Genau, ja.“

(Transkript 14, Pos. 35-55)

Der Gesprächsausschnitt offenbart, wie neue Informationen („der Junge ist erstmal so entlassen mit der Aufforderung, natürlich eine Entscheidung, die Eltern suchen jetzt die für sie bestmögliche Entscheidung“; „sollten sich dann melden bei der Frau Dr. XX, wie es weitergeht.“) die vorhergehende Empfehlung des Beraters einer schnellstmöglichen Anrufung des Familiengerichts nach Einholung eines Arztbriefes überholt erscheinen lassen, da eine spezialisierte Stelle einer Uniklinik potenziell bereits über den Fall Bescheid weiß und mit einer zeitweisen Entlassung des Kindes einverstanden war. Empfohlen wird jetzt eine direkte Rücksprache mit einer namentlich benannten Spezialistin. Die zunächst nicht vollständig gegebenen Fallinformationen wurden durch den Berater mit der Aussage: „Wer hat denn, ich hatte

nicht mitbekommen, dass sie schon in der Klinik waren. Ich dachte, das hätte das Westend erstmal so geregelt“ explizit gemacht. Um eine Beschädigung der Beratungsbeziehung zu vermeiden, wurde eine Formulierung gewählt, die das Versäumnis beim Berater verortet.

In den analysierten Transkripten waren keine Missverständnisse erkennbar, die nicht korrigiert wurden. Dies erfolgte generell ohne Beschädigung des Kontakts zu den Anrufenden, also ohne Vorwürfe, aber auch ohne ein Haften an bereits gegebenen Empfehlungen, sodass insgesamt von einem der Beratungsqualität dienlichem Umgang mit Missverständnissen gesprochen werden kann.

3.3 Vermeidung vorschneller Empfehlungen

Eine potenziell schwierige Situation entsteht in vielen der transkribierten Gespräche, wenn Anrufende ihr Beratungsanliegen und ihren Unterstützungsbedarf bereits nach einer kurzen Schilderung des Falls formulieren und auf konkrete Antworten der Beraterinnen und Berater zu hoffen scheinen. An dieser Stelle bereits Fragen zu beantworten oder Handlungsempfehlungen zu geben, wäre für die Qualität der Beratung aber in der Regel sehr risikoreich, weil die spezifischen Bedingungen des Falls noch kaum expliziert sind. Daher wird es zur Aufgabe der Beraterin bzw. des Beraters an dieser Stelle freundlich um weitere Informationen zu bitten und das direkte Eingehen auf das Beratungsanliegen der Anrufenden noch etwas aufzuschieben.

Tatsächlich war genau dieses Muster in den Transkripten erkennbar, d.h. schnell formulierten Beratungsanliegen der Anruferinnen und Anrufer (z.B. Beantwortung von medizinischen Fragen, Empfehlung zu nächsten Verfahrensschritten aussprechen, Kommunikation zu weiteren Akteuren, Benennung der Argumente für eine Kindeswohlgefährdung) wurde erst einmal mit Fragen der Beraterinnen und Beratern begegnet, die häufig dazu dienten, den Fall vor einer Empfehlung noch besser nachvollziehen zu können. Der folgende kurze Gesprächswechsel entstand aus einem Anruf einer stellvertretenden Kita-Leitung, die eine Frage zu einer möglicherweise vorliegenden Kindeswohlgefährdung in ihrer Einrichtung hatte und das weitere Vorgehen mit dem Jugendamt klären wollte:

„A: (...) Jetzt bin ich irgendwie ratlos, wie gehe ich jetzt weiter vor, dass ich das irgendwie, ja, offiziell mal melden kann, was da so passiert ist und was, was, ähm, ja.

B: Können Sie einmal ganz kurz, grob schildern, worum es geht in dem Fall?“

(Transkript 10, Pos. 6-8)

Auf ein konkretes Beratungsanliegen („Jetzt bin ich irgendwie ratlos, wie gehe ich jetzt weiter vor“) der Anruferin, reagiert der Berater also mit einer Gegenfrage, die dazu diente, fallrelevante Informationen und generell ein tieferes Fallverständnis zu erhalten. Dies wird auch in einem anderen Beispiel deutlich, in dem es konkret um die Frage einer möglicherweise vorliegenden Kindeswohlgefährdung ging. Der geschilderte Fall bezog sich hier auf Kinder im Alter von drei Jahren, die weiterhin von der Mutter auch gegen deren Willen gefüttert werden:

„A: Und ich frage mich da halt, warum ist das keine Kindeswohlgefährdung?
B: Also da habe ich gleich noch mehr Fragen. Sie können ja mal versuchen, manchmal hilft das, mir zu erklären, warum Sie das für eine Kindeswohlgefährdung halten.“

(Transkript 2, Pos. 12-13)

Auch in diesem kurzen Ausschnitt zeigte sich der konkrete Beratungsbedarf der Anruferin, wobei hier dezidiert eine Einschätzung zur Frage einer Kindeswohlgefährdung gewünscht wurde. Statt einer voreiligen Beurteilung des Falls formulierte der Berater eine Gegenfrage bzw. eine Aufforderung, die inhaltlich am Beratungsanliegen angelehnt war („manchmal hilft das, mir zu erklären, warum Sie das für eine Kindeswohlgefährdung halten“). Die Aufforderung ermöglichte neben weiteren Informationen zum Fall vor allem die Identifikation von Kriterien einer Kindeswohlgefährdung zunächst durch die Anruferin selbst.

In den analysierten Gesprächen gab es nahezu durchgängig keine Hinweise auf voreilige Empfehlungen ohne genauere Exploration eines vorliegenden Falls. Vielmehr erfolgten an dieser Stelle Fragen zur Konkretisierung und Präzisierung, was sich als Indikator für eine hohe Beratungsqualität verstehen lässt. Erst nachdem der Fokus nochmals zum vorliegenden Fall und dessen Spezifika durch den Berater gelenkt wurde und sich auf dieser Grundlage das Beratungsgespräch und die Besprechung des Falls entwickelte, wurden dann Handlungsempfehlungen formuliert.

3.4 Empfehlungen zwischen Konkretheit und Vorsicht

Generell ließen sich in den Transkripten drei Formen von Empfehlungen als Resultat der Beratung und Reaktion auf die Anliegen der Anruferinnen und Anrufer identifizieren: 1. die Bestätigung und Bekräftigung des Eindrucks der Anruferinnen und Anrufer zum vorliegenden Fall; 2. eine vorsichtige und tendenzielle Einschätzung zu einer möglicherweise vorliegenden Kindeswohlgefährdung durch die Beraterinnen und Berater; 3. Hinweise und Informationen über die nächsten Schritte und die damit verbundene Kontaktierung von Akteuren und Institutionen. Exemplarisch werden diese unterschiedlichen Formate von Empfehlungen nachfolgend beschrieben. Für die Qualität der Beratung ist dabei wichtig, dass Empfehlungen so konkret wie möglich ausfallen, zugleich aber dem Umstand fehlender eigener Fallkenntnis und fehlender juristischer Entscheidungskompetenz durch eine angemessene Vorsicht Rechnung getragen wird, was insbesondere für Hinweise zu rechtlichen Einordnungen gilt.

In mehreren Gesprächen zeigte sich die Unterstützungsleistung der Beratung darin, den Eindruck der Anruferin oder des Anrufers zum vorliegenden Fall zu bekräftigen. Die Empfehlungen mündeten dabei also in eine Bestätigung, einem ersten Verdacht nachzugehen und weitere Klärungsschritte einzuleiten. Der folgende Gesprächswechsel bezog sich auf einen Anruf von einer pädagogischen Fachkraft aus einer Kita, die eine Frage in Bezug auf ein vierjähriges Kind hatte, welches Verhaltensauffälligkeiten bei der Nahrungsaufnahme in der Einrichtung zeigte und oft schlapp und müde wirkte:

„B: Also von daher würde ich schon argumentieren, dass man da was un-
ternehmen sollte, einfach weil das ja, also in jedem Alter wird es ja drama-
tischer und man kann sich ja so ein Kind in der Schule nicht richtig gut
vorstellen. Also irgendwann muss man ja auch was tun.

A2: Genau, das sind unsere Gedanken. Sie verstehen uns.“

(Transkript 3, Pos. 67-68)

Der Berater bekräftigte den Eindruck der Anruferin und sprach eine Empfehlung aus, den Hinweisen nachzugehen und die nächsten Schritte einzuleiten („von daher würde ich schon argumentieren, dass man da was unternehmen sollte“). Die Empfehlung wurde auch über eine angenommene weitere (negative) Entwicklung des Kindes begründet („also in jedem Alter wird es ja dramatischer“), wobei mit einem Eingreifen dieser prognostizierten Entwicklung entgegengetreten werden könne. Wichtig für die Qualität der Beratung war, dass solche Bestätigungen durchgängig erst nach der Exploration und Besprechung der Fallgrundlage erfolgten.

In einigen Fällen blieb es nicht bei der Bestätigung und Bekräftigung der Besorgnis der Anrufenden um das Wohl eines Kindes. Hinweise zu rechtlichen Einordnung (Kindeswohlgefährdung) wurden aber, angesichts fehlender eigener Fallkenntnis, stets sehr vorsichtig formuliert. Eher noch wurde in geeigneten Fällen eine hohe Dringlichkeit der Klärung angeraten, so etwa in der nachfolgenden Empfehlung aus einem Gespräch, das die Frage einer Sozialpädagogin betraf, ob im geschilderten Fall eine Retraumatisierung bei einem wenige Wochen alten Baby vorliegen würde:

„B: Aber ich denke, das Kind sollte dringend, und zwar bald vor allem erst-
mal ärztlich abgeklärt werden.“

(Transkript 12, Pos. 81)

Diese Empfehlung einer Beraterin charakterisierte sich durch den Hinweis, das Kind zeitnah ärztlich untersuchen zu lassen. Die Handlungsempfehlung bezog sich hier also auf ein schnelles und direktes Heranziehen medizinischer Kompetenz zur Klärung einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Generell wurde eine so hohe Dringlichkeit aber selten gesehen. Entsprechend wurde teilweise ein schrittweises Vorgehen angeraten, dass die Selbstbestimmungsrechte von Eltern und Kindern respektiert, so etwa im Fall eines Kindes, das krank scheint, aber wohl nicht entsprechend behandelt wird. Hier wurde ebenfalls ein Handlungsbedarf durch einen Berater gesehen, dieser bezog sich jedoch zunächst auf ein Gespräch zwischen Anrufer und der Mutter des potentiell gefährdeten Kindes:

„B: Also die Mutter entsprechend zu beraten halte ich für sinnvoll, aber die
notwendigen Wege und Maßnahmen sollte die Mutter dann machen.“

(Transkript 17, Pos. 45)

Diese Empfehlung fußte auf einer differenzierten Erläuterung und Klärung der nächsten Schritte durch den Berater. Während eine entsprechende Beratung der Mutter des Kindes dezidiert empfohlen wurde, wurde gleichermaßen auch darauf aufmerksam gemacht, dass alle weiteren notwendigen Schritte und Maßnahmen zunächst einmal von der Mutter selbst getätigt werden müssten. Damit zeigte der Berater dem Anrufer Möglichkeiten und Grenzen in Bezug auf die weiteren einzuleitenden Schritte auf.

In Fällen, in denen Klärungsschritte angeraten wurden, ging dies mit Erläuterungen einher. Diese könnten dann Kriterien der Bewertung, ob eine spezifische Form der Kindeswohlgefährdung vorliegt, dienen. Dies vermittelt den Anruferinnen und Anrufern Übersicht und ist daher Bestandteil einer positiven Beratungsqualität. Im folgenden Gesprächswechsel geht es um Verletzungen eines acht Monate alten Kindes in Form von blauen Flecken auf dem Rücken. Der Anruf kam aus dem Jugendamt:

„B: Ok. Ähm (.), also von dem, quasi vom Medizinischen her ist es so, dass ein Kind unter einem Jahr, mit acht Monaten ist es ja schon etwas mobiler, also je nachdem, wie grobmotorisch gut entwickelt, ist da natürlich ein Drehen, manche können auch in dem Alter schon krabbeln, das ist so ein bisschen, kommt natürlich auf den Entwicklungsstand drauf an, inwiefern das Kinder sind, wenn die nicht mehr prämobiler sind, aber schon ein bisschen mobil sind, dann sind natürlich blaue Flecken auf jeden Fall eher einmal an der Tagesordnung, aber eigentlich sagt man, dass der Rücken, das ist ja eher ein misshandlungsverdächtiger Teil des Kindes ist, wenn da blaue Flecken sind. Das heißt, ich würde, gerade auch weil es ein Kind eben unter einem Jahr ist und am Rücken, schon sagen, dass das sehr zügig auch ärztlich gesehen werden. Ich weiß nicht, ob Sie eine Kinderschutzambulanz bei Ihnen in der Nähe haben oder wie Sie ausgestattet sind ((lacht)).

A: Mhm.

B: Weil man da ja dann am besten wirklich auch beurteilen kann, sind das sozusagen blaue Flecken und da gibt's eine gute Erklärung, weil auch ein acht Monate altes Kind, wenn das sich schon hochziehen kann an einem Möbelstück und einmal gefallen ist und an eine Kante, und das ist genauso ein blauer Fleck, kann das ja eine gute Erklärung sein. Aber wenn das irgendwie mehrere sind oder geformt ohne Erklärung, dann ist das schon sehr verdächtig aus medizinischer Sicht.“

(Transkript 5, Pos. 21-23)

Die dargestellte Empfehlung gründete hier auf einer medizinischen Beurteilung der Beraterin, die anhand der vorliegenden Informationen (acht Monate altes Kind; blaue Flecken am Rücken) eine ärztliche Untersuchung empfiehlt und über die dann anzuwendenden Kriterien informiert. Die Beraterin bezog sich hierbei v.a. auf den Entwicklungsstand des Kindes („mit acht Monaten ist es ja schon etwas mobiler“) und machte darauf aufmerksam, dass Verletzungen am Rücken zwar eher als „misshandlungsverdächtiger Teil des Kindes“ zu betrachten seien, aber im Einzelfall vorhandene plausible Erklärungen zu berücksichtigen seien. Die Vermittlung an die zuständige behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ermöglichte, nach den Aussagen der Beraterin, eine klare Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung in Abgrenzung zu einer durch einen Unfall verursachten Verletzung („Weil man da ja dann am besten wirklich auch beurteilen kann, sind das sozusagen blaue Flecken und da gibt's eine gute Erklärung“). Die Beraterin gab in angemessener Weise keine verbindliche Einschätzung ab, sondern zeigte, dem Bedürfnis nach Klarheit des Anrufers folgend, eine Perspektive für das weitere Vorgehen auf.

Die zitierten Auszüge aus Beratungsgesprächen zeigen, dass eine hohe Beratungsqualität nicht darin bestehen kann, bei Anrufenden eventuell vorhandene Erwartungen nach konkreten Bewertungen und Handlungsempfehlungen zu erfüllen. Vielmehr gilt es, nach dem Entfalten von Anliegen und Fall und dem Ausräumen von

Missverständnissen, eine gute Balance zwischen konkreten Hilfestellungen und angemessener Vorsicht zu finden. In manchen Beratungen bedeutet dies, Anrufende auf ein fachlich gebotenes Ziel hin zu orientieren, ohne konkrete Vorgaben dazu zu machen, wie dies erreicht werden soll, so etwa im folgenden Gesprächsverlauf. Dieser stammt aus einem Anruf einer Schulpsychologin, die eine Frage zu mehreren Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes hatte, welche bereits im Kindergarten beobachtet wurden:

„A: Das ist jetzt die Frage, ob so ein Termin mit einem Jugendamt und den Eltern und mir Sinn macht oder eher die Kita, weil die Kita das ja alles erst erlebt hat und dokumentiert hat.

B: Ja. Mhm, das ist auf die Ferne schwer zu beurteilen, hängt auch ein bisschen von den Strukturen ab. Ich würde denken, das Ziel muss es sein, unabhängig davon, wer es macht und wie man es macht, das Ziel muss unbedingt sein, dass das Jugendamt das zeitnah sozusagen erfährt. So, das ist das übergeordnete Ziel.“

(Transkript 7, Pos. 18-19)

Die grundlegende Frage der Anruferin, in welchem Format ein Termin mit dem Jugendamt stattfinden solle („ob so ein Termin mit einem Jugendamt und den Eltern und mir Sinn macht oder eher die Kita“), konnte den Aussagen des Beraters nach nicht dezidiert beantwortet werden. Dies wurde sowohl mit der Distanz des Beraters zum Fall („auf die Ferne schwer zu beurteilen“) als auch mit fallspezifischen Strukturen begründet. Jedoch wurde die Anruferin auf das zentrale Ziel hin orientiert, nämlich den Einbezug des Jugendamtes unter Wahrung von Beteiligungsrechten.

Trotz der in den analysierten Transkripten fachlich angemessenen Vorsicht bei Empfehlungen zeigte sich insbesondere an den positiven Rückmeldungen der Anruferinnen und Anrufer, v.a. am Ende der Gespräche, die Bedeutung der Beratung und die damit verbundene Unterstützungsleistung der Beraterinnen und Berater. Die folgende Rückmeldung bezog sich auf ein Gespräch, in dem natürliche Hautverfärbungen thematisiert wurden, die wie Hämatome wirken können (ein anderer Ausschnitt dieses Gesprächs wurde bereits vorgestellt):

„B: Genau. Aber eben diese sogenannten „Mongolen-Flecken“, das ist so eine typische, auch gerade am Rücken eine typische Differentialdiagnose.

A: Mhm! Alles klar. Ja, ok. Da haben Sie ja schon sehr geholfen.“

(Transkript 5, Pos. 27-28)

Die Einordnung der bereits diagnostizierten „Mongolen-Flecken“ als Differentialdiagnose durch die Beraterin ermöglichte hier dem Anrufer also eine gewisse medizinische Klärung und Einschätzung, die als besonders hilfreich rückgemeldet wurde („Da haben Sie ja schon sehr geholfen“).

Der Nutzen und die Verarbeitung der Informationen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen wurde auch in einer anderen Rückmeldung deutlich, die sich auf ein Beratungsgespräch bezog, das thematisch geprägt war von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten beim Essen in der Kita (ein anderer Ausschnitt zu diesem Gespräch wurde bereits dargestellt):

„A: Darf ich Sie nochmal nach Ihrem Namen fragen?

B: Ja, gerne. Mein Name ist XX.

A: Herr XX, wir bedanken uns sehr, sehr herzlich (B2: Ja.) bei Ihnen für dieses sehr gute Gespräch. Also ich glaube, bei uns hat es jetzt nochmal was auf den Punkt gebracht, auch jetzt bezüglich für das Gespräch nächste Woche mit den Eltern. (I: Mhm.) Wir tun unser Möglichstes und wir bedanken uns wirklich sehr herzlich auch für die Ratschläge, die Sie uns gegeben haben.

B: Vielen Dank. Danke für die Rückmeldung. Das heißt, also Ihre Fragen sind jetzt erstmal alle beantwortet?

A2: Absolut, ja

A: Ja.“

(Transkript 3, Pos. 71-78)

Die Rückmeldung der Anruferin zum Beratungsgespräch war hier geprägt von Dankbarkeit gegenüber dem Berater. Die Unterstützung wurde hier v.a. spezifisch auf die Vorbereitung eines anstehenden Gesprächs („Also ich glaube, bei uns hat es jetzt nochmal was auf den Punkt gebracht, auch jetzt bezüglich für das Gespräch nächste Woche mit den Eltern“) und auf die generellen Hinweise und Empfehlungen des Beraters zurückgeführt. Die Bestätigung, dass alle Fragen durch den Berater nun erstmal beantwortet seien, machte darüber hinaus die Unterstützungsleistung des Beraters transparent.

4 Fazit mit Empfehlungen

Die externe Evaluation der Medizinischen Kinderschutzhotline in der zweiten Förderphase zeigt, dass diese umfangreich genutzt wird. **So wird das Angebot von einer neu hinzugenommenen Zielgruppe, nämlich den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe, gut angenommen. Zudem ist auch die Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline durch Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen seit dem letzten Evaluationsbericht aus dem Jahr 2019 noch einmal deutlich gestiegen. Dieses Kernergebnis der Evaluation deutet auf einen dauerhaften Bedarf am Angebot der Medizinischen Kinderschutzhotline hin.** Die sehr viel kleinere Zielgruppe der Fachkräfte rund um das familiengerichtliche Kinderschutzverfahren hat dagegen noch wenig Zugang zum Angebot der Medizinischen Kinderschutzhotline gefunden. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Transparenz des gerichtlichen Verfahrens verlangt, Unsicherheiten für alle Beteiligten offen dort zu klären. Bezogen auf diejenigen Stellen im Verfahren, an denen Beratungsgebote der Medizinischen Kinderschutzhotline aber greifen könnten (z.B. Formulierung eines Beweisbeschlusses, Verständnis eines medizinischen Gutachtens), wäre eine Intensivierung von Werbeangeboten zu empfehlen.

Ein Großteil der Anrufe bei der Medizinischen Kinderschutzhotline erfolgte während der üblichen Bürozeiten (8 bis 17 Uhr). Es gibt aber auch einen bedeutsamen Anteil an Anrufen während der Rand- und Nachtzeiten. Die Diskussion der Ergebnisse der externen Evaluation im Beirat der Medizinischen Kinderschutzhotline deutet daraufhin, dass es sich hier vielfach um besonders dringliche Anrufe oder Anrufe zu belastenden Fällen, die Fachkräfte auch in der Freizeit noch beschäftigen, handelt, sodass ein Verzicht auf eine durchgängige Erreichbarkeit der Medizinischen Kinderschutzhotline eine signifikante Einschränkung des Angebots darstellen würde und daher nicht empfohlen wird. Wie bereits in den Modellphasen sollte die Erreichbarkeit auch nachts sichergestellt werden.

Wie schon bei der externen Evaluation der ersten Förderphase (Miehlbradt/Kindler 2019) kamen Anrufe bei der Medizinischen Kinderschutzhotline aus allen Bundesländern. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern in der Nutzung der Medizinischen Kinderschutzhotline. Im Fall einer Verstetigung oder anderen Form der Fortführung des Angebots sollten Werbestrategien entwickelt werden, um in Bundesländern mit einer unterdurchschnittlichen Nutzung (z.B. Sachsen und Sachsen-Anhalt) die Bekanntheit der Medizinischen Kinderschutzhotline zu fördern. Empfohlen werden daher regional wirksame Werbemaßnahmen (z.B. regionale Fortbildungen, Information von Multiplikator:innen in den Bundesländern).

Kollegiale Empfehlungen stellen einen wichtigen Ansatzpunkt für die Weitergabe des Wissens um die Medizinische Kinderschutzhotline und zugleich einen Qualitätsausweis dar. Soweit hierzu Angaben gemacht wurden, wussten die meisten der Anrufenden über Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte von der Medizinischen Kinderschutzhotline. Ohne positive Erfahrungen und einen guten Ruf in der Fahrpraxis wäre ein solches Ergebnis nicht denkbar. Trotzdem tragen in der Summe auch Veröffentlichungen, Veranstaltungen und Informationsmaterialien

zum Wissen um die Medizinische Kinderschutzhotline bei. Deshalb ist eine Fortführung, eventuell auch Ausweitung dieser Maßnahmen als Werbestrategie sinnvoll. Für den Gesundheitsbereich werden durch die Medizinische Kinderschutzhotline „Kitteltaschenkarten“ bereitgestellt. Vergleichbare kurze Informationskarten für die Kinder- und Jugendhilfe mit spezifischen Angeboten (z.B. zur ärztlichen Schweigepflicht in möglichen Kinderschutzfällen) könnten ausgebaut werden. Sollte die Medizinische Kinderschutzhotline verstetigt werden, wäre es auch sinnvoll, das Angebot verstärkt als Qualifizierungsinstrument in schwierigen Einzelfällen in Informationsmaterialien von Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern und Landesjugendämtern zu bewerben, da dann langfristig von einer Verfügbarkeit der Medizinischen Kinderschutzhotline ausgegangen werden könnte. Empfohlen wird die Erstellung von Werbematerial in Anlehnung an das erfolgreiche Konzept der „Kitteltaschen“ für Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie rund um familiengerichtliche Kinderschutzverfahren. Für den Fall einer Verstetigung der Kinderschutzhotline wird empfohlen, verstärkt auf eine Erwähnung und Verankerung des Angebots in Informationsmaterialien offizieller Stellen zum Kinderschutz zu achten.

Wie die Daten zeigen, ist die Medizinische Kinderschutzhotline Ansprechpartner:in für eine große Bandbreite unterschiedlicher Beratungsanliegen.

Die Beratenden leisten etwa Unterstützung beim Verständnis medizinischer Befunde, der Gestaltung von Kooperationsbeziehungen, der Zusammenarbeit mit Eltern sowie Kindern und der Annäherung an rechtliche Fragestellungen. Dieser breite Ansatz erscheint sinnvoll und notwendig, wenn die positive Entwicklung der Nutzungszahlen und die Rückmeldungen aus den Beratungen betrachtet werden. Den Anrufenden wird ein Aufgreifen der Empfehlungen aus den Beratungen erleichtert, weil sie Beratung aus ‚einer Hand‘ erhalten und auch bei zunächst vage formulierten Fragestellungen Ansprechpartner erhalten. Die thematische Breite des Angebots setzt allerdings auch in Zukunft ein multidisziplinäres, hochqualifiziertes Team mit Hintergrunddiensten für spezielle Fragestellungen und einem System kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung der Beratenden voraus. Empfohlen wird eine Fortführung der umfassenden, multidisziplinären Qualifikation der Beraterinnen und Berater sowie eine Fortführung der Hintergrunddienste für spezielle Fragestellungen.

Beratungsanfragen betreffen zudem sehr verschiedene Fallkonstellationen, alle Altersgruppen von Kindern sowie alle Gefährdungsformen. Bemerkenswert ist, dass es bei fast einem Viertel der Anfragen um sexuellen Missbrauch als Gefährdungsform geht. In diesen Fällen sind die Unsicherheiten bei Fachkräften häufig besonders groß (z.B. Eppinger et al., 2021). Auch werden in Deutschland im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich viele Fälle entdeckt (Witte et al., 2022), sodass ein fachlicher Weiterentwicklungsbedarf anzunehmen ist. **Es ist daher besonders wichtig, dass sich die Medizinische Kinderschutzhotline im Bereich sexueller Missbrauch erkennbar für viele Fachkräfte zu einer wichtigen Beratungsressource entwickelt hat. Sie hilft damit, eine Lücke im deutschen Kinderschutzsystem zu schließen, nämlich die vergleichsweise geringe Anzahl erkannter Fälle von sexuellem Missbrauch.** Empfohlen wird den Kompetenzschwerpunkt im Bereich sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche beizubehalten und offensiv in der Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen.

Insgesamt ist die Qualität der Beratungen als sehr gut einzuschätzen. Dies ergibt sich aus mehreren Umständen. Zunächst einmal geben die Anrufenden gegenüber den Beraterinnen und Beratern mit überwältigender Mehrheit eine positive Rückmeldung. Im Rahmen der externen Evaluation während der ersten Förderphase wurde anhand eines unabhängigen Rückmeldeportals geprüft, inwieweit die Rückmeldungen gegenüber den Beraterinnen und Beratern wesentlich positiv verzerrt sind. Dies war jedoch nicht der Fall (Miehlbradt/Kindler, 2019). Weiterhin können die Anrufenden konkret benennen, welchen Nutzen ihnen die Beratung bringt. In der überwiegenden Mehrheit tragen die Beratungen demnach zu einem besseren Fallverständnis und der Entwicklung von Lösungsstrategien bei. Auch die Beratenden selbst berichten eher selten von Barrieren und Herausforderungen in den Beratungsprozessen. Kleine Effekte finden sich in der Nutzungsdatenanalyse, die für bessere Beratungsergebnisse bei Anrufenden aus dem Gesundheitswesen als aus der Kinder- und Jugendhilfe sprechen. Um die Beratung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe weiter zu verbessern, ist es möglicherweise hilfreich, wenn die Beratenden zu Beginn der Gespräche noch mehr offene Fragen stellen. Dadurch kann der Tradition der holistischen Falldarstellung in der Kinder- und Jugendhilfe mehr Rechnung getragen werden. Empfohlen wird vor dem Hintergrund mehrerer Hinweise auf eine insgesamt sehr hohe Beratungsqualität die Fortführung von Schulung und Weiterbildung für Beraterinnen und Berater einschließlich einer besonderen Aufmerksamkeit für Beratungen mit Fachkräften aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und einer Erprobung von Beratungsstrategien, die hier Zielgenauigkeit und Nützlichkeit der Beratungen noch steigern könnten.

Mit der qualitativen Auswertung von 22 transkribierten Beratungsgesprächen wurde ein weiterer Zugang zur Beratungsqualität eröffnet. Da auf eine etablierte Methodik nicht zurückgegriffen werden konnte, wurden vier potenziell relevante Indikatoren für die Beratungsqualität ausgewählt und in den Transkripten untersucht. Im Hinblick auf einen ersten Indikator, das Verhältnis von offenen zu geschlossenen Fragen, war festzustellen, dass offene Fragen am häufigsten in der Anfangsphase der Telefonberatungen gestellt wurden, um die Anrufenden zu einer Entfaltung ihres Anliegen bzw. von Fallhintergründen zu ermutigen. Geschlossene Fragen dienten, kommunikativ nachvollziehbar, in allen Phasen des Gesprächs insbesondere der Absicherung, der gezielten Erweiterung von Information oder der Abfrage verschiedener Möglichkeiten. Als zweiter Indikator wurde der Umgang mit Missverständnissen herangezogen, die in Beratungsgesprächen unvermeidlich auftreten. In den analysierten Transkripten waren aber keine Missverständnisse erkennbar, die nicht korrigiert wurden. Dies erfolgte generell ohne Beschädigung des Kontakts zu den Anrufenden, also etwa ohne Vorwürfe, aber auch ohne ein Festhalten der Beratungsperson an bereits gegebenen Empfehlungen, die nach Aufklärung des Missverständnisses überdacht werden mussten. Insgesamt kann daher von einem der Beratungsqualität dienlichen Umgang mit Missverständnissen gesprochen werden. Als dritter Indikator wurde betrachtet, wie zuverlässig, auch bei einem Drängen der Anrufenden, vorschnelle Empfehlungen vermieden wurden. Tatsächlich gab es in den Transkripten nahezu nirgends Hinweise auf Empfehlungen ohne zuvor genauere Exploration eines vorliegenden Falls. Fragten Anruferinnen bzw. Anrufer rasch nach Empfehlungen, erfolgten an dieser Stelle regelmäßig erst Nachfragen zur Konkretisierung und Präzisierung des Falls. Schließlich wurde als letzter Indikator noch

analysiert, wie in den Transkripten bei Empfehlungen die Balance zwischen größtmöglicher Konkretheit und unverzichtbarer Vorsicht gelingt. Es zeigte sich, dass Empfehlungen auf Klärungsschritte fokussierten, die in geeigneten Fällen auch dringlich gemacht wurden und die mit Erläuterungen zum Hintergrund verbunden wurden. Bewertungen wurden hingegen, mangels eigener Fallkenntnis, nur sehr vorsichtig vorgenommen. Insgesamt stärkt damit die qualitative Analyse ausgewählter Beratungstranskripte die Bewertung einer insgesamt sehr guten Beratungsqualität. Empfohlen wird, die entwickelte qualitative Methodik für regelmäßige Analysen ausgewählter aufgezeichneter Beratungsgespräche zu adaptieren und dieses Instrument in das System von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Hotline einzufügen.

Die Medizinische Kinderschutzhotline deckt im deutschen Kinderschutzsystem mittlerweile einen wichtigen Bedarf, nämlich eine sofort erreichbare Beratung von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe und der Familiengerichtsbarkeit zu Kinderschutzfragen an der Schnittstelle zwischen medizinischer, sozialpädagogischer und familienrechtlicher Fachlichkeit ab. Die Nutzungszahlen belegen diesen Bedarf. Zugleich ergibt sich aus den Rückmeldungen der Anrufenden sowie aus der Analyse ausgewählter Transkripte, dass eine qualitativ gute Beratung zu einer Vielzahl verschiedener Fallkonstellationen und Gefährdungsformen, insbesondere auch sexuellem Missbrauch, angeboten wird. Zu empfehlen ist daher eine Verstärkung oder andere geeignete Form der Weiterführung des Angebotes, einschließlich einer kontinuierlichen wissenschaftlichen Begleitung und Öffnung des Angebots für Beratungsforschung um die bereits bestehenden hohen Qualitätsstandards weiterzuentwickeln und zu sichern.

5 Literatur

- American Psychological Association (2020): Publication manual of the American Psychological Association. The official guide to APA style. 7th edition. Washington, DC
- Eppinger, Sabeth/Kadera, Stepanka/Gerber, Christine/Németh, Saskia/Witte, Susanne/Kindler, Heinz (2021): Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Baden-Württemberg. Abschlussbericht. München: DJI
- Kuckartz, Udo (2008): Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuckartz, Udo/Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung. (5. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Miehlbradt, Laura/Kindler, Heinz (2019): Evaluation der Kinderschutzhotline für ärztliches und heilberufliches Personal. Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Statistisches Bundesamt (2022a): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII 2021. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2022b): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen. Wiesbaden
- Witte, Susanne/López López, Mónica/Baldwin, Helen/Biehal, Nina/Kindler, Heinz (2022): Child maltreatment investigations: Comparing children, families, and reasons for referral in three European countries. In: Child Abuse & Neglect, 132. Jg., S. 105805

6 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Anzahl der Anrufe über das Jahr 2022.....	11
Abb. 2: Uhrzeit der Anrufenden nach Zielgruppen.....	12
Abb. 3: Verteilung der vermuteten Gefährdungsformen im Vergleich mit § 8a SGB VIII Verfahren in Deutschland	24
Tab. 1: Verzeichnis der statistischen Abkürzungen mit Erläuterungen.....	8
Tab. 2: Anrufe aus Bundesländern nach Zielgruppen und Anzahl der Einwohner.....	13
Tab. 3: Geschlecht der Anrufenden nach Zielgruppen.....	14
Tab. 4: Beruflicher Hintergrund der Anrufenden aus dem Gesundheitswesen.....	15
Tab. 5: Beruflicher Hintergrund Anrufende aus der Kinder- und Jugendhilfe.....	16
Tab. 6: Anrufe jenseits der Zielgruppen.....	17
Tab. 7: Information über Medizinische Kinderschutzhotline nach Zielgruppen.....	18
Tab. 8: Anlass der Beratung nach Zielgruppen.....	19
Tab. 9: Inhalte der Beratung nach Zielgruppen.....	20
Tab. 10: Geschlecht der Kinder und Jugendlichen nach Zielgruppen.....	21
Tab. 11: Alter der Kinder und Jugendlichen nach Zielgruppen.....	22
Tab. 12: Vermutete Gefährdungsform nach Zielgruppen.....	23
Tab. 13: Mutmaßliche Verursacherinnen und Verursacher nach Zielgruppe.....	25
Tab. 14: Vorliegen von Befunden, Gutachten, Geständnissen, Urteilen, etc. zum Fall nach Zielgruppe.....	26
Tab. 15: Verdachtsmomente nach Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich).....	26
Tab. 16: Thematisierung der (vermuteten) Kindeswohlgefährdung mit den Personensorgeberechtigten nach Zielgruppe.....	27
Tab. 17: Jugendamtsbekannte Familie nach Zielgruppe.....	28
Tab. 18: Kontakt mit anderen Akteuren des Kinderschutzes nach Zielgruppe.....	29
Tab. 19: Gründe für keinen Kontakt mit anderen Akteuren des Kinderschutzes nach Zielgruppe.....	30
Tab. 20: Einschätzung der Nützlichkeit für die Fallbearbeitung nach Zielgruppe.....	31
Tab. 21: Konkrete Hilfestellung durch Beratung nach Zielgruppen.....	32
Tab. 22: Einschätzung Beratungsqualität durch Beratende nach Zielgruppen.....	33
Tab. 23: Herausforderungen und Barrieren Zielgruppen.....	34

