

BEITRÄGE ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IM KINDERSCHUTZ

10

EXPERTISE

**Gewichtige Anhaltspunkte  
für Kindeswohlgefährdung  
in der frühen Kindheit aus  
medizinischer und  
psychosozialer Perspektive**

---

**ZITIERWEISE:**

**Barth, Michael (2022):** Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit aus medizinischer und psychosozialer Perspektive. Expertise. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 10. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

<https://doi.org/10.17623/NZFH:QE-GAfK-E>

EXPERTISE

BEITRÄGE ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IM KINDERSCHUTZ

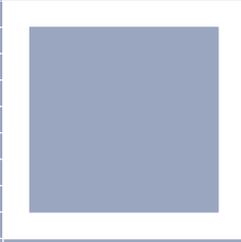
# **Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit aus medizinischer und psychosozialer Perspektive**

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Barth  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Universitätsklinikum Freiburg

# INHALT

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Vorwort</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1 Auftrag im Kinderschutz</b>  | <b>8</b>  |
| 1.1 Die Aufgabe des Jugendamtes   | 9         |
| 1.2 Die Aufgabe von Akteuren außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe                | 9         |
| 1.3 Die Erörterung der Situation mit den Eltern                                   | 10        |
| 1.4 Die Aufgabe der insoweit erfahrenen Fachkraft                                 | 11        |
| 1.5 Frühzeitiges Erkennen von Hilfebedarfen                                       | 12        |
| <b>2 Kindeswohlgefährdung</b>   | <b>14</b> |
| 2.1 Rechtliche Definition   | 15        |
| 2.2 Gefährdungsformen   | 15        |
| 2.2.1 Formen von Gewalt gegenüber Kindern   | 15        |
| 2.2.2 Operationale Definition von Gefährdungsformen                               | 16        |
| 2.3 Schädigendes Elternverhalten als Merkmal von Kindeswohlgefährdung             | 18        |
| 2.3.1 Trias von Entwicklungsgefährdung, Elternverhalten und Elternverantwortung   | 18        |
| 2.3.2 Kontinuum der Auswirkungen von Elternverhalten                              | 18        |
| 2.3.3 Schädliche Langzeitfolgen von Misshandlung und Vernachlässigung             | 20        |
| 2.3.4 Gewichtige Anhaltspunkte und schädigendes Elternverhalten                   | 23        |
| 2.3.5 Exkurs: Gewichtige Anhaltspunkte für Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung | 26        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>3</b> | <b>Wahrnehmung, Beurteilung und handlungsbezogene Auswertung gewichtiger Anhaltspunkte als diagnostische Aufgabe</b> | <b>29</b> |
| 3.1      | Grundprinzipien für Fallfindungshandeln  | 30        |
| 3.2      | Professionelles Hinsehen   | 31        |
| 3.3      | Explorieren und erörtern   | 33        |
| 3.4      | Exkurs Gesundheitswesen  | 34        |
| 3.5      | Beurteilen gewichtiger Anhaltspunkte   | 36        |
| 3.6      | Exkurs: Hindernisse und Fallstricke bei der Beurteilung  | 36        |
| 3.7      | Engagieren für kindliche Sicherheit und kindliches Wohlergehen   | 37        |
| <b>4</b> | <b>Interprofessionelle Zusammenarbeit im Kinderschutz</b>  | <b>39</b> |
| 4.1      | Fallbezogene Netzwerkarbeit  | 40        |
| 4.2      | Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit  | 40        |
| 4.3      | Qualitätssicherung in lokalen Kinderschutzsystemen   | 41        |
| 4.4      | Überlegungen zur Förderung eines interprofessionell geteilten Kinderschutzverständnisses                             | 43        |
|          | <b>Literatur</b>   | <b>45</b> |



# Vorwort

Mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) im Januar 2012 sind auch Berufsgruppen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe – wenn sie aufgrund ihrer Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen im Kontakt sind – dazu verpflichtet, mögliche Gefährdungslagen von Minderjährigen zu erkennen und in geeigneter Weise abzuwenden. Die Wahrnehmung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung legt hierbei den vom Gesetzgeber formulierten Ausgangspunkt fest, ab dem alle zum Schutz von Kindern verpflichteten Berufsgruppen einen Klärungsprozess – idealerweise mit den Eltern – beginnen.

Gewichtige Anhaltspunkte hat der Gesetzgeber inhaltlich nicht näher bestimmt. Sie beziehen sich auf ein Spektrum von Hinweisen auf Entwicklungsgefährdungen oder sonstige gravierende Bedrohungen. Dem Begriff »gewichtige Anhaltspunkte« bleibt damit eine Unbestimmtheit und Unschärfe eigen.

Das Erkennen, Einschätzen und Erörtern von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung stellt professionelle Akteure daher oft vor große Herausforderungen. Das zeigen sowohl Erkenntnisse aus Fallanalysen (vergleiche Gerber/Lillig 2018) als auch der fachliche Diskurs innerhalb der Frühen Hilfen über deren Schutzauftrag und die Schnittstelle zum intervenierenden Kinderschutz<sup>1</sup>. Fachkräfte, die mit Kleinkindern und deren Familien arbeiten, werden immer wieder mit Situationen konfrontiert, die sie mit ihren jeweiligen fachlichen und bereichsspezifischen Möglichkeiten nur bedingt bewältigen können. Unsicherheit bei der Einordnung von wahrgenommenen Hinweisen für eine mögliche Kindeswohlgefährdung und deren Erörterung mit den Eltern oder interprofessionell unterschiedliche Einschätzungen von Gefährdungshinweisen und Gefährdungskonstellationen können den Klärungsprozess erheblich erschweren oder gar verhindern.

Im Rahmen dieser Expertise wird der Versuch unternommen, aus psychologischer und medizinischer Perspektive das Konzept der gewichtigen Anhaltspunkte inhaltlich zu präzisieren und als Kernelement einer diagnostischen Vorgehensweise zu verorten. Anspruch ist es, ein auf empirischen Befunden basierendes Vorgehen zu skizzieren, das professionelle Akteure aus unterschiedlichen Berufsfeldern (zum Beispiel Frühe Hilfen, Frühförderung) beim Erkennen von Risikokonstellationen und Gefährdungsmerkmalen sowie beim interprofessionellen Austausch über die jeweiligen Beobachtungen, Einschätzungen und Entscheidungen nutzen können.

Die Expertise wurde von Dr. Michael Barth, Dipl.-Psych. im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin im Universitätsklinikum Freiburg, verfasst und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Das NZFH wird getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI). Bei der Erstellung wurde der Autor von Florian Belzer, Theresa König und Katrin Schmieder unterstützt, die umfangreiche themenspezifische Recherchen durchführten. Susanna Lillig, wissenschaftliche Referentin im NZFH, DJI, hat das Vorhaben bis zu ihrem Ausscheiden aus dem NZFH im Dezember 2019 mit großem Engagement begleitet. Des Weiteren hat Herr Prof. Dr. Heinz Kindler, Leiter der Fachgruppe Familienhilfe und Kinderschutz am DJI durch seine Rückmeldungen und die dadurch angestoßenen Reflexionen und Überarbeitungen weitere wichtige Impulse gesetzt.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

<sup>1</sup> <https://www.fruehehilfen.de/service/veranstaltungen/dokumentationen/wenn-fruehe-hilfen-an-ihre-grenzen-kommen>

# 1

## Auftrag im Kinderschutz

Kinder, die durch konkrete Lebensumstände schwerwiegend gefährdet werden oder gefährdet werden können, bedürfen des besonderen Schutzes der staatlichen Gemeinschaft. Idealerweise setzt der Schutz gefährdeter Kinder möglichst früh- oder zumindest rechtzeitig an. Das deutsche Kinderschutzsystem kennt verschiedene Ansatzpunkte, um in die Entwicklung eines Kindes gefährdendes Geschehen mit geeigneten Hilfe- oder Schutzkonzepten einzugreifen.

### 1.1 Die Aufgabe des Jugendamtes

Ein zentraler Ansatzpunkt sind in diesem Zusammenhang die sogenannten gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung. Der Begriff wurde 2005 mit dem Paragrafen 8a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII erstmals vom Gesetzgeber eingeführt. Gewichtige Anhaltspunkte benennen konkrete Beobachtungen, die auf eine erhebliche Gefährdung eines Kindes hinweisen können.

Fachkräfte im Jugendamt verpflichtet das Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten dazu, sich ein konkretes Bild vom Kind und dessen Lebensumständen zu machen und auf Grundlage dieser Kenntnisse eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen (Paragraf 8a SGB VIII). Die Mitarbeitenden im Jugendamt schätzen das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte ein; zudem müssen die Eltern »Informationsbeschaffungseingriffe zur Klärung einer möglichen Gefährdungssituation dulden« (Kindler 2010, Seite 1.074). Die Einschätzung der Fachkräfte des Jugendamtes ist Grundlage für die Entscheidung, ob im konkreten Fall das staatliche Wächteramt zum Schutz von Minderjährigen (Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 Grundgesetz (GG)) greift und die Gefährdung von Kindern oder Jugendlichen durch die Gewährung von geeigneten Hilfen zur Erziehung abgewendet werden kann oder massivere Maßnahmen notwendig sind (vergleiche Wiesner 2006). Im ersteren Fall steht dem Jugendamt ein Spektrum an familienorientierten Hilfen zur Verfügung.

Damit die Jugendämter »gefährdete Kinder und deren gefährliche Eltern« (Merk 2014, Seite 8) möglichst rasch und im erforderlichen Umfang betreuen können, sind sie auf möglichst glaubwürdige und verlässliche Angaben von Fremdmeldern angewiesen. Alle Meldungen Dritter – gleichgültig, ob sie von Akteuren anderer Professionen oder von Bürgerinnen und Bürgern kommen – haben denselben Stellenwert für eine gegebenenfalls durchzuführende Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt. Je konkreter und zuverlässiger die Informationen sind, die bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung mitgeteilt werden, desto besser können Fachkräfte der öffentlichen Jugendhilfe die Gewichtigkeit dieser Hinweise beurteilen und zeitnah mit einer umfassenden Gefährdungseinschätzung beginnen.

### 1.2 Die Aufgabe von Akteuren außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe

Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) bindet erstmals explizit psychosoziale und gesundheitsbezogene Berufsgruppen stärker in den Kinderschutz ein. Die Kooperation zwischen den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und anderen professionellen Akteuren zu fördern und zu regeln, ist eines der Kernanliegen dieses Gesetzes: Gemäß Artikel 1 BKisSchG verpflichtet ein Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte auch Fachkräfte außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe dazu, mit den Eltern in einen Klärungsprozess über eine mögliche Gefährdungslage des Kindes einzutreten und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken – analog zu dem in Artikel 8a SGB VIII vorgesehenen Verfahren.

Der Gesetzgeber hat den Akteuren aus psychosozialen und gesundheitsbezogenen Berufsgruppen damit eine Schlüsselfunktion im Kinderschutz zugewiesen. Auf der Grundlage ihrer Fachkenntnis und niederschweligen Zugänge zu Familien können sie frühzeitig gefährdete Kinder und hochrisikobelastete Familien identifizieren (vergleiche Renner 2010).

Nehmen sie gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahr, ist dies nach Paragraph 4 Absatz 1 KKG der Beginn eines mehrstufigen Verfahrens, das folgende Schritte vorsieht:

1. Einschätzung des Gefährdungsrisikos,
2. Erörterung der Situation mit den Eltern oder dem Kind (altersabhängig),
3. Meinungsbildung im Hinblick auf die Erforderlichkeit von Hilfen sowie
4. Hinwirken auf die Inanspruchnahme von für erforderlich gehaltenen Hilfen.

Scheidet ein Vorgehen nach Paragraph 4 Absatz 1 KKG jedoch aus, ist dieses erfolglos oder halten die Fachkräfte zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, dann befugt Paragraph 4 Absatz 3 KKG die Akteure, das Jugendamt zu informieren und zu bekunden, dass aus ihrer Sicht in einem konkreten Fall eine erhebliche Entwicklungsgefährdung vorliegt und die Versorgung und Erziehung des Kindes durch die Eltern dringend evaluiert werden muss, sie selbst aber diese Evaluation nicht zu leisten vermögen beziehungsweise ihnen in ihrem System keine effektiven Hilfemaßnahmen zum Schutz des Kindes zur Verfügung stehen. Diese Entscheidung müssen sie den Eltern mitteilen, es sei denn, dass durch diese Information der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen infrage gestellt ist (Paragraph 4 Absatz 3 KKG). Darüber hinaus sollen sie gemäß dem am 10.6.2021 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz das Jugendamt im Falle einer dringenden Gefahr für das Wohl des Kindes unverzüglich informieren (Paragraph 4 Absatz 3 Satz 3 KKG).

### 1.3 Die Erörterung der Situation mit den Eltern

Gelangen Fachkräfte zu der Einschätzung, dass gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, sind sie verpflichtet, dies mit den Eltern zu erörtern (Paragraph 4 Absatz 1 KKG).

Eine Thematisierung des Elternverhaltens und der familiären Lebensumstände den Eltern gegenüber kann für professionelle Akteure eine große

Herausforderung darstellen (vergleiche Bertsch 2016) und mit einer hohen emotionalen Belastung einhergehen. Sieht sich eine Fachkraft mit dieser Aufgabe überfordert, kann dies dazu führen, dass die notwendige Elternansprache unterbleibt (vergleiche Schols u. a. 2013).

»Many professionals who are comfortable asking about a range of topics are squeamish about assessing possible maltreatment, afraid they will misunderstand, make a difficult situation worse, intrude on a private family matter, or drive a family in need of care away. These challenges are exacerbated by the fact that there has not been consensus on what constitutes maltreatment, making it difficult to know how an assessment should best proceed« (Slep u. a. 2013a, Seite 159).

Bei der Frage des Einbezugs der Eltern sind die Fachkräfte gehalten, »sich eine Meinung darüber zu bilden, ob es für den Schutz des Kindes abträglich sein könnte, die Situation und geeignete Hilfen offen mit den Beteiligten zu erörtern« (Deutsches Jugendinstitut (DJI) 2011, Seite 12). Ist dies nicht auszuschließen, ist eine Gefährdungsmitteilung an das Jugendamt indiziert. Dieser Weg steht auch offen, wenn im weiteren Verlauf eine konstruktive und auf das Wohl und die Entwicklung des Kindes bezogene Erörterung gewichtiger Anhaltspunkte mit den Eltern nicht möglich ist, und ist nach Paragraph 4 Absatz 3 Satz 3 KKG geboten, wenn aus ihrer Sicht eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes besteht.

Kann hingegen eine Erörterung mit den Eltern stattfinden, sind folgenden Fragen bedeutsam:

- Welchen Belastungen und Gefährdungen sind die Kinder in ihrer Umgebung ausgesetzt?
- Ob und wie sind Eltern an einer möglichen Gefährdungssituation beteiligt?
- Wie können Eltern an einer Gefährdungsabwendung beteiligt werden?

Mit diesen Fragen verschiebt sich eine in bestimmten professionellen Kontexten primär auf das Kind gerichtete Aufmerksamkeit auf die familiären Lebensumstände und die Eltern. Der hohe Stellenwert, den der Gesetzgeber einer verstärkt familienorientierten Kinderfürsorge auch als Bestandteil der

Versorgungsleistungen psychosozialer und gesundheitsbezogener Berufsgruppen beimitst, macht Paragraf 1 Absatz 3 KKG deutlich. Er benennt als vorrangige Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft, »soweit erforderlich, Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, damit

1. sie im Einzelfall dieser Verantwortung besser gerecht werden können,
2. im Einzelfall Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt werden und
3. im Einzelfall eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen vermieden oder falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden kann.«

Im Elterngespräch ist ein gegebenenfalls bestehender Hilfebedarf zu klären und zu konkretisieren sowie die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfen zu wecken und deren tatsächliche Inanspruchnahme im Blick zu behalten.

Wichtig ist, den Eltern gegenüber die Auswirkungen ihres Verhaltens auf das Kind nachvollziehbar darzustellen. Eine vorrangig auf negative Entwicklungsmöglichkeiten bezugnehmende Aussprache sollte hierbei vermieden werden, denn diese läuft Gefahr, von Rechtfertigungen der eigenen Sichtweisen beherrscht zu werden, anstatt von der Bereitschaft zum Zuhören und der Offenheit für Veränderungen in den eigenen Handlungsweisen.

Ist im Falle gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung die Bereitschaft der Eltern vorhanden, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen, sind die Eltern aber nicht in der Lage, sich aktiv um diese Hilfe zu kümmern oder sie in der Weise zu nutzen, dass sich die Situation für ein Kind positiv verändert, sind die Akteure ebenfalls zu einer Informationsweitergabe an das Jugendamt befugt.

Kommt es zu einer Inanspruchnahme von Hilfen, ist eine professionelle Einschätzung ihrer Wirkung auf die kindliche Entwicklung erforderlich. Sollten die Hilfen nicht den erwarteten Nutzen für ein Kind, nämlich den Schutz vor erheblichem Schaden, erbringen, sollen professionelle Akteu-

re diese Einschätzung mit den Eltern besprechen, gegebenenfalls ergänzende Hilfen in Erwägung ziehen beziehungsweise zum Schutz des Kindes das Jugendamt informieren.

#### 1.4 Die Aufgabe der insoweit erfahrenen Fachkraft

Eine wichtige Anlaufstelle, an die sich professionelle Akteure beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wenden können, sind die sogenannten insoweit erfahrenen Fachkräfte (Paragraf 8b SGB VIII). Sie stehen sogenannten Berufsheimnisträgern (zum Beispiel Akteure des Gesundheitswesens) (Paragraf 4 KKG) und Fachkräften der freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe (Paragraf 8a Absatz 4 Satz 2 SGB VIII) beratend zur Verfügung, wenn es um die im Gesetzestext genannte Gefährdungseinschätzung geht, insbesondere aber auch dann, wenn Fachkräften die für eine Fallfindung erforderlichen Voraussetzungen fehlen (vergleiche Walper 2012), etwa weil sie auf sich allein gestellt sind, einzelne Verfahrensoptionen und das Spektrum an Hilfen nur unzureichend kennen oder über Wege in die Jugendhilfe unsicher sind (vergleiche Bertsch 2016).

Während für Fachkräfte freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe eine solche Beratung bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung verpflichtend ist, können Akteure außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe (Paragraf 4 KKG) entscheiden, ob sie in einem konkreten Fall eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen oder nicht.

Bisher nehmen Fachkräfte im Gesundheitswesen – trotz Unsicherheiten bei der Einschätzung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung – dieses Angebot eher selten wahr (vergleiche Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2015). Einer Mitgliederbefragung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) im Jahr 2014 zufolge haben 39 Prozent der Ärzte das Beratungsangebot einer insoweit erfahrenen Fachkraft in Anspruch genommen, 27 Prozent haben zudem Daten an das Jugendamt weitergegeben. Ein knappes Fünftel (19 Prozent) der Ärzte hat ohne Rücksprache mit einer insoweit

erfahrenen Fachkraft die Daten weitergegeben, 42 Prozent haben sich weder beraten lassen noch Daten an das Jugendamt weitergegeben (vergleiche BMFSFJ 2015, Seite 86). Von den Kinderärzten, die sich haben beraten lassen, gaben 51 Prozent an, dass sie sich im Großen und Ganzen im Umgang mit Verdachtsfällen einer Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung (eher) sicher fühlen. Unter denjenigen ohne Beratung fühlten sich nur 32 Prozent (eher) sicher (vergleiche BMFSFJ 2015, Seite 89).

Die Gründe für die zurückhaltende Inanspruchnahme der Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft sind vielfältig<sup>2</sup>. Ob die ärztliche Sicherheit in Kinderschutzfragen zu einer höheren Bereitschaft führt, sich von einer insoweit erfahrenen Fachkraft beraten zu lassen, oder die Beratung zu einer höheren ärztlichen Sicherheit beiträgt, ist anhand der vorliegenden Daten nicht zu beurteilen. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass sich die externe Fallberatung bei der Gefährdungseinschätzung, der Planung von Elterngesprächen, dem Abwägen von konkret infrage kommenden Unterstützungsangeboten sowie der Frage der Notwendigkeit einer Mitteilung an das Jugendamt zumindest für Kinderärzte erst ansatzweise etabliert hat (vergleiche BMFSFJ 2015).

Für die interprofessionelle Zusammenarbeit im regionalen Kinderschutz kann – eine entsprechende personelle und qualitative Ausgestaltung sowie eine hinreichend hohe Inanspruchnahme vorausgesetzt – die fallbezogene Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft jedoch eine zentrale Schnittstelle sein. Insoweit erfahrene Fachkräfte können mit der Zeit durch die ihnen von unterschiedlichen professionellen Akteuren in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen berichteten Beobachtungen ein umfangreiches Wissen über Hinweise und Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdungen erwerben. Mit diesen Kenntnissen, einem guten Überblick über die vor Ort angebotenen Hilfen und einer entsprechenden Beratungskompetenz können sie in Gesprächen mit den jeweils fallführenden Akteuren dazu beitragen,

aussichtsreiche Hilfestrategien für gefährdete Kinder und ihre Familie zu entwickeln (vergleiche Seckinger 2016).

## 1.5 Frühzeitiges Erkennen von Hilfebedarfen

Professionellen Akteuren geht es in ihrer Rolle im Kinderschutz nicht nur um eine effektive Überleitung von erheblich gefährdeten Kindern in die Zuständigkeit der öffentlichen Jugendhilfe, sondern auch um das frühzeitige Erkennen von Hilfebedarfen.

Hierbei ist die Differenzierung zwischen dem Konzept der psychosozialen Belastungen und dem Konzept der gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ausschlaggebend. Die beiden Konzepte benennen unterschiedliche Ansatzpunkte zur Klärung konkreter familiärer Lebensumstände und Entwicklungsbedingungen von Kindern und können unterschiedliche Hilfe- oder Schutzmaßnahmen zur Folge haben. Die Indikationen können je nach Ausprägung und Chronizität der einzelnen Anhaltspunkte von primär- über sekundär- bis hin zu tertiärpräventiven Maßnahmen reichen.

Zu den niederschwelligsten Maßnahmen zählen die präventiven Angebote der Frühen Hilfen für Familien mit Kindern bis zu drei Jahren. Frühe Hilfen basieren auf einer familienorientierten Betrachtung der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung von Kindern unter drei Jahren (vergleiche Paul 2012) und umfassen vielfältige Angebote zur Stärkung der Lebens- und Erziehungskompetenz und der gelingenden Eltern-Kind-Beziehung.

Frühe Hilfen richten sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung (vergleiche NZFH 2014a). Insbesondere aber sollen junge Familien, »deren Lebenssituationen durch hohe Belastungen und vielfältige und/oder schwerwiegende Risiken gekennzeichnet« (BMFSFJ 2006, Seite 7) sind, mit geeigneten Hilfs-

2 Diese Gründe können hier nicht ausführlich diskutiert werden. Die interessierten Leserinnen und Leser seien auf die Publikationen von Bianca Bertsch (2016) und Mike Seckinger (2016) verwiesen.

angeboten erreicht werden. Bei entsprechenden Hinweisen sind professionelle Akteure gehalten, die Eltern über geeignete Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und zur Inanspruchnahme Früher Hilfen zu motivieren. Ziel ist es, bei diesen hochbelasteten Eltern auf freiwilliger Basis positive Formen von Fürsorge und Erziehung zu fördern und die Häufigkeit von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung zu verringern (vergleiche Kindler 2010).

Soll die Erfüllung dieses präventiven Zieles nicht dem Zufall überlassen werden, benötigen Fachkräfte eine Strategie, die das Erkennen und Bewerten von Risikolagen sowie die Vermittlung von Familien in entsprechende Hilfesysteme unterstützt. Neben der Wahrnehmung von Familien mit einem (frühen) Hilfebedarf (vergleiche Besier u. a. 2012; Martens-Le Bouar u. a. 2013) braucht es eine weitere Strategie, die professionellen Akteuren mit Blick auf den Kinderschutz eine Einschätzung ermöglicht, ob in einem konkreten Fall präventive Hilfen noch ausreichend erscheinen oder eine Maßnahme aufgrund von Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung überdacht und gegebenenfalls geändert werden muss.

# 2

## Kindeswohlgefährdung

## 2.1 Rechtliche Definition

Gemäß Artikel 6 GG sind »Pflege und Erziehung das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht«. Das Familiengericht ist dann zum Eingreifen in das Erziehungsrecht der Eltern berechtigt und verpflichtet, wenn »das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet wird und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden« (Paragraf 1666 Absatz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)).<sup>3</sup> Liegen diese beiden Tatbestände vor, »so hat das Familiengericht<sup>4</sup> die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind« (Paragraf 1666 Absatz 1 BGB).

Was unter einer Gefährdung des Wohles des Kindes genau zu verstehen ist, ist im Gesetzestext nicht festgelegt. Der Bundesgerichtshof benennt in seiner Auslegung des Gesetzes (BGH FamRZ 1956, 350 = NJW 1956, Seite 1.434) jedoch drei Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit von einer Kindeswohlgefährdung gesprochen werden kann (vergleiche Galm u. a. 2016, Seite 20):

1. Die Gefährdung für das Kind muss **gegenwärtig** gegeben sein.
2. Die (**künftige**) **Schädigung** des Kindes muss **erheblich** sein.
3. Die **Schädigung** muss sich mit ziemlicher Sicherheit **vorhersehen lassen**.

Der Begriff Kindeswohlgefährdung ist somit zu verwenden, wenn konkrete, ein Kind schwerwiegend gefährdende Lebensumstände vorliegen, die es ohne eine deutlich positive Veränderung mit ziemlicher Sicherheit erheblich schädigen oder vorhersagbar schädigen werden.

## 2.2 Gefährdungsformen

### 2.2.1 Formen von Gewalt gegenüber Kindern

Für einen Fallfindungsprozess bei möglicher Kindeswohlgefährdung sind Kenntnisse über empirisch bestätigte Gefährdungsformen unerlässlich, die nachweislich (im Sinne von ursächlich) die kindliche Entwicklung erheblich schädigen können (vergleiche Kindler 2016a).

Als Gefährdungsformen werden körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung unterschieden. Das Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention (Centers of Disease Control and Prevention (CDC)) in den USA hat die jeweiligen Gefährdungsformen wie folgt definiert (vergleiche Leeb u. a. 2008; Übersetzung von Ziegenhain u. a. 2016, Seite 45):

- Eine körperliche Misshandlung ist »die gezielte Anwendung von körperlicher Gewalt gegen das Kind, welche zu körperlichen Verletzungen führt oder das Potenzial dazu hat.«
- Eine emotionale Misshandlung ist »jedes absichtsvolle Elternverhalten, welches dem Kind vermittelt, wertlos, fehlerbehaftet, ungeliebt, ungewollt oder unnützlich zu sein und damit dem Kind potenziell psychologischen oder emotionalen Schaden zufügt.«
- Sexualisierte Gewalt ist »jede durchgeführte oder versuchte sexuelle Handlung mit oder ohne direkten sexuellen Kontakt an/mit einem Kind«.
- Eine Vernachlässigung ist »die mangelnde Erfüllung der grundlegend körperlichen, emotionalen, medizinischen oder bildungsbezogenen Bedürfnisse des Kindes durch die Bezugspersonen und/oder die mangelnde Gewährleistung der kindlichen Sicherheit durch unzureichende Beaufsich-

<sup>3</sup> Vergleiche auch Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG)

<sup>4</sup> Familiengerichtliche Schutzmaßnahmen sind nicht als Strafen für vergangenes Elternhandeln oder elterliche Unterlassungen gedacht. Sie sollen dem zukünftigen Schutz eines Kindes dienen und sicherstellen, dass notwendige Schutzmaßnahmen in der erforderlichen Intensität ergriffen und umgesetzt werden (vergleiche Kindler 2010).

tigung oder die fehlende Herausnahme aus einer gewalttätigen Umgebung«.

Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung sind die am häufigsten vorkommenden, aber am schwierigsten zu erkennenden Gefährdungsformen (vergleiche Institute of Medicine and National Research Council 2014). Beide Gefährdungsformen können auf vielfältige Weise in Erscheinung treten und sind Folgen von Elternhandlungen oder Unterlassungen, die sich über längere Zeiträume regelmäßig wiederholen. Die kindlichen Bedürfnisse werden von den Eltern nicht wahrgenommen oder die Kinder dienen ausschließlich zur elterlichen Bedürfnisbefriedigung.

## 2.2.2 Operationale Definition von Gefährdungsformen

Zur Erfassung und Beschreibung von Gefährdungssituationen sind primär Merkmale schädlicher Elternhandlungen oder Umgebungen operational zu definieren. Für die Operationalisierung der jeweiligen Gefährdungsformen gibt es entsprechende Empfehlungen (vergleiche Dubowitz/Leventhal 2014; Institute of Medicine and National Research Council 2014; Leeb u. a. 2008; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014; Public Health Agency of Canada 2009, zitiert in Wolfe/McIsaac 2011, Seite 802).

Für die Gefährdungsformen Misshandlung und Vernachlässigung hat das Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) ein detailliertes und in verschiedenen Tätigkeitsfeldern anwendbares Klassifikationsschema ausgearbeitet. Das CDC verfolgt mit seinem Schema zwei Ziele (vergleiche Leeb u. a. 2008): Zum einen sollen das Erkennen und die Einschätzung von Misshandlung und Vernachlässigung konkret unterstützt werden, zum anderen

sollen der interprofessionelle Austausch und die Übereinstimmung bei Gefährdungseinschätzungen verbessert werden. Anne Katrin Künster u. a. (2013)<sup>5</sup> verwenden die CDC-Definitionen in dem von ihnen entwickelten Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz in der Version für Klein- und Vorschulkinder (siehe Infokasten 1). Ziel ist es, Fachkräften ein Schema zur Erfassung von Formen von Gewalt gegen Kinder an die Hand zu geben. Zugleich rückt das Schema spezifische elterliche Handlungsweisen in den Fokus, die von Fachkräften bei ihrer Einschätzung beachtet werden sollten.

5 Der Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz – Version für Klein- und Vorschulkinder – (ESM1.Sheet) und Hinweise zur Anwendung des Wahrnehmungsbogens für den Kinderschutz sind unter <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000448> abrufbar.

## INFOKASTEN 1: Operationale Definition der Gefährdungsformen Misshandlung und Vernachlässigung

1. **Erzieherische Vernachlässigung:** Bezeichnet einen Mangel an Gesprächen, Spiel und anregenden Erfahrungen sowie erzieherischer Hilfestellungen oder Einflussnahmen. Zum Beispiel darf das Kind immer so lange wach bleiben, wie es will, das Kind quält Tiere vor den Augen der Bezugsperson, ohne dass diese eingreift.
2. **(Zahn-)Medizinische Vernachlässigung:** Bezieht sich auf das Versäumnis einer ärztlichen oder medizinischen Vorsorge oder Behandlung. Zum Beispiel wird mit dem Kind kein Arzt aufgesucht, wenn es krank ist, die Bezugsperson kümmert sich nicht um die Anwendung der erforderlichen Medikamente.
3. **Emotionale Vernachlässigung:** Bezieht sich auf einen Mangel an Wärme, Einfühlungsvermögen, Geborgenheit und Zuneigung in der Beziehung zum Kind. Zum Beispiel begegnet die Bezugsperson dem Kind mit Liebes- und Aufmerksamkeitsentzug oder fehlenden Reaktionen auf seine emotionalen Signale.
  - a) **Verweigerung angemessener emotionaler Reaktionen:** Zum Beispiel wird das Kind nicht getröstet, wenn es weint oder es wird sich nicht mit ihm gefreut.
  - b) **Ignorieren:** Zum Beispiel wird das Kind links liegen gelassen, es wird ihm nicht zugehört, nicht geantwortet oder in anderer Form direkte Aufmerksamkeit entgegengebracht.
4. **Körperliche Vernachlässigung:** Bezeichnet einen Mangel in der Versorgung des Körpers und der Befriedigung seiner physischen Bedürfnisse.
  - a) **Ernährung:** Zum Beispiel bekommt ein Kind nie ein Pausenbrot mit oder dieses ist verdorben oder ein Kind fällt auf, weil es über- oder unterernährt ist.
  - b) **Hygiene:** Zum Beispiel kommt das Kind schmutzig und ungewaschen in den Kindergarten oder es lebt in extrem unhygienischen Zuständen zu Hause – zum Beispiel gibt es massenweise Müll oder verdorbene Lebensmittel in der Wohnung.
  - c) **Obdach:** Zum Beispiel lebt das Kind in einer Wohnung, die mit Ungeziefer oder Schimmel befallen ist oder die Wohnung kann nicht geheizt werden.
  - d) **Kleidung:** Zum Beispiel kommt das Kind im Winter ohne warme Jacke in den Kindergarten, das Kind scheint nur kaputte, zerschlissene, schmutzige und zu kleine Kleidung zu besitzen.
5. **Unterlassene Aufsicht:** Meint eine Aufsichtspflichtverletzung. Zum Beispiel erscheint die Bezugsperson zum Elternabend und hat das Kind ohne Ersatzperson oder Babysitter allein zu Hause gelassen, verweist über das Wochenende und lässt das Kind ohne Aufsicht und Versorgung allein zu Hause.
6. **Aussetzung einer gewalttätigen Umgebung:** Die Betreuungsperson ergreift keine Maßnahme zum Schutz des Kindes vor gegenwärtiger Gewalt oder Gefahr. Zum Beispiel lebt das Kind in einem Haushalt, in dem es zu gewalttätigen Partnerschaftskonflikten kommt, oder das Kind wird von der Bezugsperson nicht vor gewalttätigen Übergriffen durch eine weitere Person geschützt.
7. **Emotionale Misshandlung:** Meint Verhaltensweisen der Bezugsperson, die dem Kind vermitteln, es sei wertlos, fehlerhaft, ungeliebt, unerwünscht, gefährdet oder es sei nur dazu da, die Bedürfnisse anderer zu erfüllen.
  - a) **Isolieren:** Zum Beispiel schottet die Bezugsperson das Kind vom Kontakt mit Gleichaltrigen ab oder das Kind wird von ihm nahestehenden Personen isoliert oder gar das Kind wird eingesperrt und jeglicher Kontakt zur Außenwelt wird unterbunden.
  - b) **Terrorisieren:** Meint zum Beispiel, dass alles, was das Kind tut, von der Bezugsperson für nicht gut genug gehalten wird oder diese dem Kind das Gefühl vermittelt, dass seine An- oder Abwesenheit ihr gleichgültig ist, bis hin zur Einschüchterung und Ängstigung des Kindes durch Straf-, Gewalt-, Verlust- oder Morddrohungen oder Gewaltausübung gegen eine Person oder ein Objekt, die/das das Kind liebt.
8. **Körperliche Misshandlung:** Jede Form von körperlicher Gewalt gegen ein Kind, die es verletzt oder das Potenzial dazu hat. Von sehr grobem Anpacken des Kindes über Schubsen, Stoßen, Schütteln bis hin zu Schlagen, Prügeln, Verbrennen oder Würgen.
9. **Sexueller Missbrauch:** Meint jede sexuelle Handlung an/mit/vor einem Kind.
  - a) **Berührungsloser sexueller Missbrauch:** Zum Beispiel Exhibitionismus vor dem Kind, Voyeurismus, das Kind wird angehalten, sich zur Befriedigung des Beobachters selbst zu berühren oder das Kind soll bei der Selbstbefriedigung der anderen Person zusehen, bis zur Darstellung des Kindes in pornografischer Weise auf Fotos oder in Filmen.
  - b) **Sexueller Kontakt:** Berührungen der Leiste, der Brust, der Innenseite der Oberschenkel, des Gesäßes und der Genitalien des Kindes, die nicht zur normalen Pflege oder Befriedigung der täglichen Bedürfnisse des Kindes notwendig sind.
  - c) **Sexuelle Handlungen:** Meint sexuelle Handlungen mit Penetration (dem Eindringen) von Zunge, Finger, Penis oder anderen Objekten in Anal- oder Genitalbereich, egal ob vom Erwachsenen zum Kind oder umgekehrt.

## 2.3 Schädigendes Elternverhalten als Merkmal von Kindeswohlgefährdung

### 2.3.1 Trias von Entwicklungsgefährdung, Elternverhalten und Elternverantwortung

Der Begriff Kindeswohlgefährdung bezieht sich auf eine durch Eltern gestaltete und zu verantwortende Entwicklungsumgebung und den darin konkret bestehenden Gefährdungen für die psychosoziale und körperliche Entwicklung eines Kindes (vergleiche Coester 2008). Mit seinem Gebrauch wird konstatiert, dass in dieser Entwicklungsumgebung das Risiko für erhebliche Fehlentwicklungen eines Kindes deutlich erhöht ist und ohne nachhaltig positive Veränderungen dessen Chancen auf eine normaladaptive Entwicklung gravierend beeinträchtigt sind (vergleiche Cicchetti 2016).

Für die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung ist es unerheblich, ob Eltern mit ihren Handlungen oder Unterlassungen eine Schädigung ihres Kindes beabsichtigt oder nicht beabsichtigt haben (vergleiche National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014). Hingegen ist es für die Einschätzung, wann Eltern im Umgang mit ihrem Kind die Grenze zur Kindeswohlgefährdung überschreiten, hoch bedeutsam, ob Eltern bereit und in der Lage sind, die schädigenden Auswirkungen ihres Tuns auf ihr Kind zu erkennen und mit geeigneten Hilfen nachweislich zum Wohle des Kindes zu verändern.

Eine für den Gebrauch des Begriffs Kindeswohlgefährdung wichtige Konsequenz aus der Trias Entwicklungsgefährdung, (zukünftiges) elterliches Pflege- und Erziehungshandeln und Elternverantwortung ist, dass eine Kindeswohlgefährdung immer eine erhebliche Entwicklungsgefährdung oder Schädigung beinhaltet, aber eine erhebliche Entwicklungsgefährdung noch keine Kindeswohlgefährdung sein muss. Hieraus folgt beispielsweise, dass eine Misshandlung rechtlich dann keine

Kindeswohlgefährdung ist, wenn die Eltern dazu in der Lage sind, ihr Kind zukünftig nicht erneut zu misshandeln beziehungsweise es vor einer erneuten Misshandlung zu schützen, und somit keine erhebliche Schädigung mehr droht.

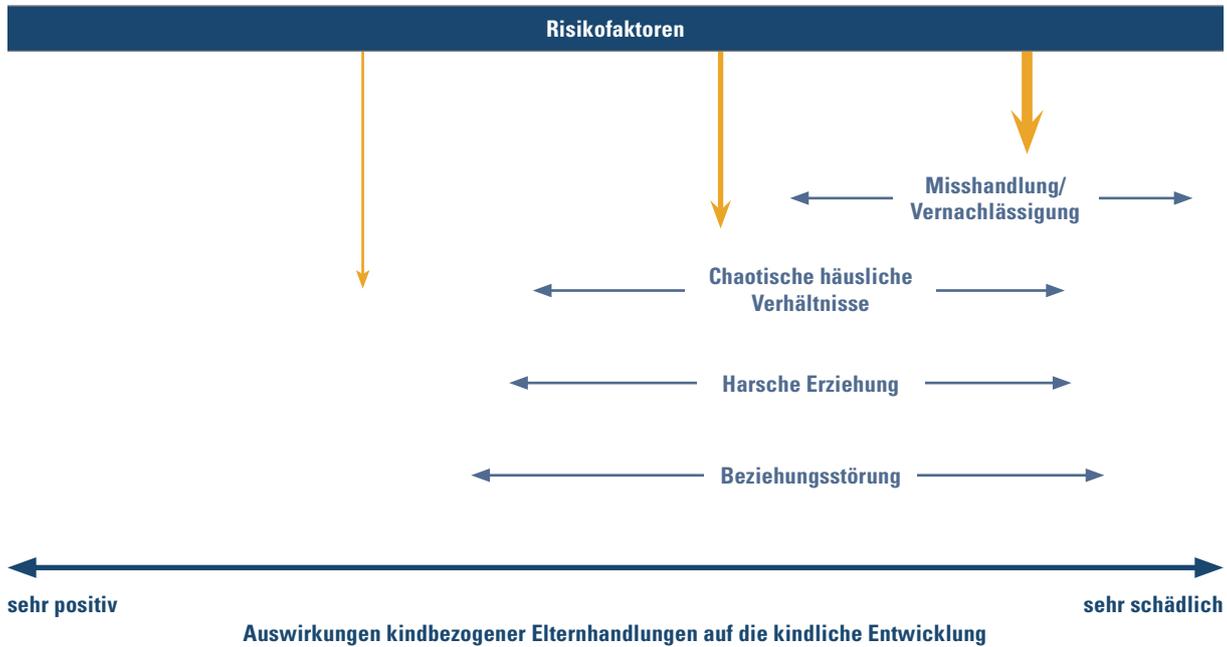
### 2.3.2 Kontinuum der Auswirkungen von Elternverhalten

Das entscheidungsrelevante Kriterium bei der Einschätzung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung ist die fachliche Beurteilung der Auswirkungen von Elternhandlungen oder Unterlassungen auf ein Kind und dessen Entwicklung.

Wie in Abbildung 1 dargestellt, lassen sich diese Handlungen in ein Entwicklungskontinuum (vergleiche Kendziora/O'Leary 1993) einordnen, das durch die Endpunkte »sehr positive Elternhandlungen« und »sehr schädliche Elternhandlungen« bestimmt wird.

Als sehr schädliche Elternhandlungen gelten angedrohte, ausgeführte oder unterlassene Elternhandlungen, die die körperliche oder emotionale Gesundheit und Entwicklung eines Kindes akut verzögern oder dauerhaft erheblich schädigen oder deutlich beeinträchtigen (vergleiche Leeb u. a. 2008, Seite 12). Den negativen Endpunkt von entwicklungsrelevanten Elternhandlungen bilden die Gefährdungsformen Misshandlung und Vernachlässigung (vergleiche Leeb u. a. 2008). Chaotische häusliche Verhältnisse, harsche Erziehungsstile sowie schwerwiegende Beziehungsstörungen sind häufig mit Misshandlung und Vernachlässigung assoziiert und diesen zeitlich oft vorgelagert (vergleiche Wolfe/McIsaac 2011). Die Auswirkungen dieser Lebensumstände können je nach Ausmaß und zusätzlich vorhandenen familiären Belastungen oder Ressourcen unterhalb oder oberhalb der Schwelle einer erheblichen Gefährdung eines Kindes liegen, diese verstärken oder die Möglichkeiten für eine deutliche Reduktion einschränken (vergleiche MacKenzie u. a. 2011).

ABBILDUNG 1: Kontinuum von kindbezogenem Elternhandeln



Eigene Darstellung; Quelle: vergleiche Kendziora/O'Leary 1993

Das in Tabelle 1 dargestellte Schema von David A. Wolfe und Caroline McIsaac (2011) zeigt exemplarisch für den Bereich der elterlichen Erziehungsfähigkeit, wie die Soll-Norm in Paragraf 4 Absatz

1 KKG für eine präventive und interventive Fallfindung bei unterschiedlichen Ausprägungen von Entwicklungsgefährdungen operationalisiert werden kann.

TABELLE 1: Erziehungsstile und Formen emotionaler Ansprache des Kindes

|   | Elterliches Verhalten   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | positiv,<br>gesundheitsfördernd   | schädlich,<br>entwicklungsgefährdend  | emotional misshandelnd,<br>vernachlässigend   |
| <b>Sensorische Stimulation und emotionaler Ausdruck</b>           | Vielfältige sensorische Anregungen und positiver emotionaler Ausdruck; Freude über kindliche Anstrengungen und Erfolge  | Rigider emotionaler Ausdruck, reagiert sehr eingeschränkt auf das Kind; beschäftigt sich wenig mit der kindlichen Entwicklung und den emotionalen Bedürfnissen des Kindes         | Emotionale Zuwendung nur bei Erfüllung von Bedingungen; hoch ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind; kaum oder keine Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse |
| <b>Interaktion</b>  | Dem Kind sehr zugewandt, ermutigend und entwicklungsfördernd  | Oft wenig feinfühlig; kann schlecht mit wechselnden kindlichen Bestrebungen nach Unabhängigkeit und Nähe zu den Eltern umgehen  | Emotionale oder körperliche Zurückweisung kindlicher Zuwendung; Ausnutzen der kindlichen Abhängigkeit mit Zwang, Drohungen oder Bestechungen            |
| <b>Konsistenz und Vorhersagbarkeit der elterlichen Reaktionen</b> | Vorhersehbar konsistentes Verhalten zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung   | Oft unvorhersehbare Elternreaktionen, manchmal mit emotionaler Zurückweisung  | Völlig inkonsistente Reaktionen mit harscher emotionaler Zurückweisung  |
| <b>Regeln und Grenzsetzungen</b>                                  | Regeln für Sicherheit und altersgemäße Schutzmaßnahmen  | Unklare Regeln für Sicherheit und zum Schutz des Kindes   | Sporadische, von Launen abhängige Regelsetzungen zum Nutzen der Eltern  |
| <b>Disziplinierungspraktiken</b>                                  | Gelegentliches Schimpfen, Kritisieren, Unterbrechen der kindlichen Aktivität; belehrt Kind überwiegend mittels Verhaltenskontrolle und selten durch psychologische Kontrollmethoden | Benutzt häufig Zwang und spielt die kindlichen Fähigkeiten herunter; setzt psychologische Kontrollen ein (zum Beispiel Liebesentzug, Strafandrohung, Auslösen von Schuldgefühlen) | Gefühllose und sehr harsche Kontrollen, die das Kind verärgern und gelegentlich soziale Mindeststandards im zwischenmenschlichen Umgang verletzen       |
| <b>Emotionale Ansprache und Umgangston</b>                        | Emotionale Ansprache und Tonlage ist bestimmt, aber nicht ängstlich   | Verbaler und nonverbaler Druck, oft um unrealistische Erwartungen erreichen zu wollen   | Stark ängstlich, drohend, abwertend und verletzend  |

Eigene Darstellung; Quelle: vergleiche Wolfe/McIsaac 2011, Seite 807, Übersetzung vom Autor

Die Beschreibungen verdeutlichen, welche Merkmale elterlicher Verhaltensweisen eine emotionale Misshandlung ausmachen und welche typisch für eine unzureichende Erziehungsfähigkeit sind. Indem entwicklungsrelevante Auffälligkeiten und Belastungen auch unterhalb einer erheblichen Entwicklungsgefährdung erfasst werden, kann sekundärpräventives Handeln an konkret beobachteten Problemlagen ansetzen. Mithilfe des Klassifikationsschemas kann darüber hinaus auch im weiteren Verlauf die Geeignetheit von Maßnahmen in Bezug auf angestrebte Veränderungen im Fürsorge- und Erziehungsverhalten beurteilt werden.

### 2.3.3 Schädliche Langzeitfolgen von Misshandlung und Vernachlässigung

Die mit Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch assoziierten entwicklungs-schädigenden Elternhandlungen und Umgebungsbedingungen beeinträchtigen die kindliche Gesundheit und Entwicklung auf vielfältige und nachhaltige Weise (vergleiche Font/Berger 2015; Norman u. a. 2012; Widom 2014). Es handelt sich dabei um eine durch spezifische Elternhandlungen geprägte Entwicklungsumgebung, die ein Kind höchst bedrohlich

erlebt, die es selbst wenig beeinflussen kann, in der es von wichtigen primären Bezugspersonen keine verlässliche Unterstützung erfährt und in der ihm für eine normal-adaptive Entwicklung notwendige und wichtige Erfahrungen und Anregungen vorenthalten werden (vergleiche Cicchetti 2016). Nach Jack P. Shonkoff und Andrew S. Garner (2012) führen dauerhaft schädliche Sozialisationsbedingungen und der dadurch auf den Kindern lastende hohe Anpassungsdruck zu körperlichem Höchststress mit toxischen Langzeitfolgen. Andauernde und hohe physiologische Stressreaktionen wirken sich in den sensitiven Reifungs- und Entwicklungsphasen der frühen Kindheit (vergleiche Thompson/Nelson 2001) besonders rasch und langfristig schädigend auf die weitere sozio-emotionale und kognitive Entwicklung aus (vergleiche Afifi u. a. 2016, 2014; Font/Berger 2015; McLaughlin u. a. 2015).

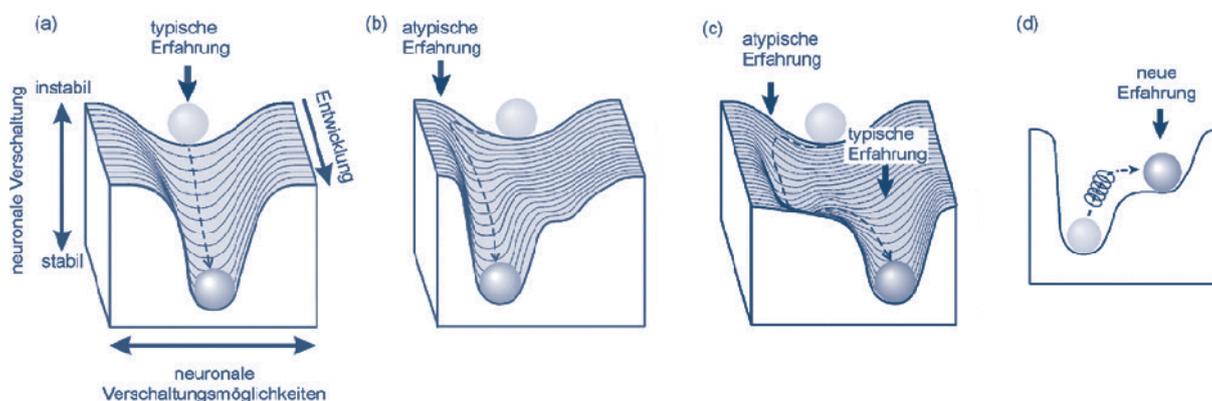
Abbildung 2 veranschaulicht die Wirkung unmittelbarer Umwelteinflüsse auf das lernende neuronale System eines Kindes als Landschaftsmetapher (vergleiche Knudson 2004; Waddington 1957). Nach dieser Vorstellung wirken Erfahrungen auf die Ausbildung des Nervensystems wie eine Kugel, die über ein weiches Gelände rollt. Sie bahnt sich dabei einen Weg; durch immer tieferes Einsinken wird über die Zeit das Verhaltensrepertoire des Nervensystems festgelegt. Unmittelbar nach der Geburt kann die

Kugel in Abhängigkeit von äußeren Einflüssen noch verschiedene Wege einschlagen, das heißt das Nervensystem kann sich sehr unterschiedlich ausformen. Je weiter sich die Kugel voranbewegt, desto tiefer gräbt sich ihre Spur in die Landschaft ein und umso mehr werden die neuronalen Strukturen festgelegt. Veränderungen sind dann nur noch innerhalb von Grenzen möglich (Abbildung 2 (a)) (vergleiche Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2014, Seite 27).

Traumatische Erfahrungen (zum Beispiel Misshandlungen, Vernachlässigung, häusliche Gewalt) in frühen, sensiblen Entwicklungsphasen (vergleiche Thompson/Nelson 2001) bedingen eine ganz andere adaptive Ausformung des Nervensystems als unter günstigen Bedingungen. Die Kugel folgt einer anderen Bahn und schreibt damit einen anderen Entwicklungsweg fest (Abbildung 2 (b)).

Je früher und schwerer ein Kind traumatisiert wird, desto weniger kann der ursprüngliche Zustand des neuronalen Systems durch spätere positive Erfahrungen wiederhergestellt werden (Abbildung 2 (c)). Obgleich durch frühzeitige und passgenaue Maßnahmen diesen Kindern nachhaltig geholfen werden kann, erreichen sie nicht mehr das neuronale Funktionsniveau, das sie unter sicheren Umweltbedingungen hätten erreichen können (Abbildung 2 (d)).

ABBILDUNG 2: Erfahrungsabhängige Entwicklungsverläufe



Auch die seit den 1990er-Jahren entstandene Forschungsdisziplin der Epigenetik hat biologische Mechanismen identifiziert, die für die nachhaltige Wirkung von ungünstigen Umweltbedingungen auf das Nervensystem und somit auf das menschliche Verhalten und Erleben mit verantwortlich sind. Demnach bestimmen Umwelterfahrungen die genetische Aktivität über die sogenannte Chromatinverpackung der Gene, indem sie das Ablesen der DNA verändern können. In der Folge können negative Lebenserfahrungen zu epigenetischen Veränderungen und damit zu Verhaltensveränderungen führen. Ist die Chromatinverpackung eines Gens offen, dann ist das betreffende Gen aktiv. Ist die Chromatinverpackung geschlossen, dann ist das betreffende Gen inaktiv (vergleiche Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 2014, Seite 35). Die enge Verzahnung von genetischen Prädispositionen und Umwelteinflüssen führt dazu, dass sich Misshandlung und Vernachlässigung auf die

Entwicklung von betroffenen Kindern nicht nur dauerhaft und langfristig, sondern auch äußerst vielfältig und unterschiedlich auswirken können (vergleiche Bakermans-Kranenburg/van Ijzendoorn 2015; Cicchetti 2016; Gershon/High 2015).

Eine weitere Konsequenz der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen genetischer Prädisposition und Umwelteinflüssen besteht allerdings darin, dass Misshandlung oder Vernachlässigung keine spezifischen emotionalen, sozialen, kognitiven oder neurologischen Auswirkungen bei Kindern zeigen. Aufgrund der ätiologischen Offenheit von kindlichen Auffälligkeiten (vergleiche Cicchetti 2016) kann somit von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten nicht ursächlich auf das Vorliegen einer Misshandlung oder Vernachlässigung geschlossen werden.

Einen Überblick über das mit Misshandlungen und Vernachlässigungen assoziierte Störungs- und Krankheitsspektrum zeigt Tabelle 2.

TABELLE 2: Langzeitfolgen von Misshandlung und Vernachlässigung

| Entwicklungsstörungen   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| neurologisch/medizinisch  | kognitiv/intellektuell   | sozial/Verhalten   | psychologisch/emotional  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hirnschädigung</li> <li>• Neurobiologische Folgen</li> <li>• Geistige Retardierung</li> <li>• Sprachstörungen</li> <li>• Körperliche Beeinträchtigungen</li> <li>• Gesundheitsprobleme</li> <li>• Tod</li> <li>• Vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedrige Intelligenz</li> <li>• Aufmerksamkeitsdefizite</li> <li>• Lernstörungen</li> <li>• Schlechte Leseleistung</li> <li>• Schlechte Schulleistungen</li> <li>• Schulabbrüche</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggression</li> <li>• Schulschwänzen</li> <li>• Ausreißen</li> <li>• Delinquenz</li> <li>• Prostitution</li> <li>• Teenagerschwangerschaften</li> <li>• Alkohol- und Drogenmissbrauch</li> <li>• Gewaltkriminalität</li> <li>• Partnergewalt</li> <li>• Misshandlung</li> <li>• Arbeits-, erwerbslos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst</li> <li>• Depression</li> <li>• Dysthymia</li> <li>• Geringes Selbstwertgefühl</li> <li>• Geringe Stressbewältigung</li> <li>• Misstrauen/feindselig</li> <li>• Suizide und Suizidversuche</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>• Dissoziative Störungen</li> <li>• Borderline-Persönlichkeitsstörung</li> <li>• Antisoziale Persönlichkeitsstörung</li> </ul> |

Eigene Darstellung; Quelle: entnommen aus Institute of Medicine and National Research Council 2012, Seite 11, Übersetzung vom Autor

## 2.3.4 Gewichtige Anhaltspunkte und schädigendes Elternverhalten

### 2.3.4.1 Gewichtige Anhaltspunkte und Grenzwerte für schädigendes Elternverhalten

Benennt der Begriff Kindeswohlgefährdung den Zusammenhang zwischen konkreten elterlichen Handlungen oder Unterlassungen und deren unmittelbar oder mittelbar schädlichen Auswirkungen auf die Entwicklung und das Leben eines Kindes, folgt daraus, dass der Gebrauch des Ausdrucks Kindeswohlgefährdung von einem Beobachter verlangt, dass er

1. die aus seiner Sicht schädlichen Elternhandlungen mit
2. ihren (hoch wahrscheinlichen) erheblich negativen Auswirkungen auf das Kind konkret benennen und
3. diesen Zusammenhang gegenüber Eltern, anderen Berufsgruppen oder Fachkräften der Jugendhilfe anhand konkreter Beobachtungen aufzeigen kann.

Beobachtbare Anzeichen für schädliche Auswirkungen von konkreten Elternhandlungen oder Unterlassungen auf ein Kind gelten als gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung.

Um beurteilen zu können, ab wann elterliche Handlungen als erheblich schädigend und damit als Kindeswohlgefährdung zu werten sind (vergleiche National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014), braucht es Grenzwerte. Eine wichtige Funktion solcher Grenzwerte ist die Kennzeichnung der Dringlichkeit von Veränderungen in einer konkreten Entwicklungsumgebung zum Schutz eines gefährdeten Kindes (vergleiche Galm u. a. 2016).

Für Grenzwerte, die eine entwicklungsgefährdende Situation markieren, kann auf das von Amy Slep und Richard Heyman in einem mehrstufigen empirischen Prozess entwickelte Klassifikationsschema zurückgegriffen werden, das sich am DSM-5, dem Diagnostischen Statistischen Manual psychischer Störungen der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA), orientiert (vergleiche Heyman/Slep 2006, 2009; Slep/Heyman 2006; Slep u. a. 2013a).

Gemäß diesem Schema ergeben sich relevante Grenzwerte aus den ein Kind schädigenden Elternhandlungen, die nicht die Folge eines zufälligen Ereignisses sind (sogenanntes Kriterium A) und aus den erheblichen Auswirkungen dieser Handlungen auf ein Kind (Kriterium B). Diese beiden Kriterien sind gemeinsam zu beachten und wenn möglich in ihrem Zusammenhang anhand von konkreten Beobachtungen zu beschreiben (vergleiche Slep u. a. 2013b).

Kriterium A: Hinweis auf schädigende Elternhandlungen,

- die ein Kind körperlich verletzen oder das Potenzial dazu haben,
- in Form sexueller Handlungen mit oder ohne direktem oder versuchtem sexuellen Kontakt an oder mit einem Kind,
- die einem Kind vermitteln, wertlos, ungeliebt, ungewollt oder unnützlich zu sein,
- die grundlegende Bedürfnisse nach Versorgung (inklusive Medizin, Zahnmedizin) und Schutz (Aufsicht, gewalttätige Umgebungen), nach sozialer Bindung sowie kognitiver, emotionaler, moralischer und sozialer Anregung und Orientierung (Bildung, Erziehung) mangelhaft erfüllen beziehungsweise vernachlässigen,
- die Teil einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehung sind oder
- die auf fehlende Vermittlung grundlegender Werte und Verhaltensweisen hindeuten.

Kriterium B: Beobachtungen am Kind, die ein Hinweis auf schädigende Elternhandlungen sein können:

- mehr als eine unbedeutende körperliche Verletzung (zum Beispiel jegliche nicht-akzidentelle Gesichts- oder Kopfverletzung, jegliche nicht-akzidentelle Verletzung bei einem Kind unter zwei Jahren oder Verletzungen aufgrund mangelnder elterlicher Aufsicht),
- mehr als eine unbedeutende Angstreaktion,
- signifikante psychische Belastungsreaktionen oder Verhaltensstörungen,
- stressbezogene körperliche Symptome (zum Beispiel Schmerzen, Schwindel, Hyperventilation etc.).

Jedes Kriterium A-Item und jedes Kriterium B-Item benennt als Einzelnes oder als Paar einen gewichtigen Anhaltspunkt für eine erhebliche Schädigung eines Kindes und verlangt weitere Abklärung im Rahmen einer Gefährdungseinschätzung.

Diese Anhaltspunkte sollten idealerweise mit den Eltern erörtert werden. Die primäre Zielsetzung ist dabei, mittels geeigneter Maßnahmen eine effektive und dauerhafte Reduktion der kindlichen Gefährdung durch eine Veränderung des Elternverhaltens zu erreichen (vergleiche Slep u. a. 2013a).

Sind für einen einsichtigen Dritten überwiegend oder ausschließlich schädliche Elternhandlungen (Kriterium A), aber (noch) keine Auswirkungen aufseiten des Kindes (Kriterium B) erkennbar, so ergeben sich daraus Konsequenzen für die weitere Arbeit. Die erste und vorrangige Konsequenz ist, mit den Eltern das von ihnen gezeigte Verhalten zu erörtern, die mit ziemlicher Sicherheit vorhersehbare Schädigung ihres Kindes aufzuzeigen sowie sie von der Inanspruchnahme geeigneter Hilfen zu überzeugen oder im Bedarfsfall durch Hinzuziehung des Jugendamtes die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen prüfen zu lassen. Die zweite Konsequenz ist, vorhandene Schutzfaktoren sowie das Spektrum an Reaktionen des Kindes auf das elterliche Verhalten oder die widrigen Umgebungseinflüsse sorgfältig zu beobachten, um vorhandene oder aufkommende spezifische Hilfebedarfe rechtzeitig zu erkennen.

#### 2.3.4.2 Informationstypen von gewichtigen Anhaltspunkten

Verfügen professionelle Akteure nur zum Elternverhalten oder nur zur Auswirkung auf das Kind über verdächtige Hinweise, prüfen sie idealerweise, inwieweit sich Hinweise zum jeweils fehlenden Bereich eruieren lassen. Unter Umständen müssen als notwendig erachtete Hilfeempfehlungen auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeitsaussagen oder normativen Einstellungen und Werthaltungen begründet werden.

Die Wahrnehmung nur einer der beiden Bedingungen kann fehlenden Beobachtungsmöglichkeiten, begrenzten Gesprächs- oder Anamnesemöglichkeiten oder Unsicherheiten bei der Einschätzung von einzelnen Hinweisen oder alternativen Erklä-

rungsmöglichkeiten zur Entstehung der kindlichen Symptomatik geschuldet sein.

Diese Lücken lassen sich anhand von drei Informationstypen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung verdeutlichen (vergleiche Kindler 2011b):

1. Einzelhinweise (zum Beispiel eine verletzungsbedingte Wunde bei einem Kind oder eine sehr niedergeschlagene und hilflos erlebte Mutter),
2. mehrere Hinweise, die sich in der Gesamtbewertung als gewichtige Anhaltspunkte erweisen (zum Beispiel ein sehr ängstliches Kind und eine von der Krippenerzieherin als sehr impulsiv wahrgenommene Mutter),
3. Einzelhinweise, die vor dem Hintergrund eines schon bekannten Einzelfalls als gewichtiger Anhaltspunkt bewertet werden müssen (zum Beispiel wiederholte Situationen mangelnder Beaufsichtigung eines Kleinkindes).

#### 2.3.4.3 Plausibilisierung des Vorliegens gewichtiger Anhaltspunkte

Wendet man die Relation Elternhandlung – Auswirkungen auf das Kind auf das Vorkommen einer verletzungsbedingten Wunde an, so gilt diese Verletzung dann als gewichtiger Anhaltspunkt, wenn die Erklärung der Eltern nicht zu der Verletzung passt oder das Verletzungsmuster als nicht-akzidentell beurteilt wird. Um ein beobachtetes oder dokumentiertes Verletzungsmuster als nicht-akzidentell einschätzen zu können, benötigt eine Fachkraft auf das Alter und den Entwicklungsstand eines Kindes bezogene Kenntnisse über typische und untypische Verletzungslokalitäten und -muster (vergleiche Herrmann u. a. 2008; Pierce u. a. 2010). So sind zum Beispiel Hämatome an Oberkörper (Torso), Ohr (Ear) und Hals (Neck) bei Kindern unter vier Jahren typisch für nicht-akzidentelle Verletzungen (zum Beispiel bei körperlicher Misshandlung) und höchst untypisch für (zufallsbedingte) Unfälle. Als Merkhilfe bezeichnen Mary C. Pierce u. a. (2010) diese Verletzungsorte mit dem Akronym TEN-4 (TorsoEarNeck-4).

Da nicht-akzidentelle Verletzungen selten direkt beobachtet werden, ist deren Zustandekommen durch weitere Informationen zu erschließen (verglei-

che Lips 2011). Wichtige Zusatzinformationen, die die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines nicht-akzidentellen Verletzungshergangs erhöhen, sind nach Eveline C. Louwers u. a. (2014) die folgenden sechs Aspekte:

1. Widersprechen die anamnestischen Angaben der Eltern dem Verletzungsmuster des Kindes?
2. Erfolgt das Aufsuchen medizinischer Hilfe unnötigerweise verzögert oder gar nicht?
3. Passt die Verletzung zum Entwicklungsstand des Kindes?
4. Ist das Verhalten des Kindes, seiner Eltern oder deren Interaktion im medizinischen Untersuchungskontext angemessen?
5. Passen die anamnestischen Elternangaben zu den Befunden der Ganzkörperuntersuchung des Kindes?
6. Gibt es andere Hinweise, die einen professionellen Beobachter an der Sicherheit des Kindes oder anderer Familienmitglieder zweifeln lassen?

Ergeben sich bei einer dieser sechs Fragen auffällige Hinweise, liegt ein begründeter gewichtiger Anhaltspunkt für eine Gefährdung vor und weitergehende medizinische und psychosoziale Abklärungen sind notwendig (vergleiche Louwers u. a. 2014). Wie das Beispiel 1 in Kapitel 2.3.4.2 zeigt (eine verletzungsbedingte Wunde bei einem Kind oder eine sehr niedergeschlagene und hilflos erlebte Mutter), wird durch die explizite Berücksichtigung der sehr wahrscheinlichen, aber noch nicht benannten Elternhandlung beim Beobachter ein Suchprozess gestartet, durch den ein angenommener Zusammenhang von Elternhandlung und Verletzung überprüft und plausibilisiert wird. Diese Ergebnisse können dann für den weiteren Abklärungs-, Entscheidungs- und Erörterungsprozess fruchtbar gemacht werden. Auch für eine Einschätzung von Elternhandlungen, zu denen (noch) keine Informationen zum Kind vorliegen, kann eine gezielte Betrachtung der Relation Elternhandlung – Auswirkungen auf das Kind hilfreich sein. Diese Betrachtungsweise führt einen Beobachter zunächst zu der Frage, ob und wie – in genanntem Beispiel – Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit das mütterliche Verhalten beeinflussen.

Im Anschluss ist dann zu fragen, wie und in welchen Situationen sich das mütterliche Handeln konkret auf das Kind auswirkt, bereits nachteilig ausgewirkt hat oder sich unter Berücksichtigung eines proximalen Risikofaktors (Faktor mit unmittelbar negativen Auswirkungen auf das Kind) sehr wahrscheinlich auswirken wird.

Die Hinweise in Beispiel 2 (ein sehr ängstliches Kind und eine von der Krippenerzieherin als sehr impulsiv wahrgenommene Mutter) beziehen sich sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind. Aus einer funktionalen Perspektive stellt sich hier die Frage: Welche konkreten mütterlichen Handlungen beobachtet die Erzieherin oder der Erzieher im Umgang mit dem ängstlichen Kind beziehungsweise welche Handlungen beschreibt sie oder er konkret mit dem Begriff Impulsivität?

In Beispiel 3 (wiederholte Situationen mangelnder Beaufsichtigung eines Kleinkindes) ist der gewichtige Anhaltspunkt mangelnde Beaufsichtigung dann vollständig bestimmt, wenn dieser Hinweis konkret und wiederholt beobachtet wurde und sich faktische oder potenzielle Gefahrensituationen für ein Kind ergeben haben oder hoch wahrscheinlich ergeben werden.

Ein Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist damit meist das Ergebnis eines Prozesses, in dem professionelle Akteure die Auswirkungen von familiären Lebensumständen und elterlichen Handlungen auf ein Kind und dessen Entwicklung wiederholt und oft intuitiv eingeschätzt haben.

Gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung kann auch ein durch familiäre Risikolagen oder durch kindliche Entwicklungsbelastungen oder -gefährdungen geprägtes Geschehen vorausgehen, das im Vorfeld nicht angemessen eingeschätzt oder hinreichend positiv beeinflusst werden konnte oder wurde (vergleiche Institute of Medicine and National Research Council 2014).

**Entwicklungsbelastet** ist ein Kind, wenn aus professioneller Sicht davon auszugehen ist, dass es die vorliegenden Belastungen aufgrund vorhandener Schutzfaktoren positiv bewältigen kann. Als **relevante Schutzfaktoren** gelten nach Werner und Smith (1982):

- Eigenschaften des Kindes, die positive Reaktionen der Umgebung auslösen (zum Beispiel positives Temperament),
- eine positive frühe Eltern-Kind-Beziehung,
- ein vertrauens- und selbstständigkeitsfördernder Erziehungsstil oder
- außerfamiliäre Unterstützungs- oder Hilfesysteme, die die kindliche Entwicklung fördern (vergleiche auch Deegener/Körner 2011).

**Entwicklungsgefährdet** ist ein Kind, wenn es durch mehrere Risikofaktoren und/oder wesentliche Einschränkungen in den Bereichen Pflege und Versorgung, Bindung, Vermittlung von Regeln und Werten, Förderung sowie durch fehlende Schutzfaktoren erheblich belastet ist und es nach professioneller Einschätzung im Vergleich zur Altersgruppe in seiner körperlichen oder psychosozialen Entwicklung mindestens grenzwertig beeinträchtigt ist oder in absehbarer Zukunft sein wird (vergleiche Petermann u. a. 2004).

**Der Übergang von einer Entwicklungsgefährdung zur Kindeswohlgefährdung ist dann gegeben, wenn die körperliche und/oder psychosoziale Entwicklung des Kindes erheblichen Schaden nimmt (BGH FamRZ 1956, 350 = NJW 1956, Seite 1.434).** In einem solchen Fall müssen professionelle Akteure gemäß Paragraf 8a SGB VIII beziehungsweise Paragraf 4 KKG tätig werden. Sind die Eltern trotz Hilfsangeboten nicht bereit oder in der Lage, die Gefahr abzuwenden, muss das Familiengericht gemäß Paragraf 1666 BGB die notwendigen Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergreifen. Diese Unterscheidung ist für ein auf die kindliche Entwicklung bezogenes, die elterliche Partizipation nutzendes Fallfindungsgeschehen hilfreich.

### 2.3.5 Exkurs: Gewichtige Anhaltspunkte für Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung

Erhebliche Störungen in der frühen Eltern-Kind-Beziehung sind eng assoziiert mit emotionaler Misshandlung und ihren vielfältigen negativen Langzeitfolgen für die Entwicklung eines Kindes. Daher sind sie von besonderem Belang und als Anzeichen für eine belastete Eltern-Kind-Beziehung häufig Anlass für die Indikation von bindungs- und interaktionsfördernden Maßnahmen im Rahmen der Frühen Hilfe (vergleiche zum Beispiel Suess u. a. 2010) oder für psychotherapeutische Maßnahmen im Säuglings- oder Kleinkindalter (vergleiche Biringen u. a. 2012; Cierpka 2012; Prinz 2013).<sup>6</sup>

Hinweise auf Interaktionsstörungen in der Eltern-Kind-Dyade ergeben sich in Versorgungskontexten häufig aus Schilderungen und Fragen der Eltern oder aus situativen Beobachtungen. Schilderungen der Eltern von eigenen Belastungen im Umgang oder von Enttäuschungen über ihr Kind, von häufigen Konflikteskalationen und Beobachtungen auffälliger Verhaltensweisen des Kindes in der Interaktion mit einem Elternteil sind ernstzunehmende Hinweise auf gravierende Beziehungsstörungen (vergleiche Schechter u. a. 2010). Nach Amy M. S. Slep und Tuula Tamminen (2013) handelt es sich um Hinweise auf Beziehungsstörungen, wenn Fachkräfte in Eltern-Kind-Interaktionen beobachten oder davon hören, dass ein Elternteil oder ein Kind in der Beziehung wiederholt hoch oder dauerhaft unzufrieden ist und ein Kind in diesen Begegnungen mit starken Auffälligkeiten reagiert.

<sup>6</sup> Der hohe Stellenwert, der der Eltern-Kind-Beziehung für eine gesunde Entwicklung beigemessen wird, verdeutlicht auch deren explizite Berücksichtigung in der 2016 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Neustrukturierung der Kinder-Richtlinien, wonach die Kinderärztinnen und Kinderärzte verstärkt die Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson bei den Früherkennungsuntersuchungen beachten sollen (G-BA 2016).

Konkrete Anzeichen sind (vergleiche Wamboldt/ Cardoro 2013):

- Schwierigkeiten bei der Lösung von Konflikten (häufige, andauernde oder eskalierende Konflikte oder Vermeidung von Konfliktlösungen),
- ein erheblicher Mangel positiver Verhaltensweisen,
- fehlende, unzureichende oder inkonsistent durchgesetzte Grenzen und Regeln für das Kind,
- unzureichende elterliche Kontrolle und Aufsicht von kindlichen Aktivitäten (Kind seinerseits ist verschlossen oder verheimlicht Aktivitäten),
- Überinvolviertheit eines Elternteils in kindliche Aktivitäten,
- fortgesetztes und grundloses Ablehnen oder Kritisieren eines Kindes durch einen Elternteil.

Weitere Hinweise auf eine Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind können spezifische Auffälligkeiten sein wie auffällige Elterninterpretationen kindlicher Verhaltensweisen (sogenannte kognitive Auffälligkeiten). Sie sind wiederholte oder permanente Zuschreibungen von negativen Verhaltensabsichten, die als Folge von schlechten Charaktereigenschaften oder Böswilligkeit des Kindes gedeutet werden. Positive Verhaltensweisen des Kindes, falls sie von Eltern überhaupt wahrgenommen werden können, werden als zufällig, durch Umstände bestimmt oder als Folge einer versteckten negativen Absicht gesehen. Emotionale Auffälligkeiten äußern sich darin, dass Interaktionen oder Gedanken an das Kind häufig mit deutlichem Ärger, mit Missachtung, Trauer oder Apathie assoziiert sind. Gesundheitliche Auffälligkeiten zeigen sich in einer Zunahme von körperlichen oder psychischen Symptomen beim Kind oder im Hinauszögern oder Verweigern von dringend notwendigen medizinischen Behandlungen oder Therapien durch die Eltern. Liegen konkrete Hinweise vor, dass sich Belastungen in den Eltern-Kind-Interaktionen auf zwei der vier Bereiche Verhalten, Kognition, Emotion und Gesundheit eines Kindes erheblich auswirken, empfehlen Marianne Z. Wamboldt und Anthony R. Cardoro (2013), diese Auffälligkeiten mit den Eltern soweit als möglich zu erörtern. Hierbei ist eine gelingende Beteiligung der Eltern enorm wichtig, da eine Stärkung

oder Wiederherstellung ihrer Erziehungsfähigkeit ohne ihre gewollte Mitwirkung nicht gelingen kann.

Eine ausführliche und differenzierte Diagnostik von Beziehungsstörungen ist für viele professionelle Akteure im Rahmen ihrer Tätigkeiten allerdings nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Hierfür bedarf es eines geeigneten Beobachtungskontextes, eines diagnostischen Klassifikationssystems und entsprechend geschulter Diagnostikerinnen und Diagnostiker. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) hat 2015 in ihren Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter erstmalig die Beurteilung und Klassifikation von Beziehungsstörungen »wegen ihrer großen Bedeutung« (AWMF 2015, Seite 10) zur diagnostischen Pflichtaufgabe für Kinderpsychiaterinnen und -psychiater sowie Kindertherapeutinnen und -therapeuten bestimmt.

Zur diagnostischen Beurteilung und Klassifikation von interaktiven Störungen schlagen die Autorinnen und Autoren vor, die Achse II aus dem Diagnosesystem DC: 0-3 (vergleiche Zero to Three 2005) zu übernehmen. Das DC: 0-3 unterscheidet für Kinder bis zum dritten Lebensjahr folgende Formen von Beziehungsstörungen (vergleiche AWMF 2015, Seite 18):

- Überinvolvierte Beziehungsstörung
- Unterinvolvierte Beziehungsstörung
- Ängstliche/angespannte Beziehungsstörung
- Ärgerliche/ablehnende Beziehungsstörung
- Misshandelnde Beziehungsstörung (verbal, körperlich oder sexuell)

Die verschiedenen Formen von Beziehungsstörungen können von subklinischen Symptomausprägungen bis zu schweren Entwicklungsschädigungen reichen und können isoliert vorliegen, das heißt weder die Eltern noch das Kind weisen außerhalb ihrer Interaktion weitere Auffälligkeiten auf (siehe Infokasten 2).

## INFOKASTEN 2: Komprimierte Beschreibung von Beziehungsstörungen entsprechend dem diagnostischen Klassifikationssystem Zero to Three

### Überinvolvierte Beziehungsstörung

- Dominante Eltern mit unangemessenen Anforderungen und Unterbrechungen; Kind zeigt angepasstes oder oppositionelles Verhalten.
- Wechsel zwischen Angst, Depression und Ärger.
- Kind als Partner oder gleichaltrige Person sehen, ohne dessen Eigenständigkeit zu respektieren.

### Unterinvolvierte Beziehungsstörung

- Eltern unsensibel, reagieren inadäquat auf Signale des Kindes; Vernachlässigung und Fehlinterpretation kindlicher Wünsche und elterliche Inkonsistenz.
- Eltern sind traurig, eingeschränkt, zurückgezogen, mit wenig Freude.
- Kindliche Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen.

### Ängstliche/angespannte Beziehungsstörung

- Eltern angespannt und überprotektiv, erhöhte Sensitivität für kindliche Zeichen; Kind überangepasst und ängstlich.
- Angst und Anspannung.
- Kindliches Verhalten wird fehlinterpretiert.

### Ärgerliche/ablehnende Beziehungsstörung

- Eltern wenig sensitiv, wirken abrupt und offen oder verdeckt aggressiv gegen das Kind; Kind kann ängstlich, oppositionell oder hypervigilant wirken.
- Ärgerlich und feindlich.

- Ärger über die kindliche Abhängigkeit und eigene Elternbedürfnisse.

### Verbal misshandelnde Beziehungsstörung

- Ablehnung, Überkontrolle, Vorwürfe und Beschimpfungen durch die Eltern; Kinder können eingeschränkt oder hypervigilant wirken.
- Affektiver Ton überwiegend negativ.
- Eltern interpretieren kindliche Zeichen als absichtlich negative Reaktionen fehl.

### Körperlich misshandelnde Beziehungsstörung

- Eltern misshandeln Kind körperlich, können Grundbedürfnisse des Kindes nicht anerkennen.
- Affektiver Ton ist durch Ärger, Feindseligkeit und Irritabilität geprägt.
- Eltern können Grenzsetzungen nicht ohne Angriffe durchführen; ambivalenter Wechsel zwischen Nähe und Ablehnung.

### Sexuell missbräuchliche Beziehungsstörung

- Eltern sind sexualisiert übergriffig und überstimulierend gegenüber dem Kind; Kind kann sexuell inadäquates Verhalten zeigen; fehlende Grenzsetzung und Konsistenz in der Interaktion sind typisch.
- Affektiver Ton ist labil, ängstlich, angespannt und aggressiv.
- Eltern können sich nicht in das Kind einfühlen.

Eigene Darstellung; Quelle: vergleiche AWMF 2015, Seite 33 ff.

Für eine Diagnostik von Beziehungsstörungen mit dem DC: 0-3 sind in der Regel längere und wiederholte Interaktionsbeobachtungen erforderlich, um die Qualität des interaktiven Verhaltens, den affektiven Ton innerhalb der Dyade und die psychische Involviertheit von Eltern und Kind beurteilen zu können sowie die jeweils störungsspezifischen Hilfen in die Wege zu leiten. Versuche, weniger aufwendige Beobachtungsverfahren zur validen Erfassung von Beziehungsstörungen gemäß DC: 0-3 zu entwickeln,

führten bisher noch zu keinen befriedigenden Ergebnissen (vergleiche Müller u. a. 2013).

Werden Fachkräften gewichtige Anhaltspunkte für Beziehungsstörungen bekannt, sollten sie idealerweise die Hinzuziehung eines entsprechend qualifizierten Kinderpsychiaters oder -psychotherapeuten im Sinne einer insoweit erfahrenen Fachkraft für eine ausführliche Beziehungsdiagnostik und zur weiteren Therapie- und Hilfeplanung erwägen (vergleiche AWMF 2015).

**3**

**Wahrnehmung, Beurteilung  
und handlungsbezogene  
Auswertung gewichtiger  
Anhaltspunkte als  
diagnostische Aufgabe**

Gewichtige Anhaltspunkte haben die Funktion kritischer Meilensteine. Sie definieren die Hinweise, die den Fachkräften anzeigen, dass ein Kind in einer Entwicklungsumgebung und unter Lebensumständen leben könnte, die seine Entwicklung erheblich schädigen, und der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht. Gewichtige Anhaltspunkte markieren damit den Einstieg in das Fallfindungsverfahren im Kontext des Kinderschutzes.

Mit der Beobachtung von konkreten Anzeichen, die mit einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder psychosozialen Entwicklung des Kindes in Zusammenhang stehen können, verschiebt sich der Fokus von einer durch Belastungen und Risikolagen motivierten Klärung des Anspruchs einer Familie auf Hilfe hin zur Einschätzung der Notwendigkeit von Hilfe- und Schutzmaßnahmen wegen Kindeswohlgefährdung.

Aus dem Fallfindungsprozess resultieren damit zwei Handlungsanforderungen:

- Erkenne im jeweiligen beruflichen Umfeld frühzeitig die Fälle, die unterhalb der Schwelle des Paragraphen 8a SGB VIII liegen und in denen Eltern Hilfen (zum Beispiel Frühe Hilfen, Hilfen zur Erziehung etc.) zur Bewältigung einer schwierigen Lebenssituation angeboten werden sollten.
- Erkenne die Fälle, die mit den vorhandenen Hilfen nicht beziehungsweise nicht länger bearbeitet werden können und oberhalb der Schwelle des Paragraphen 8a SGB VIII liegen.

### 3.1 Grundprinzipien für Fallfindungshandeln

Die Formulierung »Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung«, wie sie sich in Paragraf 8a Absatz 1 SGB VIII sowie Paragraf 4 Absatz 1 KKG findet, suggeriert, dass gewichtige Anhaltspunkte objektive Sachverhalte sind (vergleiche Wiesner 2006) oder die logische Konsequenz eines prozesshaften Geschehens, das sie früher oder später sichtbar werden lässt. Stattdessen ist das Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ein Zwischenergebnis in

einem mehr oder weniger längeren Prozess, der häufig mit situativ beobachteten und nicht unmittelbar zuzuordnenden Auffälligkeiten beginnt (vergleiche Kindler/Lillig 2006). Diese Auffälligkeiten passen nicht zu den im jeweiligen Versorgungskontext (Kita, kinderärztliche Praxis etc.) typischerweise vorkommenden oder erwarteten Sachverhalten und können Akteure verunsichern. Auf solche Verunsicherungen reagieren sie entweder intuitiv, das heißt mit ihrem Bauchgefühl, oder sie bemühen sich um eine systematische Analyse ihrer Beobachtungen (vergleiche Croskerry u. a. 2014). Beide Strategien zielen darauf ab, die beobachteten Auffälligkeiten zu verstehen und eine fachlich begründete Einschätzung vornehmen zu können.

Wahrnehmen, Erkennen und Bewerten von Auffälligkeiten unterliegen hierbei in einem erheblichen Ausmaß dem Ermessen und den Fähigkeiten des jeweiligen Beobachters (vergleiche Heyman/Slep 2006) und bergen immer auch Risiken für Wahrnehmungsfehler und Fehleinschätzungen (vergleiche Kindler 2011a). Auch im interprofessionellen Austausch können personen- und kontextabhängige Wahrnehmungen dazu führen, dass die jeweiligen professionellen Akteure zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen einer Gefährdungslage gelangen können. Die situative Bezogenheit und fehlende transprofessionell geteilte Definitionen von Kindeswohlgefährdung und gewichtigen Anhaltspunkten machen die Fallfindung zu einer hoch anspruchsvollen diagnostischen Aufgabe.

Um das Beobachtete als gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung werten zu können, muss ein Beobachter durch wiederholtes Abwägen und Reflektieren (vergleiche Knoblich/Öllinger 2006) das beobachtete Geschehen entsprechend deuten. Hierfür muss er die wahrgenommenen Hinweise einer Gefährdungsform zuordnen können. Eine solche Zuordnung basiert auf den Kenntnissen von typischen Symptomkomplexen (Mustern) und diagnostischer Erfahrung und ist von den im jeweiligen Versorgungskontext gegebenen Beobachtungsmöglichkeiten abhängig.

Kann ein Beobachter ein solches Muster nicht auf Anhieb erkennen, muss er ausgehend von den ihm bekannten einzelnen Hinweisen systematisch

vorgehen. Er wird seine Vermutungen anhand von weiteren Beobachtungen und gegebenenfalls unter Verwendung geeigneter Erhebungsinstrumente überprüfen müssen (vergleiche Croskerry u. a. 2014; Pelaccia u. a. 2011) und abschließend versuchen, sie in einem Gesamturteil zusammenzufügen. Dieses Vorgehen benötigt in der Regel ein zeitlich größeres Beobachtungsfenster und eine diagnostische Strategie (vergleiche National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014).

Unter Bezugnahme auf empirische Arbeiten zu effektiven Fallfindungsstrategien im proaktiven Kinderschutz (vergleiche Dubowitz 2014; California Department of Social Services 2013; Johnson 2011; Institute of Medicine and National Research Council 2012; Kindler 2014) lassen sich vier transprofessionelle Prinzipien herausarbeiten:

- Hinsehen auf Kinder, Eltern und konkrete Lebensumstände (H),
- Explorieren der fördernden, belastenden oder gefährdenden Entwicklungsbedingungen (E) mit Beteiligung der Eltern,
- Beurteilen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine erhebliche Entwicklungs- oder Kindeswohlgefährdung (B) und
- Engagieren für Sicherheit, Versorgung und gesunde Entwicklung eines Kindes (E).

Damit diese aus **Hinsehen**, **Explorieren**, **Beurteilen** und **Engagieren** bestehende Programmatik – im Folgenden mit dem Akronym **HEBE**<sup>7</sup> bezeichnet – zum habituellen Bestandteil professioneller Akteure werden kann, bedarf es zunächst gewisser Voraussetzungen.

Für das Hinsehen wie das Explorieren benötigen professionelle Akteure spezifische Sachkenntnisse und ein für den jeweiligen Arbeitskontext geeignetes Handlungswissen (vergleiche National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014; Schols u. a. 2013). Damit diese Kenntnisse in der täglichen Routine wirksam werden können, muss

ein Akteur subjektiv überzeugt sein, im Bedarfsfall diese Kenntnisse und Fertigkeiten in seinem Arbeitszusammenhang zielführend und effizient anwenden zu können (vergleiche de Vries u. a. 2008; Gerber 2011; Gillingham/Humphreys 2010).

Eine solche Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist die Voraussetzung dafür, dass Akteure sich den Einstieg in das anspruchsvolle Fallfindungsverfahren zutrauen und sich veranlasst sehen, Hinweise auf Entwicklungsbelastungen oder -gefährdungen zu explorieren, mit den Eltern zu erörtern und sich für den Schutz und das weitere Wohlergehen eines Kindes zu engagieren (vergleiche Goebbels u. a. 2008; Lee u. a. 2012; Mathews u. a. 2009; Schols u. a. 2013).

Eine weitere Voraussetzung für die Etablierung von Fallfindungshandeln besteht darin, dass professionelle Akteure sich auf Formen kollegialer Unterstützung verlassen können. Diese Unterstützung ist nicht nur bei der Fallfindung und Fallvermittlung bedeutsam, sondern auch bei der emotionalen Bewältigung von Hindernissen, dem Aushalten von Unsicherheiten, interaktiven Schwierigkeiten mit Eltern und eigenen oder fremden Beurteilungsfehlern (vergleiche Wolf u. a. 2013).

### 3.2 Professionelles Hinsehen

Professionelles Hinsehen bedeutet ein zielgerichtetes, aufmerksam-selektives Wahrnehmen der Auswirkungen von Lebensumständen und elterlichen Verhaltensweisen auf die kindliche Entwicklung.

Hilfreich bei der Wahrnehmung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung sind operationale Definitionen von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch (vergleiche Leeb u. a. 2008), wie sie vom CDC in den USA erarbeitet wurden. Auf diesen Definitionen fußt der Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz von Anne Katrin Künster u. a. (2013, vergleiche auch Thurn u. a. 2017, siehe Kapitel 2.2.2).

<sup>7</sup> Das Akronym **HEBE** verweist auf den Imperativ des Verbs »heben«, um zu verdeutlichen, dass etwas aktiv geborgen und ans Licht gebracht werden muss, bevor es verändert und auf ein höheres Niveau gehoben werden kann. **HEBE** ist auch der Name der griechischen Göttin der Jugend, die den Menschen ihre Jugend zurückgeben kann.

Mit ihm liegt eine Kategorisierungshilfe vor, mittels derer Anhaltspunkte in Bezug auf spezifische Gefährdungsformen klassifiziert werden können und die zwischen beobachtbaren Sachverhalten und evidenzbasierten Risikofaktoren<sup>8</sup> unterscheidet (siehe Abbildung 1; Kapitel 2.3.2).

Der Wahrnehmungsbogen kann von unterschiedlichen Berufsgruppen in verschiedenen Tätigkeits- und Versorgungsbereichen eingesetzt werden und im interprofessionellen Austausch als gemeinsame Befundgrundlage bei einer Gefährdungseinschätzung dienen. Da in den vergangenen Jahren zahlreiche mehr oder weniger evidenzgestützte, sich inhaltlich häufig ähnelnde Risikobögen vorgestellt wurden (vergleiche Metzner/Pawils 2010), deren Testgütekriterien aber (noch) nicht oder nur ansatzweise geprüft wurden, ist es im Sinne einer transparenten Fallfindungspraxis zielführend und ressourcensparend, sich mittelfristig auf die Verwendung eines interprofessionellen, systemübergreifenden Wahrnehmungsbogens zu einigen, dessen Gütekriterien in verschiedenen Anwendungskontexten zu berechnen und im Rahmen weiterer Evaluationsstudien konsekutiv zu optimieren (vergleiche Koch 2010; Thurn u. a. 2017; Wolf u. a. 2013).

Interprofessionell anwendbare Wahrnehmungsbögen unterstützen die Strukturierung von wahrgenommenen Hinweisen und dienen der professionellen Selbstvergewisserung. Für den gezielten Einsatz bedarf es einer intuitiven Aufmerksamkeit gegenüber Entwicklungsbelastungen und -gefährdungen, die durch Elternhandlungen und Lebensumstände bedingt sind, sowie der Bereitschaft und Fähigkeit, wahrgenommene Anhaltspunkte frühzeitig mit den Eltern zu besprechen (Paragraf 4 Absatz 1 KKG). Eine intuitive Aufmerksamkeit registriert oftmals erste, meist schwach ausgeprägte und mehrdeutige Zeichen. Deren Beachtung ist auch davon abhängig, wie häufig ein professioneller Akteur bei den von ihm betreuten Kindern oder Familien eine erheb-

liche Entwicklungs- oder Kindeswohlgefährdung (Prävalenz) erwartet (vergleiche de Vries 2008). Haben Fachkräfte keine Kenntnisse von Prävalenzdaten, unterschätzen sie die Häufigkeiten, mit der Kinder misshandelt oder vernachlässigt werden (vergleiche Feng u. a. 2010; Institute of Medicine and National Research Council 2014).

Achtsamkeit in Bezug auf Hinweise auf potenziell entwicklungsgefährdende Prozesse bedarf einer eingetübten Berufshaltung, die an kindlichen Entwicklungsbedürfnissen orientiert und auf eine möglichst frühzeitige partizipative Hilfeplanung mit den Eltern und anderen professionellen Akteuren ausgerichtet ist (vergleiche American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2009; California Department of Social Services 2013; Kindler 2014). Eine solche habituelle Aufmerksamkeit hat den kindlichen Gesundheits- und Entwicklungsstatus, die Eltern-Kind-Beziehung, die elterliche Erziehungsfähigkeit, die familiäre Umgebung und die kindliche Sicherheit im Blick (vergleiche American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2009; Department of Health 2000).

Eine professionelle Achtsamkeit in Bezug auf gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung ist eine notwendige, aber selten ausreichende Bedingung, um geeignete Maßnahmen zum Schutz eines Kindes und zur Unterstützung einer Familie in die Wege zu leiten. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass wahrgenommene Anhaltspunkte häufig nicht eindeutig für eine Kindeswohlgefährdung sprechen (vergleiche National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014).

In den Versorgungskontexten, in denen Kinder mit ihren Eltern regelmäßig gesehen werden (zum Beispiel Kita, Kinderarztpraxis), sind die verlaufsorientierte Beobachtung und Elterngespräche die beiden wichtigsten Informationsquellen. Bei Kindern mit erheblichen Auffälligkeiten in der körperlichen, kognitiven und sozioemotionalen Entwicklung

8 Vergleiche im Unterschied hierzu zum Beispiel die Einschätzungsskala Kindeswohlgefährdung (KiWo-Skala) (vergleiche Bensel u. a. 2012), die Sozialpädagogischen Diagnosetabellen des Bayerischen Landesjugendamtes (vergleiche Zentrum Bayern Familie und Soziales Bayerisches Landesjugendamt 2013) oder den Stuttgarter Kinderschutzbogen (vergleiche Reich 2005).

sollten komplementär die häusliche Versorgungssituation, die Erziehung und die Eltern-Kind-Beziehung mitbeachtet werden. Umgekehrt gilt, dass bei Anhaltspunkten für häusliche Mangelversorgung, dysfunktionale Erziehungspraktiken oder Störungen der Eltern-Kind-Beziehung auch die Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse sowie Art und Ausmaß vorhandener Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten zu beachten oder – insoweit möglich – zu erfassen sind. Bei diesen Beobachtungen sind das Alter und – sofern bekannt – der Entwicklungsverlauf eines Kindes sowie der kulturelle Hintergrund einer Familie zu berücksichtigen.

### 3.3 Explorieren und erörtern

Eine verlaufsorientierte Beobachtung ist in der Regel durch Elterngespräche über die Lebensumstände des Kindes zu ergänzen. Eine frühzeitige Ansprache der Eltern eröffnet nicht nur Optionen für niederschwellige Hilfeangebote, sondern auch für elterliche Mitwirkung bei der anzustrebenden Verbesserung der Lebensumstände des Kindes. Für diese Gespräche ist weder der geeignete Zeitpunkt einfach zu finden, noch sind die Gespräche selbst einfach (vergleiche Dubowitz 2014; Friedrich 2011; Krippeit u. a. 2014; Thiesmeier 2012).

Wird mit Eltern erst dann gesprochen, wenn professionelle Akteure gewichtige Anhaltspunkte als Hinweise auf eine gegenwärtige Kindeswohlgefährdung werten, besteht ein hohes Risiko, dass Eltern diesen Befund als Vorwurf erleben, das Arbeitsbündnis aufkündigen und professionelle Akteure das Kind aus dem Blick verlieren (vergleiche Bertsch 2016). Doch selbst wenn im Sinne der präventiven und Frühen Hilfen frühzeitig, also bereits bei Hinweisen auf Entwicklungsbelastungen, das Gespräch mit den Eltern gesucht wird, stehen professionelle Akteure vor einer kommunikativen Herausforderung. In diesen Gesprächen werden Eltern gleichzeitig in zwei unterschiedlichen Rollen angesprochen. Sie werden zum einen als Verantwortliche oder potenzielle Verursacher von entwicklungsbelastenden oder -gefährdenden Bedingungen adressiert, zum anderen sind sie wichtige Kooperationspartner für

eine anzustrebende Verbesserung dieser Bedingungen. Um dieses Spannungsfeld zu reduzieren und eine lösungsorientierte Mitwirkung von Eltern von Anfang an zu fördern, kann die elterliche Aufmerksamkeit frühzeitig auf die grundsätzliche Bedeutung der konkreten Lebensumstände für die Entwicklung des Kindes gelenkt und die elterlichen Sichtweisen auf diese Umstände zum Ausgangspunkt für eine Erörterung genommen werden (vergleiche Dubowitz 2014; Friedrich 2011; Thiesmeier 2012).

In einem solchen Austausch können sowohl die relevanten Anhaltspunkte als auch die bei den Eltern oder im familiären Umfeld vorhandenen Ressourcen herausgearbeitet werden. Dabei ergeben sich für professionelle Akteure konkrete Hinweise, wie Eltern die kindlichen Bedürfnisse wahrnehmen, wie stark sie motiviert sind, ihre Verhaltensweisen und Lebensumstände zur Förderung und zum Schutz ihres Kindes zu verändern, und wie hoch ihre Bereitschaft ist, sich auf erforderliche Hilfen einzulassen (vergleiche National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014).

Die Möglichkeiten professioneller Akteure, gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu beobachten und mit den Eltern zu besprechen, werden durch die jeweiligen berufsspezifischen Versorgungskontexte beeinflusst (vergleiche Gillingham/Humphreys 2010; Kelle 2010; Vogd 2011). Rechtliche und formale Vorgaben, institutionelle Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, berufsspezifische Tätigkeiten, funktional gestaltete Räumlichkeiten und Finanzierungssysteme tragen dazu bei, dass je nach Kontext bestimmte Aspekte kindlicher Entwicklungsbedingungen und Lebensumstände prominenter im professionellen Fokus stehen als andere (vergleiche Kelle/Seehaus 2010; Thurn u. a. 2017). So sind zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher in der Kita nah an den Kindern und können beim Bringen oder Abholen gut Veränderungen in ihrem Verhalten, Auffälligkeiten in der Pflege oder in der Eltern-Kind-Interaktion wahrnehmen. Sie haben aber nur einen begrenzten Blick auf den Körper des Kindes und in die familiären Lebensumstände.

Kinderärztinnen und Kinderärzte haben dagegen vorrangig den kindlichen Körper im Blick und

sporadische Einblicke in die Eltern-Kind-Beziehung, aber oft wenig konkrete Informationen zum erzieherischen Umgang der Eltern mit ihrem Kind oder zur familiären Situation (vergleiche Bollig/Teervooren 2009; Wissow u. a. 2005).

Äußere Rahmenbedingungen einer Versorgungspraxis prägen zwar die Begegnungen von professionellen Akteuren mit Eltern und Kindern. Sie determinieren sie aber nicht und bergen oftmals auch Potenziale für neue Vorgehensweisen, durch die ein Beobachtungsspektrum erweitert oder niederschwellige Anschlüsse für frühzeitige Gespräche mit Eltern generiert werden können.

### 3.4 Exkurs Gesundheitswesen

Für einen proaktiven, also aktiv auf die Eltern zugehenden, Kinderschutz sind insbesondere bei Kindern unter drei Jahren die im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen sehr wichtige Akteure. Sie haben vielfältige Zugänge zu Familien, in deren Rahmen Hilfen zum gesunden körperlichen und seelischen Aufwachsen gewährt und Hinweise auf Belastungen und Gefährdungen erkannt und thematisiert werden können.

Einen besonderen Zugang zu belasteten oder gefährdeten Kindern beziehungsweise deren Familien stellen die regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen in den kinderärztlichen Praxen dar. Allerdings führen diese ungeachtet ihrer hohen Inanspruchnahme durch die Eltern nicht per se zu einer frühzeitigen Wahrnehmung von entwicklungsbelastenden oder -gefährdenden Lebensumständen und deren Erörterung mit den Eltern (vergleiche Belzer u. a. 2015; Jenni 2016). Als ein wesentlicher Grund dafür, dass die Gelegenheit des Zugangs ungenutzt verstreicht, werden häufig kommunikative Hemmschwellen im Arzt-Eltern-Gespräch ausgemacht (vergleiche Barth 2016; Heneghan u. a. 2004; Krippel u. a. 2014; Wissow u. a. 2005). Eine besondere Herausforderung besteht zum Beispiel dann, wenn die Kinderärztinnen oder -ärzte, nicht aber die Eltern den Impuls für Veränderungen zum Wohle des Kindes haben und die Ärztinnen oder Ärzte in einen Konflikt geraten zwischen dem von den

Eltern erhaltenen Behandlungsauftrag und ihrem gesetzlichen Auftrag zum Schutz des Kindes (vergleiche Bertsch 2016). Wird diese Herausforderung in Bezug auf das Wohl des Kindes kommunikativ nicht bewältigt, können auch die ersten Schritte der in Paragraf 4 Absatz 1 KKG aufgezeigten Verfahrensschritte, nämlich die Erörterung der Situation mit den Erziehungsberechtigten und das Hinwirken auf Hilfe, nicht erfolgen. In der Folge kann es sein, dass das Risiko für das Wohl des Kindes erst einmal unbearbeitet bestehen bleibt.

Ein Beispiel, wie eine Fallfindungsstrategie in die kinderärztliche Versorgungsroutine integriert und der Schutz von Kindern nachweislich verbessert werden kann (vergleiche Pecora 2017), ist das von Howard Dubowitz und Mitarbeitenden entwickelte »Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model« (vergleiche Dubowitz 2014) für die Pädiatrie. Dieses Modell ist Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen und wird ab dem zweiten Lebensmonat bis zum fünften Lebensjahr regelmäßig durchgeführt. Durch eine regelmäßige Erfassung von Risikofaktoren werden alle Eltern frühzeitig und fortgesetzt damit vertraut gemacht, dass der Kinderärztin oder dem Kinderarzt nicht nur eine gesunde körperliche und psychosoziale Entwicklung des Kindes wichtig ist, sondern auch die konkreten Lebensumstände, die Sicherheit und das Wohlergehen des Kindes und seiner Familie. Die Grundlage für ein kontinuierliches Hinsehen und Explorieren ist, dass Eltern vor jeder Früherkennungsuntersuchung einen Kurzfragebogen (siehe Infokasten 3) ausfüllen, der anschließend mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen wird. Das mit dieser Vorgehensweise immer auch verbundene Risiko des Verschweigens eines sozial unerwünschten Elternverhaltens, wie zum Beispiel eine Suchterkrankung, versuchen Dubowitz u. a. (2009) durch eine auf das Wohl des Kindes bezogene Einleitung über den Zweck der Elternbefragung zu minimieren (siehe Infokasten 3).

Die Angaben der Eltern bilden den Ausgangspunkt für eine gemeinsame Reflexion der im Fragebogen genannten Belastungen. Die in motivierender Gesprächsführung geschulten Ärztinnen oder Ärzte sprechen die betreffenden Belastungen und die damit einhergehenden Schwierigkeiten für die

Eltern an und rücken sodann die Auswirkungen dieser Belastungen auf das Kind in den gemeinsamen Gesprächsfokus. Im Hilfefall vermitteln die Ärztinnen oder Ärzte an Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe oder der psychosozialen Beratung, die ihnen wiederum die im Rahmen der weiteren Zusammenarbeit notwendigen Informationen rückmelden sollten. Im Falle einer Gefährdung ziehen die Ärztinnen oder Ärzte gemäß Paragraf 4 Absatz 3 KKG das Jugendamt hinzu. Das Jugendamt wird ihnen entsprechend dem am 10.6.2021 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (Paragraf 4 Absatz 4 KKG) zeitnah Rückmeldung geben, ob es zum Schutz des Kindes tätig geworden ist. Wichtig

hierbei ist, dass die Eltern über diese Rückmeldung informiert werden müssen, es sei denn, dass dadurch der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt ist. Darüber hinaus wird das Jugendamt gemäß der Neuregelung des Paragrafen 8a Absatz 1 Nr. 2 SGB VIII die Ärztinnen oder Ärzte in geeigneter Form an der Gefährdungseinschätzung beteiligen, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist.

Das SEEK-Modell zeigt, wie eine verlaufsorientierte, kindbezogene Beobachtung belastender Entwicklungsumstände und transparente Hilfevermittlung als fester Bestandteil effektiv und ökonomisch in eine ärztliche Versorgungspraxis eingefügt werden kann (vergleiche Dubowitz 2014).

### INFOKASTEN 3: Fragebogen aus dem »Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model«

#### Parent Questionnaire (PQ)

**Dear Parent or Caregiver:** Being a parent is not always easy. We want to help families have a safe environment for kids. So, we're asking everyone these questions. They are about problems that affect many families. If there's a problem, we'll try to help.

Please answer the questions about your child being seen today for a checkup. If there's more than one child, please answer «yes» if it applies to any one of them. This is voluntary. You don't have to answer any question you prefer not to.

**Today's Date:**    **Child's Name:**  **Child's Date of Birth:**

#### PLEASE CHECK

- Yes**  **No** Do you need the phone number for Poison Control?
- Yes**  **No** Do you need a smoke detector for your home?
- Yes**  **No** Does anyone smoke tobacco at home?
- Yes**  **No** In the last year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps to buy more?
- Yes**  **No** In the last year, did the food you bought just not last and you didn't have money to get more?
- Yes**  **No** Do you often feel your child is difficult to take care of?
- Yes**  **No** Do you sometimes find you need to hit/spank your child?
- Yes**  **No** Do you wish you had more help with your child?
- Yes**  **No** Do you often feel under extreme stress?
- Yes**  **No** In the past month, have you often felt down, depressed, or hopeless?
- Yes**  **No** In the past month, have you felt very little interest or pleasure in things you used to enjoy?
- Yes**  **No** In the past year, have you been afraid of your partner?
- Yes**  **No** In the past year, have you had a problem with drugs or alcohol?
- Yes**  **No** In the past year, have you felt the need to cut back on drinking or drug use?
- Yes**  **No** Are there any other problems you'd like help with today?

**Please give this form to the doctor or nurse you're seeing today. Thank you!**

### 3.5 Beurteilen gewichtiger Anhaltspunkte

Durch Hinsehen und Explorieren erhalten professionelle Akteure Hinweise auf konkrete Lebensumstände eines Kindes. Deren Auswirkungen auf das Kind müssen von ihnen beurteilt werden. Das diese Beurteilung leitende Kinderschutzkonzept umfasst mehr als das Entdecken von Gefährdungsformen (vergleiche Kindler 2014). Es schließt auch Formen von dysfunktionaler Erziehung und Versorgung mit ein (siehe Tabelle 1, Kapitel 2.3.2), die für sich genommen noch nicht die Schwelle einer Kindeswohlgefährdung erreicht haben, aber, wie Studien zeigen, die kindliche Entwicklung akut belasten und zukünftig gefährden oder beeinträchtigen können (vergleiche Dubowitz 2014; Wolfe/McIsaac 2011).

Mithilfe des in Kapitel 2.3.4.1 vorgestellten Schemas (vergleiche Slep u. a. 2013b) lassen sich die ein Kind schädigenden Elternhandlungen in ihren Auswirkungen auf ein Kind und im Verhältnis zu seinen Bedürfnissen weiter ausdifferenzieren und einordnen. Eine Klassifikation von gewichtigen Anhaltspunkten dient primär dazu, den häufig von Unsicherheit geprägten Selbstvergewisserungsprozess eines professionellen Akteurs zu unterstützen. Sie erhöht zudem die Transparenz einer oftmals individuellen und kontextbedingten Einschätzung gegenüber Eltern und anderen beteiligten oder noch zu beteiligenden Berufsgruppen (vergleiche Font/Maguire-Jack 2015; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2014).

In die Beurteilung gewichtiger Anhaltspunkte fließt auch die wahrgenommene Mitwirkungs-

Die folgenden Fragen können bei der differenzierten Beurteilung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung helfen:

- 
- Was lässt sich belegbar dazu sagen, was die Eltern im Verhältnis zu den Bedürfnissen des Kindes Schädliches tun beziehungsweise an Notwendigem unterlassen? Basieren die Einschätzungen auf einmaligen oder wiederholten Beobachtungen von unzureichender Versorgung und Erziehung?
  - Wenn ein schädliches Tun oder Unterlassen nicht konkret benennbar ist: Aufgrund welcher Tatsachen muss davon ausgegangen werden, dass die Eltern sich so verhalten (werden)?
  - Welche Schädigungen sind beim Kind bereits entstanden beziehungsweise welche sind bei einer Fortdauer der jetzigen Situation mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten?
  - Erfüllt die Situation in der Gesamtschau die Anforderungen einer Kindeswohlgefährdung? Wie sehen die Eltern die Entwicklungssituation ihres Kindes? Sind sie bereit und in der Lage, daran etwas zu verändern?
- 

Eigene Darstellung; Quelle: vergleiche Kindler 2011c, Seite 32

bereitschaft der Eltern mit ein, die diese bei der Erörterung einzelner Aspekte und vorgeschlagener Hilfen zeigen. Ein wichtiges Moment, das in Elterngesprächen angesprochen werden sollte und die Beurteilung der elterlichen Mitwirkungsbereitschaft und -möglichkeiten unterstützt, sind Art, Umfang und Nutzen von aktuellen oder in der Vorgeschichte installierten Hilfen. Sofern möglich, sollte hierbei auch deren Wirksamkeit in Bezug auf die kindliche Entwicklung und das erzieherische Verhalten der Eltern erörtert und mitbeurteilt werden (vergleiche American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2009). Mithilfe einer möglichst genauen Beschreibung von kindlichen Auffälligkeiten lassen sich nicht ohne Weiteres elterliche Fürsorge- und Erziehungsdefizite verdeutlichen, sie gibt aber erste Hinweise auf notwendige Hilfen, um auf die Auffälligkeiten eines Kindes gezielt antworten zu können (vergleiche Kindler 2016).

### 3.6 Exkurs: Hindernisse und Fallstricke bei der Beurteilung

Wie bei vielen komplexen Entscheidungsprozessen, die in Versorgungskontexten unter Handlungsdruck und Begründungszwang stattfinden, gibt es auch bei der Beurteilung gewichtiger Anhaltspunkte potenzielle Hindernisse und Fallstricke. Entscheidungsgrundlage bei der Wahrnehmung gewichtiger Anhaltspunkte ist die Antwort auf die Frage, was Eltern im Verhältnis zu den Bedürfnissen des Kindes belegbar an Schädlichem tun beziehungsweise an Notwendigem unterlassen. Diese funktionale Orientierung kann durch Informationen über Eltern und familiäre Lebensumstände sowie die situative Wahrnehmung des elterlichen Auftretens auch aus dem Blick geraten. So können Kenntnisse von Risikofaktoren dazu führen, dass zum Beispiel Informationen über eine elterliche Depression oder Armut stärker gewichtet werden als die konkrete Interaktion zwischen Eltern und Kind (vergleiche Font/Maguire-Jack 2015). Hingegen können die gleichen Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion bei sozial und sprachlich kompetenten Eltern als weniger gewichtig interpretiert werden, weil diesen Eltern per se eine

höhere Erziehungskompetenz zugeschrieben wird (vergleiche Schols u. a. 2013).

Ein funktionaler Blick auf das Tun der Eltern kann auch durch das Wissen um eine bereits installierte Maßnahme getrübt sein, wenn beispielsweise die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung eines suchtkranken Elternteils dazu führt, dass ein auffälliges Erziehungshandeln unter der Annahme einer therapiebedingten Verbesserung in der Folge nicht weiter beachtet wird (vergleiche Reedt u. a. 2012; Schäfer u. a. 2016).

Eltern, die professionelle Akteure durch dominantes, direkt oder indirekt aggressives Auftreten einschüchtern oder sich ihnen überlegen präsentieren, können eine hohe Barriere bei der Beurteilung gewichtiger Anhaltspunkte sein. Diese Einschränkungen stellen sich insbesondere dann ein, wenn professionelle Akteure sich in ihrer Bewertung noch unsicher sind und über wenig kommunikative Strategien verfügen, wie sie die von ihnen beobachteten Auffälligkeiten und Anhaltspunkte mit den Eltern kommunizieren können. Dies kann dazu führen, dass sie erst dann handeln, wenn aus ihrer Sicht die Sicherheit des Kindes sicher gefährdet ist. Ein von Furcht vor den Eltern geprägtes Zuwarten kann dazu führen, dass entwicklungsgefährdende Auswirkungen von Elternhandeln auf das Kind von Fachkräften fehlinterpretiert werden und unter Umständen eine notwendige Mitteilung an das Jugendamt hinausgezögert wird.

Sogenannte blinde Flecken können sich bei professionellen Akteuren aber auch infolge einer bereits länger bestehenden Arbeitsbeziehung mit den Eltern einstellen. Dies kann dazu führen, dass sie um den guten Draht zu den Eltern fürchten und ihre eigenen Einflussmöglichkeiten auf das Elternverhalten überschätzen. Bezogen auf ein Kind können sich Schuldgefühle einstellen, wenn professionelle Akteure eine vom Jugendamt initiierte Herausnahme des Kindes aus der Familie als hoch wahrscheinlich erwarten. Ein Zuwarten wird in diesen Fällen zusätzlich favorisiert werden, wenn die professionellen Akteure wenig Vertrauen in die Maßnahmen der Jugendhilfe haben oder eine Fallberatung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft als nicht zielführend erachten (vergleiche Bertsch 2016). Um diesen emotionalen

Herausforderungen begegnen zu können, sind für professionelle Akteure oftmals Fallsupervisionen, Beratungen durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft, interprofessionelle Fallbesprechungen und Fortbildungen in Gesprächsführung hilfreich.

### 3.7 Engagieren für kindliche Sicherheit und kindliches Wohlergehen

Der primäre Zweck einer Fallfindung bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung besteht darin, die für ein Kind bedrohlichen Lebensumstände zu erkennen und dann mittels geeigneter Maßnahmen dauerhaft zu verbessern und dessen positive Entwicklung in seiner Familie nachhaltig zu fördern. Damit Letzteres gelingt, sollte die Bereitschaft der Eltern sowohl zu notwendigen Veränderungen der Lebensumstände und des eigenen Verhaltens als auch zu einer Inanspruchnahme geeigneter Hilfen geweckt werden. Um die Mitwirkung der Eltern zu fördern und ihre Erziehungsverantwortung zu stärken, sollten auch Schutz- und Förderkonzepte mit ihnen erörtert werden. Durch eine motivierende Gesprächsführung lässt sich die Bereitschaft der Eltern zur Kooperation fördern (vergleiche Dubowitz u. a. 2009; Dubowitz 2014). Die gegebenenfalls für diese Gespräche erforderlichen Informationen über weitere Hilfen und das weitere Vorgehen können professionelle Akteure von einer insoweit erfahrenen Fachkraft erhalten.

Mit einer Fallweitergabe an das Jugendamt und dem Beginn von Hilfe- und Schutzmaßnahmen sollte das fachliche Engagement von medizinischen

oder psychosozialen Berufsgruppen allerdings nicht enden (vergleiche Dubowitz/Leventhal 2014; Jenni 2016). Gerade professionelle Akteure, die Kinder über einen längeren Zeitraum versorgen und betreuen, können und sollten auch weiterhin die Wirkungen von Hilfemaßnahmen auf die Entwicklung der Kinder beobachten und aus ihrer fachlichen Sicht mitbewerten (vergleiche American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2009).

Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich zum einen aus der Beobachtung, dass insbesondere bei einer chronischen Vernachlässigung ambulante Hilfen zur Erziehung nicht immer hinreichend erfolgreich sind und sich schwere schädliche Auswirkungen erst im weiteren Entwicklungsverlauf zeigen können. Ein weiterer Grund für eine entwicklungsorientierte Beobachtung gefährdeter Kinder ist, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, Frühförderung oder sonderpädagogische Förderung für die gezielte Behandlung von kindlichen Auffälligkeiten und Defiziten bislang lückenhaft sind (vergleiche Kindler 2014). In einer Studie zeigen Ganser u. a. (2016), dass 207 von 322 (64,3 Prozent) Kindern und Jugendlichen aus drei Regionen Deutschlands mit einer bekannten Vorgeschichte von Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung eine psychische Störung nach ICD-10 aufwiesen, aber lediglich 45 der 207 Kinder (21,7 Prozent) psychiatrisch beziehungsweise psychotherapeutisch versorgt wurden. Neben emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten gilt es darüber hinaus, auch die sprachliche, kognitive und kindliche Autonomieentwicklung zu beachten, die bei vielen dieser Kinder unterdurchschnittlich verläuft (vergleiche Rogosch u. a. 2011).

## 4

# Interprofessionelle Zusammenarbeit im Kinderschutz

#### 4.1 Fallbezogene Netzwerkarbeit

Die in Kapitel 3.1 aufgezeigte Programmatik HEBE benennt Fertigkeiten und Handlungsprinzipien, die professionelle Akteure bei der Fallfindung und der Hilfevermittlung von erheblich entwicklungs- und Kindeswohlgefährdeten Kindern unterstützen. Der Erwerb und die Anwendung dieser Fertigkeiten und Prinzipien werden in nicht unerheblichem Maße durch konkrete Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren und durch fallbezogene Rückmeldungen über das weitere Vorgehen gefördert. Eine wichtige Voraussetzung für eine zielführende Zusammenarbeit im Kinderschutz ist, dass sich professionelle Akteure auf die Arbeits- und Vorgehensweisen anderer Berufe und Systeme einlassen können. Hierzu bedarf es geeigneter Netzwerkstrukturen. Den hierfür erforderlichen rechtlichen Rahmen hat der Gesetzgeber geschaffen (Paragrafen 1 und 3 KKG, Paragraph 81 SGB VIII).

Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen sind in Deutschland flächendeckend regionale Netzwerke, mit dem Fokus insbesondere auf den Frühen Hilfen, etabliert worden (vergleiche BMFSFJ 2015). Diese Netzwerke unterscheiden sich sehr und haben stark unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte in den Bereichen Frühe Hilfen und dem Kinderschutz. Der Grund für die Variabilität ist, dass der Gesetzgeber die Ausgestaltung der Netzwerke den Akteuren vor Ort überlassen hat, um die Angebote, Aufgaben und Leistungen an die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und Bedarfe anpassen zu können (vergleiche NZFH 2014b).

2017 waren 44,5 Prozent der in deutschen Jugendamtsbezirken bestehenden Netzwerke formal sowohl für den Kinderschutz als auch für Frühe Hilfen zuständig. Die anderen Jugendamtsbezirke verfügen entweder über zwei getrennte Netzwerke (ca. 34,2 Prozent) oder jeweils nur ein Netzwerk für Kinderschutz (0,4 Prozent) oder Frühe Hilfen (18,9 Prozent) (vergleiche Sann u. a. voraussichtlich 2021, Seite 66 f.).

Ungeachtet der unterschiedlichen Schwerpunkte sind professionelle Akteure in den Netzwerken vor allem auf fallübergreifender Ebene eingebunden (vgl. BMFSFJ 2015, Seite 48). Eine primär fallüber-

greifende Ausrichtung birgt jedoch die Gefahr, dass die Netzwerkarbeit wenig Bedeutung für die konkrete Zusammenarbeit im Einzelfall hat (vergleiche Kindler 2013). Für professionelle Akteure hat dies zur Folge, dass sie ihre Fertigkeiten und Handlungsorientierungen wegen fehlender interprofessioneller Aussprachen und Rückmeldungen nicht systematisch an konkreten Fällen reflektieren können. In fallübergreifender Netzwerkarbeit können auf Fallebene vorhandene Kooperationshindernisse oder Versorgungslücken leicht übersehen werden (zum Beispiel die Beteiligung der Erwachsenenpsychiatrie oder der Suchtmedizin). Auf eine Beseitigung solcher Lücken sind professionelle Akteure jedoch angewiesen, wenn sie bei der Einschätzung von gewichtigen Anhaltspunkten unsicher sind, diese mit Eltern erörtern oder deren Partizipation für das gemeinsame Erarbeiten von Hilfevorstellungen erreichen wollen. Insofern ist es sinnvoll, wenn Strukturen und Verfahren entwickelt werden, mithilfe derer Themen, die auf der Einzelfallebene deutlich werden, Eingang in die Netzwerke finden und interprofessionelle Aussprachen, über die im Netzwerk vertretenden Delegierten hinaus, ermöglicht werden.

#### 4.2 Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Obleich die Verhütung und die Identifikation von Gefährdungsfällen im Fokus der fallbezogenen interprofessionellen Kooperation im Kinderschutz stehen, wird diese Kooperation auch durch die im weiteren Verlauf erfolgte Fallbearbeitung beeinflusst, einschließlich der durchgeführten Hilfe- oder Schutzmaßnahmen. Zur Reflexion der Wirkungen des örtlichen Kinderschutzsystems sind daher regelmäßige überprofessionelle und überinstitutionelle Veranstaltungen wichtig (vergleiche Kindler 2013; Siebolds u. a. 2016), in denen die drei Bereiche Verhütung, Schutz und Hilfe besprochen werden können.

Da professionelle Akteure bevorzugt aus konkreten Fällen lernen, sollte hierbei primär die (anonymisierte) Fallarbeit im Mittelpunkt stehen. Das

bedeutet zum Beispiel, dass fallbezogen die Wahrnehmung und Einschätzung von gewichtigen Anhaltspunkten, das Vorhandensein von spezifischen regionalen Unterstützungsangeboten für belastete Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern oder die beobachteten Wirkungen von Unterstützungs- oder Schutzmaßnahmen besprochen werden (vergleiche Kindler 2013, Seite 56 ff.).

Für die Entwicklung einer effektiven interprofessionellen Kooperation ist es notwendig, dass zwischen den Akteuren auch schwierige und strittige Themen auf eine Art und Weise erörtert werden können, in der das gemeinsame Lernen im Mittelpunkt steht und nicht etwaige Schuldzuweisungen oder Rechtfertigungen einzelner Berufsgruppen oder Institutionen (vergleiche Gerber 2011). Hierzu zählen Aussprachen über abweichende Gefährdungseinschätzungen, problematische Fallfindungen oder Verläufe im Kinderschutz und über Erwartungen zur Erreichbarkeit und zum Antwortverhalten von Kooperationspartnern bei Gefährdungseinschätzungen, Fallübergaben sowie Hilfe- oder Schutzmaßnahmen.

Mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) am 10. Juni 2021 wurde mit dem Ziel des Ausbaus der fallbezogenen Kooperation im Kinderschutz das Jugendamt in Paragraph 4 Absatz 4 KKG verpflichtet, den in Absatz 1 genannten Berufsgruppen zeitnah nach Eingang ihrer Gefährdungsmittelteilung eine Rückmeldung zu geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes tätig geworden ist. Über diese Rückmeldung müssen die Eltern vorab informiert werden, es sei denn, dass dadurch der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt wird. Darüber hinaus soll das Jugendamt gemäß Paragraph 8a Absatz 1 Nummer 1 SGB VIII Personen, die gemäß Paragraph 4 Absatz 3 KKG dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung beteiligen, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist.

Zur Umsetzung dieser Regelungen benötigen die Handelnden geeignete Foren für den kontinuierlichen Austausch und Fortbildungen, in denen sie ihre Kenntnisse über die Bedingungen und Abläufe im

jeweils anderen Hilfesystem erwerben und vertiefen können (vergleiche Kölch u. a. 2015).

### 4.3 Qualitätssicherung in lokalen Kinderschutzsystemen

Zur Förderung der interprofessionellen Kooperation in einem lokalen Kinderschutzsystem sind neben einer kollegialen und interprofessionellen Reflexion auf Fallebene auch quantitative Aussagen über die Zusammenarbeit hilfreich. Eine wichtige Rückmeldung sind Angaben zum Ausmaß der Übereinstimmungen bei Gefährdungseinschätzungen. Für die gemeinsam mit den Eltern zu erarbeitende Vorstellung von geeigneten Hilfen ist es ferner hilfreich, wenn die Akteure einen zumindest groben Überblick (Anzahl und Art) über die im Netzwerk vorgehaltenen Hilfe- und Schutzmaßnahmen haben und ihnen die Maßnahmen bei Vernachlässigung oder Misshandlung mit einer nachweislich positiven Wirksamkeit bekannt sind beziehungsweise Informationen dazu von einer insoweit erfahrenen Fachkraft im Bedarfsfall zur Verfügung gestellt werden (vergleiche Pecora 2017).

Zur Überprüfung eines gemeinsamen Verständnisses von Kindeswohlgefährdung ist der von Akteursgruppen wie zum Beispiel Kinderärztinnen und -ärzten gemeldete Anteil von Kindern wichtig, bei denen aus Sicht des Jugendamtes eine Kindeswohlgefährdung besteht. Berücksichtigt man zusätzlich das Alter der Kinder, lässt sich zeigen, welche Berufsgruppen oder Versorgungsbereiche (zum Beispiel Gesundheitswesen) in der Fallfindung bei bestimmten Altersgruppen besonders relevant sind und ob der sich in den Daten abbildende Stellenwert einzelner Berufsgruppen den Erwartungen der Netzwerkpartner entspricht (vergleiche Kaufhold/Pothmann 2015).

Anhand der vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2015 veröffentlichten Daten zu den von den Jugendämtern vorgenommenen Gefährdungseinschätzungen nach Paragraph 8a SGB VIII lassen sich exemplarisch für den Bereich Gesundheitswesen die Übereinstimmungen mit den von den Jugendämtern vorgenommenen Einschätzungen be-

rechnen (vergleiche Destatis – Statistisches Bundesamt 2016, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Gefährdungseinschätzungen nach Paragraf 8a Absatz 1 SGB VIII, Tabelle 3.0). Im Jahr 2015 wurden den Jugendämtern über das Gesundheitswesen (Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Kliniken etc.) 2.361 Gefährdungsmeldungen zu Kindern unter einem Jahr gemeldet. Bei 1.029 Fällen lag nach Einschätzung der Jugendämter eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung vor. Das heißt in 43,6 Prozent der Fälle stimmten die Einschätzungen aus dem Gesundheitswesen mit denen aus den Jugendämtern überein. In 1.332 Fällen (56,4 Prozent) stimmten Gesundheitswesen und Jugendämter hingegen nicht überein. Bei Gefährdungsmeldungen zu Kindern zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr sahen die Jugendämter bei 426 von 1.252 über das Gesundheitswesen gemeldeten Kindern eine Kindeswohlgefährdung und bei 826 Kindern dagegen keine.<sup>9</sup> Die Zunahme an unterschiedlichen Bewertungen kann darauf hindeuten, dass bei der Gruppe der ein- bis dreijährigen Kinder in Gesundheitswesen und Jugendhilfe ein etwas unterschiedliches Verständnis von Gefährdung oder der Wichtigkeit von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung vorliegt (vergleiche Kindler 2013). Sie kann aber auch Ausdruck davon sein, dass es aus Sicht des Gesundheitswesens bei den etwas älteren Kindern eine Gefährdungsmeldung braucht, um die Aufmerksamkeit des Jugendamtes zu gewinnen (vergleiche Kindler 2013). Den Anteil der fälschlich zugewiesenen Kinder in einem Netzwerk<sup>10</sup> zu kennen, ist wichtig, »weil bei hohen Werten im zeitlichen Verlauf mit einer abnehmenden Kooperationsbereitschaft der Netzwerkpartner zu rechnen ist« (Kindler 2013, Seite 61).

Anhand der vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2015 veröffentlichten Daten zu den von den

Jugendämtern nach Paragraf 8a SGB VIII vorgenommenen Gefährdungseinschätzungen lässt sich ferner die Bedeutung einzelner Netzwerkbereiche (Gesundheitswesen, soziale Dienste, Polizei etc.) bei der Fallfindung erkennen. Von den 3.976 aus Sicht der Jugendämter akut oder latent Kindeswohlgefährdeten Kindern, die jünger als zwölf Monate waren, wurden 1.029 (25,9 Prozent) über das Gesundheitswesen gemeldet (vergleiche Destatis – Statistisches Bundesamt 2016). Gefährdete Kinder in dieser Altersgruppe werden zu einem bedeutenden Teil über das Gesundheitswesen identifiziert; dies liegt darin begründet, dass in dieser frühen Phase Kinder und Eltern engmaschig von Akteuren des Gesundheitswesens betreut werden (Geburtsklinik, Hebamme, kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen und andere). In der Altersgruppe der ein- bis dreijährigen Kinder werden durch das Gesundheitswesen hingegen nur noch 7,6 Prozent (426 von 5.571 Kindeswohlgefährdeten Kindern) identifiziert. Der überwiegende Anteil dieser Altersgruppe wird über Polizei, Staatsanwalt oder Gerichte gemeldet (22,5 Prozent). Kein anderer Netzwerkpartner weist eine ähnlich hohe Zuweisung auf wie das Gesundheitswesen bei den unter einjährigen Kindern. Damit stellt sich die Frage, durch welche Maßnahmen die offensichtlich vorhandenen Bedarfe nach Hilfe und Schutz frühzeitiger als bei polizeilichen Einsätzen und gegebenenfalls von anderen Netzwerkpartnern erkannt und in die Wege geleitet werden können. Für solche Vorhaben ist eine fallbezogene Netzwerkarbeit unerlässlich; nur anhand von konkreten Fallverläufen können eventuell vorhandene Versorgungslücken und Hindernisse aufgezeigt und in einem Netzwerk interprofessionell aufgearbeitet werden.

Kinderschutznetzwerke sind fortlaufend lernende Systeme. Daher ist es für Akteure eines Netzwerks

9 Die entsprechenden Daten aus dem Jahr 2018 werden nicht mehr nach Altersgruppe differenziert, sodass neuere Zahlen für Kinder bis drei Jahren nicht verfügbar sind. Ein Vergleich des prozentualen Anteils der Verfahren, die dem Jugendamt durch das Gesundheitswesen gemeldet wurden und zu dem Ergebnis einer akuten oder latenten Kindeswohlgefährdung geführt haben, mit der Gesamtanzahl der aus dem Gesundheitswesen gemeldeten Fälle über alle Altersgruppen hinweg zeigt für 2015 und 2018 nahezu identische Verhältnisse: Es wird 2018 zwar mehr gemeldet, aber die Übereinstimmung ist nicht größer geworden (eigene Berechnungen nach Destatis – Statistisches Bundesamt 2016, Destatis – Statistisches Bundesamt 2019).

10 Da alle Jugendämter nach § 98 SGB VIII Gefährdungsmeldungen statistisch erfassen, kann diese Kennzahl auch für lokale Netzwerke berechnet werden (vergleiche Kindler 2013, S. 61).

auch wichtig zu wissen, wie häufig und aus welchen Gründen Anrufungen des Familiengerichtes mit einer Ablehnung der Schutzmaßnahmen enden, die vom Jugendamt angestrebt und gegebenenfalls mit Beobachtungen von Netzwerkpartnern begründet wurden (vergleiche Kindler 2013). Diese Rückmeldungen sind wichtige Korrekturerfahrungen für die Jugendämter wie für Netzwerkpartner. Auch die Rate der Kinder und Familien, bei denen es nach einer bekannt gewordenen Kindeswohlgefährdung kurz- oder mittelfristig erneut zu Gefährdungseignissen kommt, sollte in einem Kinderschutznetzwerk reflektiert werden.

#### **4.4 Anregungen zur Förderung eines interprofessionell geteilten Kinderschutzverständnisses**

Eine wesentliche Zielsetzung des BKiSchG ist eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit im präventiven und interventiven Kinderschutz. Durch einzelfallbezogene interprofessionelle Kooperationen sollen die Chancen für positive Fallverläufe insgesamt verbessert werden. Gewichtige Anhaltspunkte bilden sowohl Anlässe für Hilfestellungen und die Vermittlung von Hilfen als auch für Übergänge in das System der Kinder- und Jugendhilfe. Ungeachtet der vom Gesetzgeber geschaffenen Voraussetzungen gibt es für professionelle Akteure bei der Fallfindung und -überleitung in die Kinder- und Jugendhilfe aber Hemmschwellen.

Die Abwägung, wann gewichtige Anhaltspunkte vorliegen, wann und wie mit Eltern über gewichtige Anhaltspunkte gesprochen werden sollte, wann und wie die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe einzu-beziehen ist, konfrontiert professionelle Akteure mit Situationen, die sie mit ihrem professionstypischen Handlungsrepertoire nicht immer bewältigen können (vergleiche BMFSFJ 2015).

Mit der vorgestellten funktionalen Definition des Konstrukts gewichtige Anhaltspunkte (siehe Kapitel 2.3.4), der Hervorhebung operationaler Definitionen relevanter Gefährdungsbereiche (siehe Kapitel 2.2.2) und der Ausarbeitung von Grundprinzipien für

Fallfindungshandeln (siehe Kapitel 3) werden Orientierungshilfen für Fallfindungen im präventiven und interventiven Kinderschutz gegeben. Für ein vertieftes Verständnis sowie die Weiterentwicklung einer pragmatischen Fallfindung in unterschiedlichen Systemen und interprofessionellen Kooperationen bedarf es empirischer Beobachtungsstudien innerhalb und zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen. Mithilfe solcher das Handeln der Akteure abbildenden Feldstudien (vergleiche Barth 2016) lässt sich untersuchen, welche gewichtigen Anhaltspunkte professionelle Akteure auf welche Art und Weise in ihren Kontakten mit Eltern konkret bearbeiten, wie diese mit Eltern erörtert werden und wie der Entscheidungsprozess für Hilfe- oder Kontrollmaßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe im Einzelfall gestaltet wird.

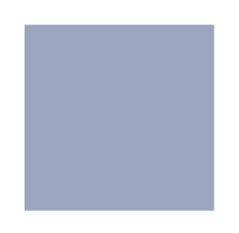
Analog können Beratungsprozesse durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zum Forschungsgegenstand gemacht werden. Die praktische Funktionalität des Konstrukts gewichtige Anhaltspunkte zeigt sich professionellen Akteuren im Gesundheitswesen, Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und Eltern letztlich darin, wie gut erheblich gefährdete Kinder identifiziert und vor weiterer Gefährdung geschützt werden, welche Hilfemaßnahmen in der Folge initiiert werden und welche Wirkungen diese Maßnahmen auf die Entwicklung eines Kindes und seiner Eltern zeigen (vergleiche Pecora 2017).

Die Vielfalt und Vagheit gewichtiger Anhaltspunkte macht eine Einschätzung für alle Berufsgruppen oft schwierig und unsicher. Dieser Befund gilt auch für die am Ende des Entscheidungsprozesses stehenden Jugendämter. Auch ihnen können Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, bei dessen Einordnung sie unsicher sind und eine ergänzende Beratung oder eine erweiterte Falleinschätzung von externen Expertinnen oder Experten benötigen (zum Beispiel bei Unsicherheiten, wie ein Verdacht auf eine psychiatrische Eltern-erkrankung im Zusammenhang mit Hinweisen auf Vernachlässigung einzuschätzen ist).

Regelmäßige interprofessionelle Fallseminare, die von Jugendämtern innerhalb der von ihnen koordinierten regionalen Kinderschutznetzwerke organisiert werden können, bieten eine hilfreiche

Struktur zur Entwicklung von Orientierungshilfen und Handlungsempfehlungen. Unsicherheiten, Fallstricke und Lösungen können auf allen Ebenen einer Fallfindung und Hilfevermittlung aus unterschiedlichen Perspektiven lösungsorientiert reflektiert werden. Dieser interprofessionelle Bildungsprozess kann durch systematische Rückmeldungen über die Effekte von Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen zusätzlich unterstützt werden. Auf diese Weise geraten diejenigen gewichtigen Anhaltspunkte in den Fokus, für die geeignete Hilfenkonzepte lokal zur Verfügung stehen oder aber fehlen. Wie eine solche Rückmeldung strukturiert erfolgen kann, zeigt beispielsweise das von der American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2009) entwickelte »Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0-5 (ECSII)«. Mit einem solchen Instrumentarium

können, bei entsprechend vorhandenen personellen Ressourcen, die Wirkungen der jeweiligen Hilfen auf ein Kind, die Eltern-Kind-Interaktion, die elterliche Erziehungsverantwortung und die unmittelbare Entwicklungsumgebung mit Beteiligung der Eltern im Verlauf systematisch erfasst werden und in der Folge gegebenenfalls veränderte Hilfebedarfe berücksichtigt werden. Fallbezogene Informationen, die strukturiert erhoben und interprofessionell diskutiert werden können, sind neben professions-spezifischen Fortbildungen wirksame Maßnahmen, um das professionelle Hinsehen, Erörtern und Beurteilen von gewichtigen Anhaltspunkten sowie das frühzeitige Anstoßen von weiterführenden Hilfen oder die rechtzeitige Weitergabe von Informationen an die Kinder- und Jugendhilfe in das professionelle Selbstverständnis zu integrieren.



# Literatur

- Affi, Tracie O. / MacMillan, Harriet L. / Boyle, Michael / Taillieu, Tamara / Cheung, Kristene / Sareen, Jitender (2014):** Child abuse and mental disorders in Canada. In: Canadian Medical Association Journal, 186. Jahrgang, Heft 9, Seite 324–332
- Affi, Tracie O. / MacMillan, Harriet L. / Boyle, Michael / Taillieu, Tamara / Turner, Sarah / Cheung, Kristene / Sareen, Jitender (2016):** Child abuse and physical health in adulthood. In: Health Report, 27. Jahrgang, Heft 3, Seite 10–18
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2009):** ESCII Manual Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0-5. [https://www.aacap.org/AACAP/Member\\_Resources/Practice\\_Information/ECSII.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Member_Resources/Practice_Information/ECSII.aspx) (17.05.2021)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2015):** Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)
- Bakermans-Kranenburg, Marian J. / Ijzendoorn, Marinus H. van (2015):** The hidden efficacy of interventions: genenvironment experiments from a differential susceptibility perspective. In: Annual review of psychology, 66. Jahrgang, Heft 11, Seite 381–409
- Barth, Michael (2016):** Das Elterngespräch in pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen im Kontext Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 59. Jahrgang, Heft 10, Seite 1.315–1.322
- Belzer, Florian / Kleinert, Leni / Buchholz, Anika / Mall, Volker / Barth, Michael (2015):** Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. Der pädiatrische Anhaltsbogen im Praxistest. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 10. Jahrgang, Heft 4, Seite 314–319
- Bensel, Joachim / Prill, Thomas / Haug-Schnabel, Gabriele / Fritz, Birgit / Nied, Franziska (2012):** Einschätzskaala Kindeswohlgefährdung in Kindertageseinrichtungen. Stuttgart: KVJS Jugendhilfe Service
- Bertsch, Bianca (2016):** Veränderungen im Gesundheitswesen durch das Bundeskinderschutzgesetz. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 12. Jahrgang, Heft 1+2, Seite 35–46
- Besier, Tanja / Pillhofer, Melanie / Botzenhart, Simone / Ziegenhain, Ute / Kindler, Heinz / Spangler, Gottfried / Bovenschen, Ina / Gabler, Sandra / Künster, Anne K. (2012):** Child Abuse and Neglect: Screening for Risks During the Perinatal Period (Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Risiko-Screening in der Geburtshilfe). In: Geburtshilfe Frauenheilkunde, 72. Jahrgang, Heft 5, Seite 397–402
- Biringen, Zeynep / Altenhofen, Shannon / Aberle, Jennifer / Baker, Megan / Brosal Aubrey / Bennett, Sera / Coker, Ellen / Lee, Carly / Meyer-Parsons, Beatrice / Moorlag, Albertha / Swaim, Randall (2012):** Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. In: Developmental Psychopathology, 24. Jahrgang, Heft 1, Seite 23–34
- Bollig, Sabine / Teervooren, Anja (2009):** Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 29. Jahrgang, Heft 2, S 157–173
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006):** Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme. Berlin

- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2015):** Bericht der Bundesregierung – Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Berlin [www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/bericht-der-bundesregierung---evaluation-des-bundeskinderschutzgesetzes/96262](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/bericht-der-bundesregierung---evaluation-des-bundeskinderschutzgesetzes/96262) (17. April 2020)
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2017):** Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG). Berlin [www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/entwurf-eines-gesetzes-zur-staerkung-von-kindern-und-jugendlichen/119554](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/entwurf-eines-gesetzes-zur-staerkung-von-kindern-und-jugendlichen/119554) (17. April 2020)
- California Department of Social Services (2013):** The Structured Decision Making® System. NCCD Children Research Center. <https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/assessment/approaches/structured-decision-making/> (17. April 2020)
- Cicchetti, Dante (2016):** Socioemotional, personality and biological development: Illustrations from multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. In: Annual Review of Psychology, 67. Jahrgang, Heft 1, Seite 187–211
- Cierpka, Manfred (Hrsg.) (2012):** Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin / Heidelberg / New York
- Coester, Michael (2008):** Inhalt und Funktionen des Begriffs der Kindeswohlgefährdung – Erfordernis einer Neudefinition? In: Das Jugendamt, Heft 1, Seite 1–9
- Croskerry, Pat / Petrie, David / Reilly, James B. / Tait, Gordon (2014):** Deciding about fast and slow decisions. In: Academic Medicine, 89. Jahrgang, Heft 2, Seite 197–200
- Deegener, Günther / Körner, Wilhelm (2011):** Risiko- und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologischer, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Deegener, Günther / Körner, Wilhelm (Hrsg.): Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich, Seite 201–250
- Department of Health (2000):** Framework for the assessment of children in need and their families. London
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2016):** Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2019):** Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (2014):** Frühkindliche Sozialisation: biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven. Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung. Berlin
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2011):** Stellungnahme des Deutschen Jugendinstituts zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz BKiSchG) vom 22. Dezember 2010. München
- Dubowitz, Howard / Feigelman, Susan / Lane, Wendy / Kim, Jeongeun W. (2009):** Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. In: Pediatrics, 123. Jahrgang, Heft 3, Seite 858–864

- Dubowitz, Howard (2014):** The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety. In: *Child Abuse & Neglect*, 38. Jahrgang, Heft 11, Seite 1.725–1.733
- Dubowitz, Howard / Leventhal, John M. (2014):** The pediatrician and child maltreatment: principles and pointers for practice. In: *Pediatric Clinics of North America*, 61. Jahrgang, Heft 5, Seite 865–871
- Feng, Jui-Ying / Huang, Tzu-Yi / Wang, Chi-Chen J. (2010):** Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. In: *Child Abuse & Neglect*, 34. Jahrgang, Heft 2, Seite 124–128
- Font, Sarah A. / Berger, Lawrence M. (2015):** Child maltreatment and children's developmental trajectories in early to middle childhood. In: *Child development*, 86. Jahrgang, Heft 2, Seite 536–556
- Font, Sarah A. / Maguire-Jack, Kathryn (2015):** Decision-making in child protective services: Influences at multiple levels of the social ecology. In: *Child Abuse & Neglect*, Heft 47, Seite 70–82
- Friedrich, Tina (2011):** Zusammenarbeit mit Eltern – Anforderungen an frühpädagogische Fachkräfte. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). München
- Galm, Beate / Hees, Katja / Kindler, Heinz (2016):** Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen und helfen. 2. Auflage, München / Basel
- Ganser, Helene G. / Münzer, Annika / Plener, Paul L. / Witt, Andreas / Goldbeck, Lutz (2016):** Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz*, 59. Jahrgang, Heft 6, Seite 803–810
- Gemeinsamer Bundesausschuss (BA) (2016):** Kinder-Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Berlin
- Gerber, Christine (2011):** Kinderschutz von der Checkliste zur persönlichen Fall- und Prozessverantwortung. In: Körner, Wilhelm / Deegener, Günther (Hrsg.): *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis*. Lengerich, Seite 294–327
- Gerber, Christine / Lillig, Susanna (2018):** Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen. Eine systemorientierte Methode zur Analyse von Kinderschutzfällen und Ergebnisse aus fünf Fallanalysen. Bericht. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 9. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Gershon, Naomi B. / High, Pamela C. (2015):** Epigenetics and child abuse: Modern-Day Darwinism – The miraculous ability of the human genome to adapt, and then adapt again. In: *American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics)*, 169. Jahrgang, Heft 4, Seite 353–360
- Gillingham, Philip / Humphreys, Cathy (2010):** Child protection practitioners and decision-making tools: Observations and reflections from the front line. In: *British Journal of Social Work*, 40. Jahrgang, Heft 8, Seite 2.598–2.616
- Goebbels, Adrienne F.G. / Nicholson, Jan M. / Walsh, Kenneth / Vries, Hein de (2008):** Teachers' reporting of suspected child abuse and neglect: behaviour and determinants. In: *Health education research*, 23. Jahrgang, Heft 6, Seite 941–951
- Heneghan, Amy M. / Mercer, MaryBeth / DeLeone, Nancy L. (2004):** Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? In: *Pediatrics*, 113. Jahrgang, Heft 3, Seite 460–467

- Herrmann, Bernd / Detmayer, Reinhard / Banaschak, Sibylle / Thyen, Ute (2008):** Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Heidelberg
- Heyman, Richard E. / Slep, Amy M. S. (2006):** Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment. In: *Journal of Family Psychology*, 20. Jahrgang, Heft 3, Seite 397–408
- Heyman, Richard E. / Slep, Amy M. S. (2009):** Reliability of family maltreatment diagnostic criteria: 41 site dissemination field trial. In: *Journal of Family Psychology*, 23. Jahrgang, Heft 6, Seite 905–910
- Institute of Medicine and National Research Council (2012):** Child maltreatment research, policy, and practice for the next decade: Workshop summary. Washington, DC
- Institute of Medicine and National Research Council (2014):** New Directions in Child Abuse & Neglect Research. Washington, DC
- Jenni, Oskar G. (2016):** Starting the Debate: Rethinking Well-Child Care in Europe. In: *The Journal of Pediatrics*, 179. Jahrgang, Seite 276–277. E1
- Johnson, Will L. (2011):** The validity and utility of the California Family Risk Assessment under practice conditions in the field: A prospective study. In: *Child Abuse & Neglect*, 35. Jahrgang, Heft 1, Seite 18–28
- Kaufhold, Gudula / Pothmann, Jens (2015):** Gefährdungseinschätzungen bei den Kleinsten. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen – Ausgabe 2015. Köln, Seite 62–79
- Kelle, Helga (2010):** Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik. In: Kelle, Helga (Hrsg.): *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen, Seite 23–39
- Kelle, Helga / Seehaus, Rhea (2010):** Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In: Kelle, Helga (Hrsg.): *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen, Seite 41–94
- Kendziora, Kimberly T. / O’Leary, Susan G. (1993):** Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. In: *Advances in clinical child psychology*, 15. Jahrgang, Seite 175–206
- Kindler, Heinz (2010):** Risikoscreening als systematischer Zugang zu frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53. Jahrgang, Heft 10, Seite 1.073–1.079
- Kindler, Heinz (2011a):** Denkfehler und andere Praxisirrtümer im Kinderschutz. Eine persönlich gefärbte Übersicht. In: Körner, Wilhelm / Deegener, Günther (Hrsg.): *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis*. Lengerich, Seite 174–200
- Kindler, Heinz (2011b):** Gewichtige Anhaltspunkte (im Jugendalter). In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): *Frühe Hilfen auch für Jugendliche? Gilt der Schutzauftrag § 8a SGB VIII bis zur Volljährigkeit? Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe*. Band 78. Berlin, Seite 132–145

- Kindler, Heinz (2011c):** Grundlagentext. Risiko- und Schutzfaktoren, Gefährdungseinschätzung. In: KJPP Ulm (Hrsg.): E-Learning Frühe Hilfen. Ulm, Seite 2–33
- Kindler, Heinz (2013):** Expertise – Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Köln
- Kindler, Heinz (2014):** Neue Perspektiven für den Kinder- und Jugendschutz: Ein Plädoyer für Veränderung. In: DJI Impulse, Ausgabe 2, Seite 4–8
- Kindler, Heinz (2016):** Kindesmisshandlung und neue Morbidität in der Pädiatrie. Konsequenzen für Frühe Hilfen und Kinderschutzmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59. Jahrgang, Heft 10, Seite 1.332–1.336
- Kindler, Heinz / Lillig, Susanna (2006):** Was ist unter »gewichtige Anhaltspunkte« für die Gefährdung eines Kindes zu verstehen? Probleme und Vorschläge zu einem neuen Begriff im Kinderschutzrecht. In: IzKK Nachrichten, Heft 1-2, Seite 16–19
- Knoblich, Günther / Öllinger, Michael (2006):** Einsicht und Umstrukturierung beim Problemlösen. In: Funke, Joachim (Hrsg.): Denken und Problemlösen. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen, Seite 3–8
- Knudson, Eric I. (2004):** Sensitive periods in the development of the brain and behavior. In: Journal of Cognitive Neuroscience, 16. Jahrgang, Heft 8, Seite 1.412–1.425
- Koch, Hannelore (2010): Testbesprechung von Deegener, Günther / Spangler, Gottfried / Körner, Wilhelm / Becker, Nicolas (2009):** EBSK. Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung. Deutsche Form des Child Abuse Potential Inventory (CAPI) by Joel S. Milner. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 42. Jahrgang, Heft 1, Seite 57–61
- Kölch, Michael / Fegert, Jörg M. / Berg, Gundolf / Jung, Martin (2015):** Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG, KJPP, BKJPP, erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB
- Krippeit, Lorena / Belzer, Florian / Martens-Le Bouar, Heike / Mall, Volker / Barth, Michael (2014):** Communicating psychosocial problems in German well-child visits. What facilitates, what impedes pediatric exploration? A qualitative study. In: Patient Education Counseling, 97. Jahrgang, Heft 2, Seite 188–194
- Künster, Anne K. / Thurn, Leonore / Fischer, Dieter / Wucher, Alexandra / Kindler, Heinz / Ziegenhain, Ute (2013):** Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Version für Klein- und Vorschulkinder. KJPP, Universitätsklinikum Ulm <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000448> (17. April 2020)
- Lee, Pei-Yu / Dunne, Michael P. / Chou, Fan-Hao / Fraser, Jennifer A. (2012):** Development of the child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses. In: The Kaohsiung journal of medical sciences, 28. Jahrgang, Heft 1, Seite 44–53

- Leeb, Rebecca T. / Paulozzi, Leonard / Melanson, Cindi / Simon, Thomas / Arias, Ileana (2008):** Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta
- Lips, Ulrich (2011):** Kindesmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis. Bern
- Louwers, Eveline C. / Korfage, Ida J. / Affourtit, Marjo J. / Ruige, Madelon / Elzen, Annette P. van den / Koning, Harry J. de / Moll, Henriette A. (2014):** Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. In: Child Abuse & Neglect, 38. Jahrgang, Heft 7, Seite 1.275–1.281
- MacKenzie, Michael J. / Kotch, Jonathan B. / Lee, Li Ching (2011):** Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. In: Child Youth Service Review, 33. Jahrgang, Heft 9, Seite 1.638–1.647
- Martens-Le Bouar, Heike / Renner, Ilona / Belzer, Florian / Barth, Michael / Krippeit, Lorena / Mall, Volker u. a. (2013):** Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. In: Kinderärztliche Praxis, 84. Jahrgang, Heft 2, Seite 94–99
- Mathews, Ben / Payne, Heather / Bonnet, Catherine / Chadwick, David (2009):** A way to restore British paediatricians' engagement with child protection. In: Archives of disease in childhood, 94. Jahrgang, Heft 5, Seite 329–332
- McLaughlin, Katie A. / Sheridan, Margaret A. / Tibu, Florin / Fox, Nathan A. / Zeanah, Charles H. / Nelson, Charles A. (2015):** Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 112. Jahrgang, Heft 18, Seite 5.637–5.642
- Merk, Kurt-Peter (2014):** § 4 KKG – Professionelle Kooperation im Kinderschutz? In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 59. Jahrgang, Heft 1, Seite 8–11
- Metzner, Franka / Pawils, Silke (2010):** Bundesweiter Einsatz von Risikoinventaren zur Kindeswohlgefährdung. Ergebnisse des Benchmarks 05/2009–09/2009. Institut für medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Müller, Jörg M. / Achtergarde, Sandra / Frantzmann, Hanna / Steinberg, Katrin / Skorozhenina, Olena u. a. (2013):** Inter-rater reliability and aspects of validity of the parent-infant relationship global assessment scale (PIRGAS). In: Child and adolescent psychiatry and mental health, 7. Jahrgang, Heft 1, Seite 17
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2014):** When to suspect child maltreatment. Update February 2014. London
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014a):** Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014b):** Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln
- Norman, Rosana E. / Byambaa, Munkhtsetseg / De, Rumna / Butchart, Alexander / Scott, James / Vos, Theo (2012):** The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. In: PLoS medicine, 9. Jahrgang, Heft 11, Seite e1001349
- Paul, Mechthild (2012):** Was sind Frühe Hilfen? In: Resch, Franz / Maywald, Jörg (Hrsg.): Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Sonderausgabe: Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen, Seite 6–7

- Pecora, Peter J. (2017):** Evidence-based and promising interventions for preventing child fatalities and severe child injuries related to child maltreatment. Austin, Texas
- Pelaccia, Thierry / Tardif, Jacque / Triby, Emmanuel / Charlin, Bernard (2011):** An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. In: Medical Education Online, 16. Jahrgang, Heft 1, Seite 5.890
- Petermann, Franz / Niebank, Kay / Scheithauer, Herbert (2004):** Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Berlin / Heidelberg / New York
- Pierce, Mary C. / Kaczor, Kim / Aldridge, Sara / O’Flynn, Justine / Lorenz, Douglas J. (2010):** Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. In: Pediatrics, 125. Jahrgang, Heft 1, Seite 67–74
- Prinz, Ron (2013):** Prevention and reduction of parent-child relationship difficulties. In: Foran, Heather M. / Beach, Steven R.H. / Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Wamboldt, Marianne Z. (Hrsg.): Family problems and family violence: reliable assessment and the ICD-11. New York, Seite 229–238
- Reedtz, Charlotte / Lauritzen, Camilla / Doesum, Karin T. M. van (2012):** Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents. Implementing new interventions in the adult mental health care in Northern Norway. In: BMJ open, 2. Jahrgang, Heft 3, Seite 1–6
- Reich, Wulfhild (2005):** Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung. In: Kinderärztliche Praxis, 76. Jahrgang, Heft 6, Seite 370–377
- Renner, Ilona (2010):** Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 53. Jahrgang, Heft 10, Seite 1.048–1.055
- Rogosch, Fred A. / Dackis, Melissa N. / Cicchetti, Dante (2011):** Child Maltreatment and allostatic Load: Consequences for physical and mental health in children from low-income families. In: Developmental Psychopathology, 23. Jahrgang, Heft 4, Seite 1.107–1.124
- Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Peterle, Christopher (2022):** Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland. Ergebnisse der Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017). Forschungsbericht. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Schäfer, Ingo / Barnow, Sven / Pawils, Silke (2016):** Substance use disorders as a cause and consequence of childhood abuse. Basic research, therapy and prevention in the BMBF-funded CANSAS-Network. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59. Jahrgang, Heft 1, Seite 35–43
- Schechter, Daniel S. / Willheim, Erica / Hinojosa, Claudia / Scholfield-Kleinman, Kimberly / Turner, J. Blake u. a. (2010):** Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress and joint attention. In: Psychiatry, 73. Jahrgang, Heft 2, Seite 130–144
- Schols, Manuela A. / Ruiter, Corine de / Ory, Ferko G. (2013):** How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. In: BMC public health, 13. Jahrgang, Heft 1, Seite 807

- Seckinger, Mike (2016):** Entwicklungslinien für die kommunale Kinder- und Jugendhilfe. Wissenschaft und Praxis im Dialog anhand (weiterer) empirischer Befunde aus der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. In: Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (Hrsg.): Praxistest erfolgreich bestanden? Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 30. und 31. Mai 2016 in Berlin. Reihe: Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe. Band 105, Seite 86–98
- Shonkoff, Jack P. / Garner, Andrew S. (2012):** The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. In: *Pediatrics*, 129. Jahrgang, Heft 1, Seite 232–246
- Siebolds, Marcus / Münzel, Brigitte / Müller, Roland / Häußermann, Sigrun / Paul, Mechtild / Kahl, Cornelia (2016):** Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59. Jahrgang, Heft 10, Seite 1.310–1.314
- Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. (2006):** Creating and field-testing child maltreatment definitions: Improving the reliability of substantiation determinations. In: *Child Maltreatment*, 11. Jahrgang, Heft 3, Seite 217–236
- Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Snarr, Jeffery D. / Foran, Heather M. (2013a):** Practical tools for assessing child maltreatment in clinical practice and public health settings. In: Foran, Heather M. / Beach, Steven R. H. / Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Wamboldt, Marianne Z. (Hrsg.): *Family problems and family violence: reliable assessment and the ICD-11*. New York, Seite 159–184
- Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Malik, Jill (2013b):** Child maltreatment: Definitions, prevalence, and implications for diagnosis. In: Foran, Heather M. / Beach, Steven R. H. / Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Wamboldt, Marianne Z. (Hrsg.): *Family problems and family violence: reliable assessment and the ICD-11*. New York, Seite 111–130
- Slep, Amy M. S. / Tamminen, Tuula (2013):** Caregiver – child relational problems: Definitions and implications for diagnosis. In: Foran, Heather M. / Beach, Steven R. H. / Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Wamboldt, Marianne Z. (Hrsg.): *Family problems and family violence: reliable assessment and the ICD-11*. New York, Seite 185–197
- Suess, Gerhard J. / Bohlen, Uta / Mali, Agnes / Frumentia Maier, Maria (2010):** Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem Steep-Praxisforschungsprojekt »Wiege«. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53. Jahrgang, Heft 11, Seite 1.143–1.149
- Thiesmeier, Monika (2012):** »...und darüber soll ich mit denen reden?« – Mit Eltern in belastenden Situationen über schwierige Themen sprechen. In: Schone, Reinhold / Tenhaken, Wolfgang (Hrsg.): *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe*. Weinheim / Basel, Seite 146–171
- Thompson, Ross A. / Nelson, Charles A. (2001):** Developmental science and the media. Early brain development. In: *American Psychologist*, 56. Jahrgang, Heft 1, Seite 5–15

- Thurn, Leonore / Besier, Tanja / Ziegenhain, Ute / Jud, Andreas / Kindler, Heinz / Fischer, Dieter / Fegert, Jörg M. / Künster, Anne K. (2017):** Risikoepidemiologie und Kinderschutzstatistik in der frühen Kindheit: Eine Pilotuntersuchung mit dem »Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz«. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45. Jahrgang, Seite 295–302
- Vogd, Werner (2011):** Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung – eine Brücke. 2. Auflage, Opladen
- Vries, Hein de / Kremers, Stef P. / Smeets, Trinette / Brug, Johannes / Eijmael, Kim (2008):** The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. In: American journal of health promotion, 22. Jahrgang, Seite 417–425
- Waddington, Conrad H. (1957):** The strategy of the genes. London
- Walper, Friederike Dr. (2012):** Das Bundeskinderschutzgesetz: ärztliche Befugnisse und Pflichten bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. In: Der Gynäkologe, 45. Jahrgang, Heft 11, Seite 888–898
- Wamboldt, Marianne Z. / Cordaro, Anthony R. Jr. (2013):** Practical tolls for assessing caregiver-child relationship problems. In: Foran, Heather M. / Beach, Steven R. H. / Slep, Amy M. S. / Heyman, Richard E. / Wamboldt, Marianne Z. (Hrsg.): Family problems and family violence: reliable assessment and the ICD-11. New York
- Werner, Emmy E. / Smith, Ruth S. (1982):** Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. New York
- Widom, Cathy S. (2014):** Longterm consequences of child maltreatment. In: Korbin, Jill E. / Krugman, Richard D. (Hrsg.): Handbook of child maltreatment. Dordrecht, Seite 225–247
- Wiesner, Reinhard (2006):** Gesetzgeberische Absichten zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl durch das Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz (KICK). In: IzKK Nachrichten, Heft 1-2, Seite 4–8
- Wissow, Lawrence S. / Larson, Susan / Anderson, Jada / Hadjiisky, Elizabeth (2005):** Pediatric resident's responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. In: Pediatrics, 115. Jahrgang, Heft 6, Seite 1.569–1.578
- Wolf, Reinhart / Flick, Uwe / Ackermann, Timo / Biesel, Kay / Brandhorst, Felix / Heinitz, Stefan / Patschke, Mareike / Röhnisch, Gudula (2013):** Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Opladen
- Wolfe, David A. / McIsaac, Caroline (2011):** Distinguishing between poor / dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. In: Child Abuse & Neglect, 35. Jahrgang, Heft 10, Seite 802–813
- Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (2013):** Sozialpädagogische Diagnose-Tabelle & Hilfeplan. Arbeitshilfe zur Anwendung der Instrumente bei der Prüfung von Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindeswohls, der Abklärung von Leistungsvoraussetzungen einer Hilfe zur Erziehung und der Durchführung des Hilfeplanverfahrens in der Praxis. München
- Zero to Three (2005):** Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revised edition (DC: 0-3R). Washington
- Ziegenhain Ute / Künster, Anne K. / Besier, Tanja (2016):** Gewalt gegen Kinder. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59. Jahrgang, Heft 1, Seite 44–51

## **IMPRESSUM**

### **Herausgeber:**

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI)  
Maarweg 149–161  
50825 Köln  
Telefon: 0221 8992-0  
www.fruehehilfen.de

### **Verantwortlich für den Inhalt:**

Prof. Dr. Sabine Walper (DJI)

### **Autor:**

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Barth  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Universitätsklinikum Freiburg

### **Gestaltung:**

Designbüro Lübbecke Naumann Thoben, Köln

### **Druck:**

Dieses Medium wurde klimaneutral gedruckt.  
Kern GmbH, In der Kolling 120, 66450 Bexbach

### **Auflage:**

1.3.04.22

Alle Rechte vorbehalten.

Der Inhalt dieser Publikation gibt die Meinung  
des Autors wieder, die von dem Herausgeber  
nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos  
abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf  
durch die Empfängerin oder den Empfänger an  
Dritte bestimmt.

### **Bestellung:**

BZgA  
50819 Köln  
Fax: 0221-8992-257  
E-Mail: [bestellung@bzga.de](mailto:bestellung@bzga.de)

Bestellnummer: 16000259

ISBN: 978-3-96896-029-6



Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Nationales Zentrum  
Frühe Hilfen 

Träger:



Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

In Kooperation mit:



Deutsches  
Jugendinstitut