Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Kinderschutz in der Medizin – Bedarf, Chancen und Herausforderungen der Wissensdissemination und des Kompetenzaufbaus

Kumulative Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Anna Maier

Donauwörth

2020

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Tobias M. Böckers

Tag der Promotion: 29.01.2021

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis VI

Abbildungsverzeichnis VII

Tabellenverzeichnis VIII

1. Einleitung 1

1.1. Kinderschutz und Kindesmisshandlung – Definitionen und Epidemiologie 2

1.1.1. Definitionen 2

1.1.2. Prävalenzen von Kindesmisshandlung 4

1.1.3. Folgen von Kindesmisshandlung 5

1.2. Kinderschutz in der Medizin 7

1.2.1. Geschichte des Kinderschutzes in der Medizin 7

1.2.2. Bedeutung des Kinderschutzes in der Medizin 9

1.3. Möglichkeiten des Erwerbs von Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz in der Medizin 10

1.3.1. Strukturen der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu Kinderschutz 10

1.3.2. Inhalte von Fortbildungen zu Kinderschutz in der Medizin 12

1.3.3. Bestehende Fortbildungsmaßnahmen zu Kinderschutz in der Medizin 13

1.4. Wissenstransfer, Wissensdissemination und Kompetenzaufbau in der Medizin und im Kinderschutz 15

1.4.1. Wissenstransfer in der Medizin 15

1.4.2. Dissemination von Wissen in der Medizin 16

1.4.3. Wissenstransfer und Wissensdissemination in der Medizin und im Kinderschutz mittels onlinebasierter Fortbildungsangebote 18

2. Fragestellungen und Ziele 21

3. Ergebnisse 23

3.1. Darstellung und Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ im Hinblick auf Wissens- und Kompetenzerwerb sowie Dissemination im Bereich Kinderschutz für Ärzt*innen 23

3.1.1. Hintergrund 23

3.1.2. Material & Methoden 23

3.1.3. Ergebnisse 25

3.1.4. Schlussfolgerungen 27

3.2. Analyse von Möglichkeiten, Rahmenbedingungen, Motivationen und Hürden einer erfolgreichen Dissemination von Wissen durch Multiplikator*innen im Bereich Kinderschutz in der Medizin 28

3.2.1. Hintergrund 28

3.2.2. Material & Methoden 28

3.2.3. Ergebnisse 29

3.2.4. Schlussfolgerungen 30
3.3. Evaluation der Disseminationsmaterialien des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ als Basis einer erfolgreichen Implementation 30
3.3.1. Hintergrund 30
3.3.2. Material & Methoden 31
3.3.3. Ergebnisse 31
3.3.4. Schlussfolgerungen 34
4. Diskussion 35
4.1. Limitationen 39
4.2. Fazit und Ausblick 40
5. Zusammenfassung 43
6. Literaturverzeichnis 45
7. Anhang 59
7.1. Publikationen der kumulativen Dissertation 59
7.1.1. Publikation A: Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz 59
7.1.2. Publikation B: Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey 68
7.1.3. Publikation C: Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz: Dissemination der Inhalte eines Online-Kurses unter Gesundheitsfachkräften 85
7.2. Methodenübersicht für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren 93
Danksagung 100
Curriculum Vitae 102

Abkürzungsverzeichnis

AWMF =	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄApprO =	Approbationsordnung für Ärzt*innen
BGB =	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG =	Bundesministerium für Gesundheit
Bundeskinderschutzgesetz =	Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen
CDC =	Centers for Disease Control and Prevention
CME =	Continuing Medical Education
CTQ =	Childhood Trauma Questionnaire
DGKiM =	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
IACAPAP =	International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
ICD =	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Inter-CAP =	International Course on Child Abuse Paediatrics
KJPP =	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
KKG =	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KSG-Leitfaden =	Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken
OPS =	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SGB =	Sozialgesetzbuch
p=	Statistische Signifikanz
TK =	Testkohorte(n)
UN =	Vereinte Nationen
UNICEF =	United Nations Children’s Fund
WHO =	Weltgesundheitsorganisation
WKG =	Wartekontrollgruppe

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung nach Leeb et al. 2008 (in Anlehnung an Abbildung in Witt, 2018, S. 3) 3

Abbildung 2 - Schematischer Ablauf des Wissenstransfers in der Medizin nach Rassenhofer (Maier, Hoffmann et al., 2020, S. 700) (abgedruckt und modifiziert mit Genehmigung von der W. Kohlhammer GmbH) 16

Abbildung 3 - Dreiphasiger Prozess des Transfers von neu gewonnenem Wissen und darauf basierenden Kompetenzen in die medizinische Praxis mittels Diffusion, Dissemination und Implementation, in welchem die drei Phasen aufeinander aufbauen (in Anlehnung an Lomas, 1993) 18

Abbildung 4 - Forschungsdesign zur Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ und der dazugehörigen Disseminationsmaterialien; WKG = Wartekontrollgruppe; T0 = Befragung drei Monate vor Kursbeginn der Testkohorte 3, T1 = Befragung direkt vor Kursbeginn, T2 = Befragung direkt nach Kursende/-abbruch, T3 = Katamnesebefragung der Testkohorten 1 und 2 (vier Monate nach Kursabschluss), T_D = Evaluation Disseminationsmaterialien (drei Monate nach Kursabschluss); grün = Phasen der Datenerhebung; orange = Phasen der Überarbeitung/Inhaltserstellung 25

Abbildung 5 - Zuwachs an Wissen und Kompetenzen bei Ärzt*innen des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ (n = 96) im Mittel. Die X-Achse zeigt die verschiedenen Erhebungszeitpunkte vor (T1), direkt nach (T2) und vier Monate nach Abschluss (T3) des Kurses. Die Y-Achse zeigt die Skala zwischen dem geringst- und höchstmöglichen Ausprägungen des jeweiligen Wertes. Die Daten wurden über Online-Fragebögen als Selbsteinschätzungen erhoben. Bei den Konstrukten Wissen (blau), emotionale Kompetenz (gelb) und Selbstwirksamkeit (grün) wurden mehrere Items zur Erhebung genutzt und diese für die Auswertung als Score zusammengefasst. Die Handlungskompetenz (orange) wurde mit einem einzelnen Item erhoben (Maier, Hoffmann et al., 2019, S. 6) (Modifiziert mit Genehmigung von Springer Nature: Springer Medizin Verlag GmbH, MMW – Fortschritte der Medizin, Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M., Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz., 161(Suppl. 4), 1–8, https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0, Copyright (2019). https://www.springermedizin.de/mmw-fortschritte-der-medizin/9284684) 26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Prävalenzen (%) der verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung in zwei für Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Studien (erhoben mithilfe des Childhood Trauma Questionnaire) (in Anlehnung an Häuser et al., 2011 und Witt et al., 2017) 5

Tabelle 2 - Behandlung und Behandlungsumfang der Thematik Kindesmisshandlung in medizinischen Fachärzt*innenweiterbildungen, Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer; + = beinhaltet in der jeweiligen Weiterbildung/dem jeweiligen Schwerpunkt, - = nicht beinhaltet in der jeweiligen Weiterbildung/dem jeweiligen Schwerpunkt (in Anlehnung an Bundesärztekammer, 2019) 11

Tabelle 3 - Evaluation der Disseminationsmaterialien nach medizinischen Berufsgruppen. Die Zufriedenheit mit den Materialien wurde über einen Online-Fragebogen erhoben. Die Ergebnisse zeigen die inhaltliche und methodische Zufriedenheit mit den angebotenen und von den Gesundheitsfachkräften genutzten Disseminationsmaterialien im Mittel. Die Evaluation der Disseminationsmaterialien war freiwillig. Die Materialien konnten, je nach Nutzung, einzeln oder auch gar nicht bewertet werden. Je höher der Wert, desto höher die Zufriedenheit mit den Disseminationsmaterialien; * = Min: 1; Max: 6 (in Anlehnung an Maier, Fegert & Hoffmann, 2020b, CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de) 33

1. Einleitung

Kindesmisshandlung und deren oft lebenslange Folgen gehören weltweit zu den Hauptgründen für gesundheitliche Ungleichheit und soziale Ungerechtigkeit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt daher mit ihrem europäischen Aktionsplan zur Prävention von Kindesmisshandlung das Ziel, bis 2020 Kindesmisshandlung und Tötungsdelikte an Kindern und Jugendlichen um 20 % zu senken (Sethi et al., 2013; Sethi et al., 2018). Das Ziel 16.2, der von den Vereinten Nationen (UN) formulierten Nachhaltigkeitszielen, thematisiert außerdem die Beendigung von „Missbrauch, Ausbeutung, Kinderhandel, Folter und allen Formen von Gewalt gegen Kinder“ (World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2020) bis zum Jahr 2030 (United Nations, o. J.). Trotz der gesteckten Ziele sind die Prävalenzen von Kindesmisshandlung auch in Deutschland weiterhin hoch (Witt et al., 2017). Zum Erkennen von Misshandlungsfällen und einer angemessenen Unterstützung von Betroffenen sind vor allem die Sensibilisierung für die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung und deren Prävalenzen, Risikofaktoren, Hinweiszeichen und Folgen wichtig (Sethi et al., 2018). Gesundheitsfachkräfte und vor allem Ärzt*innen, sind hierbei privilegierte Erstansprechpersonen für Betroffene (Bundesärztekammer, o. J.; Fegert, Rassenhofer et al., 2013). Häufig fehlen diesen jedoch Wissen und Kompetenzen im Bereich des Kinderschutzes, vor allem bezüglich rechtlicher Neuregelungen. Dies kann zu Handlungsunsicherheiten führen und den dringend benötigten adäquaten Umgang mit Misshandlungsfällen erschweren (Sigad et al., 2019).

Es ist davon auszugehen, dass der Transfer und die Dissemination von Wissen sowie der Aufbau von Kompetenzen unter Ärzt*innen dazu beiträgt, von Kindesmisshandlung betroffene Kinder und Jugendliche besser schützen und umfassender unterstützen zu können. Diese Dissertation untersucht Bedarf, Chancen und Herausforderungen hierzu. Dabei wird der Fokus vor allem auf die unter den Gesundheitsfachkräften große und bedeutende Berufsgruppe der Ärzt*innen gelegt.

Die Arbeit basiert auf zwei deutschsprachigen Originalarbeiten und einer zweisprachig (deutsch und englisch) publizierten Originalarbeit, die in Fachzeitschriften mit Peer-Review (MMW - Fortschritte der Medizin, GMS Journal for Medical Education, Gesundheitsförderung und Prävention) veröffentlicht wurden. Ziel dieser Dissertation ist, Wissensdissemination und den Aufbau von Kompetenzen zu Themen des Kinderschutzes in der Medizin umfassend darzustellen. Dementsprechend wurde zunächst die wissenschaftliche Begleitforschung zum Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ und anschließend das sich direkt daraus ergebende Forschungsprojekt zur Entwicklung und Evaluation von Disseminationsmaterialien zum Online-Kurs für Absolvent*innen des Kurses betrachtet und analysiert.

In der Einleitung wird zunächst auf Definitionen, Epidemiologie und Bedeutung von Kinderschutz in der Medizin eingegangen sowie Möglichkeiten zur Aus-, Weiter-, und Fortbildung im Bereich dargestellt. Anschließend werden Relevanz und Möglichkeiten von Wissenstransfer und Wissensdissemination im Bereich der medizinischen Fortbildung für den Aufbau von Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz aufgezeigt. Es folgt die Darstellung der Fragestellungen der Dissertation sowie der Zielsetzungen der einzelnen Beiträge. An die Skizzierung der drei Publikationen im Ergebnisteil schließt sich die kritische Diskussion der Ergebnisse sowie Fazit und Ausblick für die weitere Forschung und die Praxis an.

1.1. Kinderschutz und Kindesmisshandlung – Definitionen und Epidemiologie

1.1.1. Definitionen

Kinderschutz soll Kinder und Jugendliche vor Verhältnissen und Maßnahmen schützen, die deren Recht auf ein menschenwürdiges Leben, freie Entfaltung der Persönlichkeit und dementsprechende Förderung einschränken. Daher gehört zum Kinderschutz auch der Schutz vor inner- oder außerfamiliärer Kindesmisshandlung (Wolff, 2010). Bis heute fehlt allerdings eine einheitliche sowie international und interdisziplinär anerkannte Definition von Kindesmisshandlung und deren verschiedenen Formen. Grund dafür ist, dass je nach Berufsgruppe und Versorgungssystem unterschiedliche Begriffe, Täter*innengruppen und Abgrenzungen von Kindesmisshandlung, zum Beispiel zu elterlichen Erziehungspraktiken, die sich im Grenzbereich zur Misshandlung bewegen, angewandt werden (Herrenkohl, 2005; Jud, 2018). Weiter besteht Uneinigkeit, welche Häufigkeiten bzw. Regelmäßigkeiten eine Kindesmisshandlung voraussetzt (English et al., 2005). Vor allem historisch und kulturell betrachtet fällt eine Beurteilung und Klassifizierung von Kindesmisshandlung oftmals sehr schwer (Jud, 2018; Plener et al., 2016).

Die Definition der amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention“ (CDC), welche von Expert*innen aus Medizin, Psychologie, sozialer Arbeit und anderen verknüpften Professionen festgesetzt wurde, stellt heute jedoch bereits einen guten Ansatz dar, um diese Definitionsschwierigkeiten zu bewältigen (Jud, 2018).

Das CDC definiert Kindesmisshandlung als „einzelne oder mehrere Handlungen oder Unterlassungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen, die zu einer physischen oder psychischen Schädigung des Kindes führen, das Potenzial einer Schädigung besitzen oder die Androhung einer Schädigung enthalten“ (Ziegenhain et al., 2016, S. 45). Unter Kindesmisshandlung versteht man daher physische/körperliche und psychische/emotionale Misshandlungen, sexuellen Missbrauch sowie Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen (Abbildung 1) (Leeb et al., 2008).

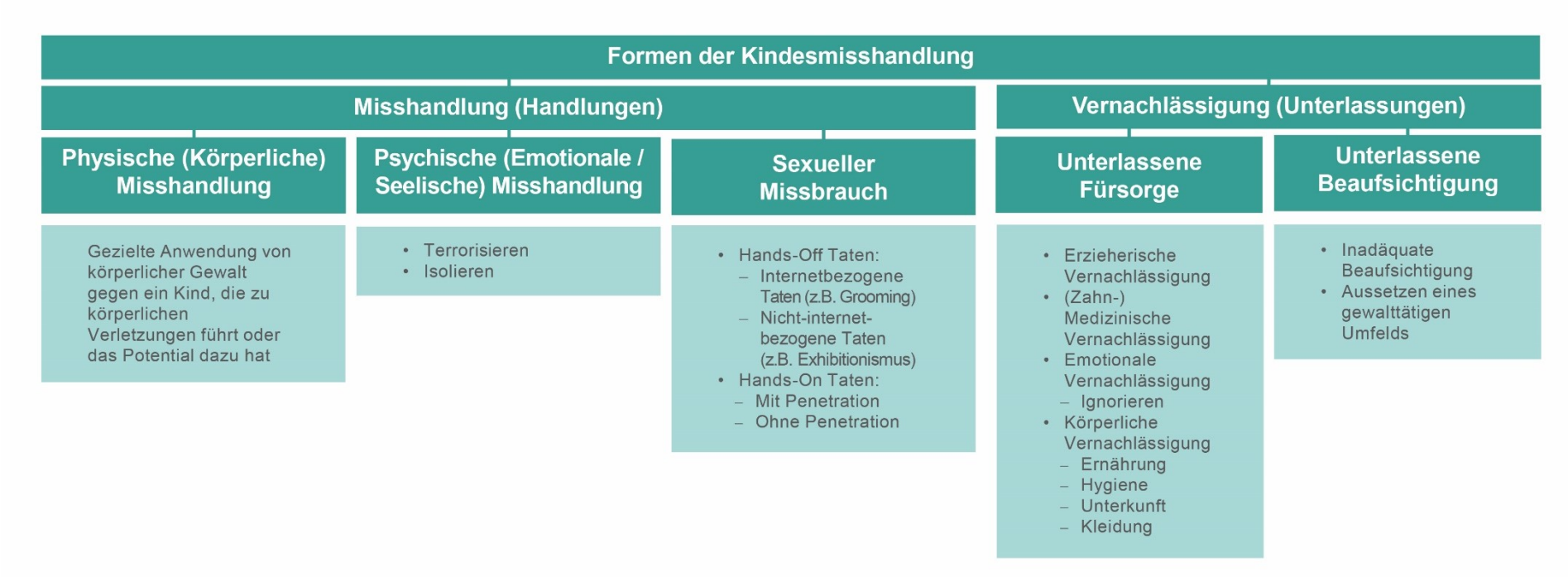


Abbildung 1 - Die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung nach Leeb et al. 2008 (in Anlehnung an Abbildung in Witt, 2018, S. 3)

Physische/Körperliche Misshandlung ist dabei „die gezielte Anwendung von körperlicher Gewalt gegen das Kind, welche zu körperlichen Verletzungen führt oder das Potenzial dazu hat“ (Ziegenhain et al., 2016, S. 45). Psychische/Emotionale Misshandlung stellt zudem „jedes absichtsvolle Elternverhalten, welches dem Kind vermittelt, wertlos, fehlerbehaftet, ungeliebt, ungewollt oder unnütz zu sein und damit dem Kind potenziell psychologischen oder emotionalen Schaden zufügt“ (Ziegenhain et al., 2016, S. 45) dar. Zu sexuellem Missbrauch zählt „jede durchgeführte oder versuchte sexuelle Handlung mit oder ohne direktem sexuellen Kontakt an/mit einem Kind“ (Ziegenhain et al., 2016, S. 45). Bei Vernachlässigung unterscheidet man zwischen unterlassener Fürsorge, „die mangelnde Erfüllung der grundlegenden körperlichen, emotionalen, medizinischen oder bildungsbezogenen Bedürfnisse des Kindes durch die Bezugsperson“ (Ziegenhain et al., 2016, S. 45), und/oder unterlassender Beaufsichtigung, „die mangelnde Gewährleistung der kindlichen Sicherheit durch unzureichende Beaufsichtigung oder die fehlende Herausnahme aus einer gewalttätigen Umgebung“ (Ziegenhain et al., 2016, S. 45) (Leeb et al., 2008). Nachfolgend werden die Prävalenzen der verschiedenen Misshandlungsformen dargestellt.

1.1.2. Prävalenzen von Kindesmisshandlung

Fälle von Kindesmisshandlung werden meist über Todesfälle, die Kriminalstatistik oder die Kinder- und Jugenhilfestatistik sichtbar. Diese Fälle sind jedoch nur die Spitze des Eisbergs. Die Dunkelziffer kann durch empirische Erhebungen in der Bevölkerung abgeschätzt werden (Sethi et al., 2013; Ziegenhain et al., 2016). Im europäischen Bericht zur Prävention von Kindesmisshandlung stellt die WHO, basierend auf einer Zusammenfassung von Primäruntersuchungen, die Prävalenzen für die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung dar. Dabei zeigt sich, dass Mädchen für sexuellen Missbrauch mit 13,4 % eine bedeutend höhere Prävalenz haben als Jungen mit 5,7 %. Für körperliche und emotionale Misshandlung und Vernachlässigung zeichnen sich keine dementsprechenden Geschlechterunterschiede ab, die Prävalenzen liegen hier jeweils bei 22,9 % (körperliche Misshandlung), 29,1 % (emotionale Misshandlung), 16,3 % (körperliche Vernachlässigung) und 18,4 % (emotionale Vernachlässigung). Für die Vernachlässigung wurde allerdings lediglich die weltweite geschlechterübergreifende Prävalenz erfasst, da es hierzu nur wenige Studien gibt (Sethi et al., 2013). Auch in internationalen Meta-Analysen bestätigen sich die Höhe der Prävalenzen und die Geschlechterverteilung der verschiedenen Misshandlungsformen (Barth et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2012; Stoltenborgh et al., 2013).

Zudem zeigen internationale Ergebnisse einen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Arten von Misshandlungen. Das Vorliegen einer Misshandlungsform erhöht insofern die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Misshandlungsformen bei der betroffenen Person vorliegen (Multiple Viktimisierung) (Finkelhor et al., 2009; Herrenkohl & Herrenkohl, 2009; Witt et al., 2016; Witt et al., 2017).

In Deutschland existieren drei aktuelle bevölkerungsrepräsentative Studien zur Prävalenz von Kindesmisshandlung. Alle drei Studien haben die Prävalenz der verschiedenen Formen mit dem „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) erfasst (Häuser et al., 2011; Hellmann, 2014; Witt et al., 2017). Der CTQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das retrospektiv anhand 28 Items traumatische Erfahrungen in der Kindheit erhebt. Dieser wurde auch in einer deutschsprachigen Version validiert (Klinitzke et al., 2012). Zwei dieser drei bevölkerungsrepräsentativen Studien, Häuser et al. 2011 und Witt et al. 2017, können

aufgrund der Nutzung derselben Erhebungsinstrumente und Definition der Misshandlungsformen gut verglichen werden. In beiden Studien nutzen die Autor*innen Daten, die von dem unabhängigen Markt- und Sozialforschungsinstitut „USUMA“ erhoben wurden (USUMA GmbH, o. J.). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Prävalenzen der Misshandlungsformen in Kindheit und Jugend in den beiden Untersuchungen.

Tabelle 1 – Prävalenzen (%) der verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung in zwei für Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Studien (erhoben mithilfe des Childhood Trauma Questionnaire) (in Anlehnung an Häuser et al., 2011 und Witt et al., 2017)

		Häuser et al., 2011	**Witt et al., 2017**
Erhebungsjahr		2010	2016
Stichprobe (n)		2.504 (ab 14 Jahren)	2.510 (ab 14 Jahren)
Form der Kindesmisshandlung		*Prävalenz (%)*	
	Sexueller Missbrauch	12,5	13,9
Misshandlung	*Körperlich*	12,0	12,4
	Emotional	14,9	18,5
Vernachlässigung	*Körperlich*	48,3	41,6
	Emotional	49,4	40,2

Es zeigt sich ein Anstieg zwischen den beiden Erhebungen für alle Misshandlungsformen außer für die Vernachlässigung. Dies könnte laut Witt et al. auf den geringeren Anteil von Befragten in der 2016er Befragung im Vergleich zur 2010er Befragung, die die Entbehrungen der Nachkriegsjahre miterlebt haben, zurückgeführt werden (Witt et al., 2018). Zudem wurde bei der Validierung des deutschsprachigen CTQ auf die nur ausreichende Modellgüte des Instrumentes für körperliche Vernachlässigung hingewiesen. Die Prävalenzen zu körperlicher Vernachlässigung müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden (Klinitzke et al., 2012). Die Studien zeigen zudem, dass die Misshandlungsformen signifikant miteinander korrelieren, dementsprechend in vielen Fällen mehrere Misshandlungsformen gleichzeitig auftreten (Häuser et al., 2011; Witt et al., 2017). Die aktuellste diesbezügliche Studie von Witt et al. stellt dar, dass 31 % der Befragten in Kindheit oder Jugend mindestens eine Form der Kindesmisshandlung erlebt haben (Witt et al., 2017).

Zusammenfassend zeigt sich deutlich, dass Kindesmisshandlung das Ausmaß einer Volkskrankheit, wie zum Beispiel Diabetes Mellitus, erreicht hat und die Prävalenzen in den letzten Jahren sogar angestiegen sind (Jud et al., 2020).

1.1.3. Folgen von Kindesmisshandlung

Auch wenn es kein typisches Misshandlungssyndrom in Folge von Misshandlungserfahrungen in Kindheit und Jugend gibt, können Betroffene kurzfristige Anpassungsstörungen, aber auch langfristige Beeinträchtigungen in Folge der Misshandlung erleiden (Deegener & Körner, 2005; Felitti et al., 1998; Moggi, 2005). Der Zusammenhang von Kindesmisshandlung und zahlreichen psychologischen, somatischen und sozialen Folgeerkrankungen und deren lebenslange Auswirkung für die Betroffenen wurden immer wieder bestätigt (Widom, 2014). Die WHO bezeichnet Kindesmisshandlung

daher als eine der Hauptursachen für soziale und gesundheitliche Ungleichheit weltweit (Sethi et al., 2013). Nach Ergebnissen internationaler Studien entwickeln 8 % bis 40 % der von Kindesmisshandlung betroffenen Kinder und Jugendlichen psychische Störungen (Heim et al., 2010; Norman et al., 2012). Neben internalisierenden Formen (zum Beispiel Depressionen, Angststörungen), können auch externalisierende Formen (zum Beispiel erhöhtes aggressives Verhalten) auftreten (Butchart & Kahane, 2006; Corso et al., 2008; Deegener & Körner, 2005; Draper et al., 2008; Fergusson et al., 2008; Gilbert et al., 2009; Gould et al., 2012; Moggi, 2005; Norman et al., 2012; Shin et al., 2012; Weber et al., 2016).

Weitere Studien zeigen, dass vor allem emotionale Vernachlässigung und emotionale Misshandlung zu psychosozialen Auffälligkeiten führen können (Witt et al., 2019). Körperlich misshandelte Kinder verhalten sich zudem häufig gewalttätig oder unverhältnismäßig. Hier spricht man von einem Gewaltkreislauf (Lansford et al., 2007; Maxfield & Widom, 1996; Stouthamer-Loeber et al., 2001; Widom, 1989; Zingraff et al., 1993).

Häufig treten bei Vorliegen von Kindesmisshandlung ebenfalls Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung, der kognitiven Leistungsfähigkeit, der kognitiven Kontrolle, also der Fähigkeit, Informationsverarbeitung und Verhalten situationsabhängig anzupassen, und somit auch der schulische Leistung auf (Pechtel & Pizzagalli, 2010; Sethi et al., 2018). Misshandlungserfahrungen in Kindheit und/oder Jugend erhöhen zudem die Wahrscheinlichkeit für einen gesundheitsschädlicheren Lebensstil, wie zum Beispiel risikoreiches Sexualverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum sowie für das Auftreten bestimmter Erkrankungen wie Übergewicht, Geschlechtskrankheiten, Diabetes Mellitus, Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen (Butchart & Kahane, 2006; Clemens et al., 2018; Felitti et al., 1998).

Es sollte aber beachtet werden, dass die Folgen von Misshandlungserfahrungen in Kindheit und Jugend stark vom Entwicklungsstand der/des Betroffenen, Art und Form der Misshandlung, Bewältigungsstrategien, genetischen Faktoren, Resilienz und dem Kontext der Misshandlung abhängig sind (Deegener & Körner, 2005; Moggi, 2005; Tyrka et al., 2013; Widom, 2014).

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Misshandlung von Kindern zu einem breiten Spektrum nachteiliger psychischer, körperlicher und sozialer Gesundheitsfolgen beiträgt, die im Laufe des Lebens sowohl für die/den Betroffene*n als auch für die Gesellschaft kostspielig sind. Die Kosten, die durch verringerten sozialen Zusammenhalt, Produktivitätsverluste und vermeidbare Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstehen, sind erheblich. Produktivitätsverluste aufgrund von Folgeerkrankungen von Misshandlungen stellen neben den direkten Kosten für das Gesundheits-, Bildungs-, Wohlfahrts- und (Straf-) Rechtssystem eine globale wirtschaftliche Belastung dar (Sethi et al., 2018). In der sogenannten Traumafolgekostenstudie wurden die Folgekosten von Kindesmisshandlung in Deutschland berechnet. Diese betragen für jeden Bundesbürger 134,54 Euro jährlich (Habetha et al., 2012). Kindesmisshandlung und deren Folgen sind folglich neben einer individuellen auch eine gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderung. Im Folgenden wird die Bedeutung des Themas Kinderschutz in der Medizin dargestellt.

1.2. Kinderschutz in der Medizin

1.2.1. Geschichte des Kinderschutzes in der Medizin

Kinder und Jugendliche sind eine besonders schutzbedürftige Bevölkerungsgruppe unserer Gesellschaft, „deren Schutz vor Misshandlung […] heutzutage in unserer Gesellschaft als zentrales Gut und moralische Verpflichtung verstanden wird“ (Söhner, 2020, S. 2). Trotzdem waren Kinder seit dem Altertum Opfer von Gewalt. Die Einstellung, dass Kinder vor Gewalt und Ausbeutung geschützt werden müssen, ist historisch erst im Laufe der Zeit entstanden. (Körperliche) Gewalt gegen Kinder wurde als normal angesehen und gesellschaftlich nicht oder wenig reglementiert. Erst ab 1839 gab es erste Arbeitsschutzgesetze für Kinder. Im Jahr 1903 wurde schließlich in Deutschland die einheitliche Regelung des Verbotes der Kinderarbeit in Fabriken per Reichsgesetz erlassen. Doch bis weit ins 20. Jahrhundert wurde Gewalt gegen Kinder im Rahmen der Erziehung geduldet (Fegert, Rassenhofer et al., 2013; Herrmann, 2012; Oeder et al., 2009; Reinhardt, 2019).

1919 wurden die Kinderrechte in der Weimarer Verfassung verankert. In der anschließenden Zeit des Nationalsozialismus wurde das Kindeswohl aber dem Gemeinwohl untergeordnet. Gleichzeitig wurde dem Staat in Erziehungsfragen eine stärkere Rolle zugedacht (Herrmann, 2012; Marthaler et al., 2012). Nach Ende des zweiten Weltkrieges gründete sich 1946 das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (Englisch: United Nations Children’s Fund (UNICEF)) als Unterorganisation der UN, das bis heute zum Ziel hat, weltweit die körperliche, seelische und soziale Gesundheit und Entfaltung von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Am 20. November 1959 haben die UN den Beschluss über die „Erklärung der Rechte des Kindes“ gefasst, 1989 wurde schließlich die UN-Kinderrechtskonvention verabschiedet. Diese enthält in 39 Artikeln grundlegende Rechte von Kindern, zu deren Einhaltung und Stärkung sich die Vertragsstaaten verpflichten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018). Erst im Jahr 2000 wurde das Recht auf gewaltfreie Erziehung in Deutschland gesetzlich verankert (§ 1631, Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) (Oeder et al., 2009).

Speziell in der Medizin beschrieb in den 1860er Jahren der französische Rechtsmediziner Ambroise Tardieu erstmals charakteristische körperliche und psychische Zeichen von sexueller Gewalt gegen Kinder (Görgen et al., 2013; Schwier et al., 2019). Um die Jahrhundertwende etablierte sich Kinderschutz nicht mehr nur als soziales Problem, sondern wurde mehr und mehr auch als Thema der Medizin erkannt (Fegert et al., 2010). Im Jahr 1946 beschrieb der Kinderradiologe John Caffey erstmalig das Zusammenspiel multipler Frakturen der langen Röhrenknochen mit subduralen Hämatomen. Später bestätigte sich, dass körperliche Kindesmisshandlung hierfür ursächlich war (Terra et al., 2013). Ab 1958 wurden erstmals medizinische Diagnosen im Rahmen des Kinderschutzes beschrieben. 1962 begann schließlich eine verstärkte klinische und wissenschaftliche Auseinandersetzung zu dem Thema „Kindesmisshandlung und -vernachlässigung“, angestoßen durch die Veröffentlichung des Artikels „The Battered-Child Syndrom“ (Deutsch: Das Syndrom des geschlagenen Kindes). Dessen Autor C. Henry Kempe gilt bis heute als Namensgeber und Begründer einer modernen Arbeit im Bereich Kindesmisshandlung sowie eines multidisziplinären Verständnissens der Thematik (Bange, 2005; Deegener & Körner, 2005; Helfer et al., 1999; Herrmann et al., 2016; Kempe et al., 1962).

2008 wurde die „Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin“ (DGKiM) gegründet, zunächst als Arbeitsgruppe. Diese veröffentlichte 2010, zusammen mit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, „Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken“ (KSG-Leitfaden). Welche die Verantwortung für den Kinderschutz bei allen Institutionen und Fachkräften, die mit Kindern zu tun haben, sehen (Herrmann, 2019; Schwier et al., 2019). 2012 trat schließlich das „Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen“ (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG) in Kraft (Fegert & Stötzel, 2016). Damit einhergehend wurden entscheidende Änderungen im Sozialgesetzbuch (SGB) V vorgenommen, die Auswirkungen auf die Befugnisse von Gesundheitsfachkräften im Umgang mit Fällen von Kindesmisshandlung haben und ein abgestuftes Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindesmisshandlung beschreiben (Fegert, Jud et al., 2013; Meysen & Eschelbach, 2012). 2013 wurde zudem § 294 a Abs. 1, Satz 2 SGB V, der bisher die an vertragsärztlicher Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen, Einrichtungen und Krankenhäuser verpflichtete, alle relevanten Angaben zu Krankheitsursachen und --schäden den Krankenkassen mitzuteilen, was die Betroffenen stark belasten konnte, verändert. Seitdem besteht keine Mitteilungspflicht bei „Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können“ (§ 294 a Abs. 1, S. 2 SGB V) (Goldbeck et al., 2017). Diese kinderschutzmedizinischen Leistungen wurden außerdem als von den Krankenkassen zu finanzierend festgelegt (Schwier et al., 2019).

Im selben Jahr wurde in der in Deutschland gültigen Fassung der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) das Kodierungsverbot für Kindesmisshandlung in die Diagnosegruppe T74 „Missbrauch von Personen“ aufgehoben (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019). Zudem führte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) -Kode 1-945 „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ ein, um die notwendigen Vernetzungs- und diagnostischen Leistungen im Kinderschutz abrechenbar zu machen (Fegert, Jud et al., 2013).

Im Jahr 2017 wurde die kostenlose „Medizinische Kinderschutzhotline“ (https://www.kinderschutzhotline.de/) ins Leben gerufen. Die hier beratenden Kinderschutzfachkräfte sind ebenso wie die Anrufenden Angehörige der Heilberufe. Sie kommen somit aus demselben fachlichen Kontext und kennen die Rahmenbedingung in der Medizin. Die Beratung durch die „Medizinische Kinderschutzhotline“ kann zu medizinischen Fragen, wie zum Beispiel der Einordnung von Befunden, erfolgen, aber auch Informationen zum Vorgehen im konkreten Fall nach den gesetzlichen Vorgaben des § 4 des „Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG) geben. Sie ist im Sinne einer Vorabklärung noch vor der jederzeit möglichen Einschaltung einer sogenannten „Insoweit erfahrenen Fachkraft“ einzuordnen, aber nicht als dauerhafte Begleitung eines Falles gedacht (Fegert, Brown et al., 2018).

Seit dem Jahr 2000 wurden Leitlinien sowie Gewaltleitfäden für den medizinischen Kinderschutz in Deutschland entwickelt. Als Meilenstein im medizinischen Kinderschutz kann die Veröffentlichung der „S2-Kinderschutzleitlinie“ im Jahr 2009 angesehen werden. Die interdisziplinär erstellte S3+-Kinderschutzleitlinie (Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik) der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF)

trat schließlich 2019 in Kraft und löste die S2-Leitlinie ab (Schwier et al., 2019). Die S3+-Kinderschutzleitlinie wurde über vier Jahre zusammen mit Vertreter*innen aus Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und der sozialen Arbeit entwickelt. Das Ziel der Leitlinie ist es, medizinische Fachkräfte dabei zu unterstützen, Anhaltspunkte einer Kindesmisshandlung „zu objektivieren, eine Prognose in Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu erstellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2019, S. 5). Die Leitlinie kann auf der Webseite des Leitlinienbüros kostenlos heruntergeladen werden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2019; Fegert et al., 2012; Schwier et al., 2019).

Die Historie zeigt somit, dass Kinderschutz ein wichtiges Thema der Medizin ist und die Medizin zahlreiche Möglichkeiten hat, Kindesmisshandlung zu erkennen und adäquat mit dieser umzugehen. Im Folgenden wird die Bedeutung des Kinderschutzes in der heutigen Medizin dargestellt.

1.2.2. Bedeutung des Kinderschutzes in der Medizin

Im Zuge des sogenannten Missbrauchsskandals im Jahr 2010 um sexuellen Missbrauch in Institutionen wurden Betroffenen unter anderem dazu befragt, welche Akteur*innen wichtige Ansprechpersonen für sie seien. Dabei zeigte sich, dass Ärzt*innen für von sexuellem Missbrauch Betroffene zu den privilegierten Erstansprechpersonen gehören (Fegert, Rassenhofer et al., 2013). Ärzt*innen befinden sich zudem in einer für das Erkennen von Kindesmisshandlung ausgesprochen geeigneten Position (Bundesärztekammer, o. J.). Dies gilt nicht nur für Ärzt*innen der Pädiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie/Psychotherapie oder Rechtsmedizin sondern für Ärzt*innen und auch andere Gesundheitsfachkräfte aller medizinischer Fachrichtungen, da ein Fall von Kindesmisshandlung in alle medizinischen Bereichen zu Tage treten kann (Schwier et al., 2019). Dadurch haben Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte die Möglichkeit, die Betroffenen frühzeitig geeigneten Schutzmaßnahmen und Therapien zuzuführen.

In einer Untersuchung von Fort- und Weiterbildungsangeboten zu sexuellem Kindesmissbrauch unter Gesundheitsfachkräften zeigte sich aber, dass 85 % der Befragten in ihrem Berufsalltag schon einmal mit einem oder mehreren Fällen von sexuellem Missbrauch konfrontiert wurden. Nur 29 % von diesen fühlten sich sehr oder eher sicher im professionellen Umgang mit einem solchen Fall (Liebhardt et al., 2013). In einer weiteren Studie, im Rahmen welcher Berliner Kinder- und Allgemeinärzt*innen befragt wurden, gaben zwar 83 % der befragten Kinderärzt*innen und 53 % der befragten Allgemeinärzt*innen an, regelmäßig (Verdachts-) Fälle von Kindesmisshandlung in ihren Praxen zu sehen, aber nur 55 % der Kinderärzt*innen und 13 % der Allgemeinärzt*innen nahmen an Fortbildungen zum Thema Kindesmisshandlung teil. 55 % der Kinderärzt*innen und 81 % der Allgemeinärzt*innen fühlten sich zudem ungenügend über die rechtliche Situation in einem Verdachtsfall aufgeklärt (Heintze et al., 2006). Eine Studie aus den USA zeigt des Weiteren, dass Ärzt*innen, die sich zum Thema Kindesmisshandlung fortbilden, häufiger mit anderen Akteur*innen des Kinderschutzes interagieren und somit die Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Unterstützung für die Betroffenen erhöhen, denn Vernetzung und das Verständnis für andere beteiligte Professionen ist Voraussetzung für ein möglichst erfolgreiches Handeln im Kinderschutz (Fegert, 2020; Flaherty et al., 2000).

Es wird deutlich, dass mehr Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz unter Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachkräften verbreitet und etabliert werden müssen. Die

zunehmende Thematisierung von Kinderschutz in der Medizin hat allerdings auch zu einer Wissensexplosion in diesem Bereich geführt. Das Management und der Transfer dieses Wissens in die Praxis sind und werden eine bedeutende Herausforderung in den kommenden Jahren sein. Im Folgenden wird ein Gesamtüberblick darüber gegeben, wie der Erwerb von Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin aktuell möglich ist.

1.3. Möglichkeiten des Erwerbs von Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz in der Medizin

1.3.1. Strukturen der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu Kinderschutz

Wissens- und Kompetenzerwerb findet klassisch in Bildungseinrichtungen in Form von Aus-, Weiter- und Fortbildung statt. Auch für Ärzt*innen sind dies die gängigsten Wege, wie neues Wissen für den praktischen Arbeitsalltag erworben wird. Daher haben die Strukturen und Inhalte der Aus-, Weiter- und Fortbildung großen Einfluss darauf, welches Wissen erworben wird und damit auch darauf, wie hoch Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz unter Gesundheitsfachkräften sind.

Im Studium der Humanmedizin wird aktuell lediglich im Fach „Grundlagen der medizinischen Psychologie und der medizinischen Soziologie“ in der Vorklinik das Thema „Gewalt und Missbrauch bei Kindern“ im Zusammenhang der Thematik „Soziokulturelle Einflüsse auf Entwicklung und primäre Sozialisation von Kindern“ verpflichtend behandelt. „Missbrauch von Personen“ als Teil der durch die ICD definierten Gesundheitsstörungen wird zudem im klinischen Teil des Studiums behandelt (§ 22 Abs. 1 Approbationsordnung für Ärzt*innen (ÄApprO)) (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2010, 2013). Ob das Thema Kindesmisshandlung im Studium darüber hinaus vertieft thematisiert wird, liegt in der Hand der jeweiligen Universitäten.
Die Inhalte der entsprechenden Fachärzt*innenweiterbildung nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin sowie der ärztlichen Approbation wird durch die (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer geregelt. Hier werden die bereits erworbenen Kenntnisse im entsprechenden Fachgebiet im Sinne der Patient*innen vertieft. Die Weiterbildungsordnung schreibt hierfür die Inhalte und den zeitlichen Umfang vor. Allerdings wird das Thema Kindesmisshandlung nur in acht der insgesamt 51 Fachärzt*innenweiterbildungen und in drei der insgesamt 57 Zusatzweiterbildungen gelehrt. Teilweise werden dabei nur einzelne Aspekte der Thematik Kindesmisshandlung behandelt (Tabelle 2) (Bundesärztekammer, 2019).

*Tabelle 2 - Behandlung und Behandlungsumfang der Thematik Kindesmisshandlung in medizinischen Fachärzt*innenweiterbildungen, Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer; + = beinhaltet in der jeweiligen Weiterbildung/dem jeweiligen Schwerpunkt, - = nicht beinhaltet in der jeweiligen Weiterbildung/dem jeweiligen Schwerpunkt (in Anlehnung an Bundesärztekammer, 2019)*

	Behandlung der Thematik			
	Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch	**Gefahreneinschätzung, Prävention und Intervention bei körperlicher und psychischer Gewalt**	**Beratung zu Hilfsangeboten bei Gewaltfolgen**	**sexuelle Traumatisierungen**
Fach*ärztinnenweiterbildung (insgesamt 51 Fachärzt*innenweiterbildungen)				
Kinder- und Jugendmedizin	**+**	**-**	**-**	**-**
Rechtsmedizin	**+** (ohne Vernachlässigung)	**-**	**-**	**-**
Kinder- und Jugendchirurgie	**+**	**-**	**-**	**-**
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	**-**	**+**	**-**	**-**
Allgemeinmedizin	**-**	**+** (ohne Intervention)	**-**	**-**
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	**-**	**-**	**+**	**+**
Urologie	**-**	**-**	**-**	**+**
Haut- und Geschlechtskrankheiten	**-**	**-**	**-**	**-**
Zusatzweiterbildung (insgesamt 57 Zusatzweiterbildungen)				
Intensivmedizin[1]	**+** (ohne Vernachlässigung)	**-**	**-**	**-**
Kinder- und Jugend-Orthopädie[2]	**+**	**-**	**-**	**-**
Sexualmedizin[3]	**+** (ohne Vernachlässigung und Misshandlung)	**-**	**-**	**-**
Schwerpunkt				
Kinder- und Jugendradiologie[4]	**+** (ohne Vernachlässigung)	**-**	**-**	**-**

*[1]Ergänzung zu einer Fachärzt*innenkompetenz aus den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie oder Neurologie; [2]Ergänzung zu einer Fachärzt*innenkompetenz aus den Gebieten Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinder- und Jugendchirurgie; [3]Ergänzung zu einer Fachärzt*innenkompetenz aus einem Gebieten der unmittelbaren Patient*innenversorgung; [4]Baut auf der Fachärzt*innenweiterbildung Radiologie auf*

Im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung von Ärzt*innen muss zudem beachtet werden, dass diese Darstellungen den aktuellen Stand der Aus- und Weiterbildungscurricula wiedergeben. Es ist davon auszugehen, dass vielen heute noch praktizierende Ärzt*innen noch weniger Inhalte zu Kinderschutz in ihrem Studium und der Fachärzt*innenweiterbildung vermittelt wurden. Umso bedeutender ist die ärztliche Fortbildung auf diesem Gebiet.

Ärzt*innen sind nach § 95d, SGB V auch nach Abschluss der Fachärzt*innenweiterbildung dazu verpflichtet, sich kontinuierlich fachlich fortzubilden (Becker & Kingreen, 2018). Ziele und Inhalte der Fortbildungen regelt die Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer. Diese legt fest, dass die entsprechende Fortbildung den Erhalt sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz der Ärzt*innen und die Gewährleistung einer hochwertigen Patient*innenversorgung sowie Qualitätssicherung sicherstellen muss. Bezüglich der Inhalte der Fortbildung gibt die Fortbildungsordnung lediglich vor, dass die genannten Ziele mit den Inhalten erreicht werden sollen. Es müssen fachspezifische und fachübergreifende Kenntnisse, klinisch-praktische, kommunikative und soziale Kompetenzen aufgebaut werden. Konkrete Inhalte werden für die verschiedenen Fachärzt*innengruppen nicht vorgegeben. Innerhalb von fünf Jahren müssen Ärzt*innen 250 „Continuing Medical Education“- (CME) (Deutsch: Medizinische Fortbildung) Punkte sammeln (Bundesärztekammer, 2013).

Die Befragung von Teilnehmenden eines Online-Kurses für pädagogische und medizinisch-therapeutische Berufsgruppen zu Prävention und Intervention bei sexuellem Kindesmissbrauch zeigt außerdem, dass Lücken bei den teilnehmenden Fachkräften zum Thema sexueller Missbrauch bestehen und mit dem Online-Kurs geschlossen werden konnten. 96 % der Teilnehmenden gaben an, dass der Online-Kurs Inhalte abdecke, die in ihrer Ausbildung nicht behandelt wurden. Zudem hielten es 92 % für sinnvoll, den Online-Kurs in die medizinisch-therapeutische bzw. pädagogische Ausbildung zu integrieren. Für 72 % der Teilnehmenden stand außer dem Online-Kurs kein anderes erreichbares Fortbildungsangebot zur Thematik zu Verfügung (König et al., 2015).

Ärzt*innen wird insofern aktuell nur eingeschränkt durch Aus-, Weiter- und Fortbildung systematisch und umfassend Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz vermittelt. Dies kann zu großen Handlungsunsicherheiten in diesem Bereich führen.

1.3.2. Inhalte von Fortbildungen zu Kinderschutz in der Medizin

Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz sind, wie dargestellt, unter Ärzt*innen von entscheidender Bedeutung bei der angemessenen Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die von Kindesmisshandlung betroffen sind. Die WHO nennt Ziele, welche eine Fortbildung zu Kinderschutz haben sollte, um eine Erhöhung von Wissen und Kompetenzen zu erreichen. Dazu gehören eine Sensibilisierung für Kindesmisshandlung und deren Prävalenzen und Folgen, Aufklärung von Fachkräften über Anzeichen und Symptome der Formen von Kindesmisshandlung, Entwicklung von Kompetenzen zur Identifizierung elterlicher Risikofaktoren und schädlicher Interaktionen zwischen Eltern und Kindern, Aufzeigen von Maßnahmen der Frühinterventionen und Unterstützung von Sorgeberechtigten sowie Möglichkeiten zur Meldung und Vermittlung von (Verdachts-) Fällen an Sozial- und Fachdienste. Zudem sollten Netzwerkarbeit und ein gemeinsames Verständnis der Thematik zwischen den beteiligten Berufsgruppen gefördert werden (Sethi et al., 2018). Da medizinischer Kinderschutz aber ein umfassendes Thema ist, sollten auch

der Umgang und die Gesprächsführung mit Betroffenen und Angehörigen, entsprechende Leitlinien und das Thema Selbstfürsorge in einer Fortbildung thematisiert werden.

Zudem sind Interventionen bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung immer auch in rechtliche Regelungen eingebettet. Es ist deshalb wichtig, dass Ärzt*innen bezüglich solcher Regelungen sowie ihrer Befugnisse fortgebildet sind und ihnen gegebenenfalls Änderungen der rechtlichen Lage vermittelt werden. Wie in Kapitel 1.2.1. bereits beschrieben sind in Deutschland in den letzten Jahren im medizinischen Bereich zahlreiche Maßnahmen und Gesetzesänderungen, die den Kinderschutz betreffen, wie zum Beispiel das Bundeskinderschutzgesetz oder die S3+-Kinderschutzleitlinie, beschlossen worden.

Die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes zeigt allerdings, dass die Rückmeldungen zwar überwiegend positiv sind, jedoch vor allem bei Fachkräften mit wenig Erfahrung zu Kinderschutzfällen, dieses auch große Verunsicherungen bezüglich des Umgang mit (Verdachts-) Fällen hervorgerufen hat (Bertsch, 2016). Diese Ergebnisse und die bestehenden Lücken in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzt*innen lassen darauf schließen, dass viele der Änderungen und neuen Maßnahmen unter Ärzt*innen noch zu wenig bekannt sind und daher systematischer Bestandteil von Fortbildungsmaßnahmen zu Kinderschutz in der Medizin sein sollten (Fegert, Jud et al., 2013; Fegert, Rassenhofer et al., 2013). Im Folgenden werden die bestehenden Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich und deren Inhalte vorgestellt.

1.3.3. Bestehende Fortbildungsmaßnahmen zu Kinderschutz in der Medizin

Aktuell bestehende Fortbildungsangebote zu Kinderschutz in der Medizin für Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte sind überwiegend Präsenzangebote. Die DGKiM veranstaltet jährlich den Zertifikatslehrgang „Kinderschutzmedizin“. Die Teilnahme an der Fortbildung ist im Sinne der multiprofessionellen Arbeit offen für alle Berufsgruppen. Diese Fortbildung stellt die Fortsetzung der Kasseler Fortbildung zu Kinderschutz dar, die von 2003 bis 2019 knapp 1.600 Ärzt*innen absolviert haben. Seit 2019 findet der Kurs alle zwei Jahre statt und ist als Basiskurs für alle Interessierten aus dem Gesundheitswesen konzipiert (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2020a). Ergänzend dazu findet ebenfalls alle zwei Jahre der zugehörige Aufbaukurs für Ärzt*innen statt, die das Zertifikat Kinderschutzmedizin der DGKiM abschließen möchten. Der Erwerb des Zertifikats setzt die regelmäßige Mitarbeit an Kinderschutzfällen voraus. Des Weiteren müssen die Teilnehmenden Mitglied der DGKiM sein. Die Zertifizierung kostet 80 Euro und ist fünf Jahre gültig. Anschließend ist eine Neuzertifizierung möglich (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2020b). Zudem veranstaltet die DGKiM jährlich wissenschaftliche Jahrestagungen und Treffen der Kinderschutzgruppen mit verschiedenen Schwerpunkten (Herrmann, 2019). Auf internationaler Ebene bietet der „International Course on Child Abuse Paediatrics“ (Inter-CAP) eine Fortbildungsmöglichkeit für alle Gesundheitsfachkräfte an, die mit der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen befasst sind. Der Kurs behandelt ein breites Spektrum von Inhalten zu Identifikation, Umgang und Prävention von Kindesmisshandlung. Die viertägige Veranstaltung wird von internationalen Expert*innen gestaltet und umfasst Vorträge, Workshops sowie Diskussionen zur Thematik (Travel Team Sweden AB, 2020). Für beide Veranstaltungen werden CME-Punkte an die Teilnehmenden vergeben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. veranstaltet regelmäßig für Fachkräfte Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Kinderschutz. Themen sind die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung. Die inhaltliche Ausrichtung dieser

Veranstaltungen ist aufgrund der breiten Zielgruppenausrichtung, meist allgemein gehalten bzw. auf den pädagogischen Bereich spezialisiert (Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V., o. J.).

Neben Präsenzangeboten gibt es zahlreiche Fachbücher zur Thematik (Deegener & Körner, 2005; Egle et al., 2016; Fegert et al., 2015; Goldbeck et al., 2017; Herrmann et al., 2016; Rassenhofer et al., 2020). Viele medizinische Fachzeitschriften aus dem Bereich der Pädiatrie, (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapie, Allgemeinmedizin sowie Radiologie behandeln das Thema zudem regelmäßig. Außerdem geht das digitale Lehrbuch der „International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions“ (IACAPAP) zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, das kostenlos weltweit herunterladbar ist, in einem eigenen Kapitel auf Kindesmisshandlung ein. Es werden die Geschichte, die Formen, die Epidemiologie, Risikofaktoren für Misshandlungen und deren Folgen, Anamnese und Umgang, rechtliche Hintergründe und Präventionsansätze vorgestellt. Zusätzlich werden kurze Videoclips zur Thematik verlinkt und ein beispielhafter Handlungsleitfaden sowie eine Power-Point-Präsentation zu den Inhalten des Kapitels bereitgestellt. Der Lehrbuchtext wird somit mit interaktiven Methoden verknüpft und bietet Möglichkeiten der Verbreitung des Wissens zu Kindesmisshandlung über das Lehrbuch hinaus. Das Kapitel zu Kindesmisshandlung umfasst 16 Seiten und kann daher nur einen groben Überblick über die Thematik geben (Maier, Brown et al., 2018; Tan et al., 2015).

Zudem bietet die „Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie“ (KJPP) des Universitätsklinikums Ulm kostenlos seit 2016 den vom BMG geförderten Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ an (https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/). Dieser wird kontinuierlich weiterentwickelt sowie evaluiert und beinhaltet einen Überblick zur aktuellen Rechtslage, Leitlinien, der Epidemiologie und Diagnostik der Misshandlungsformen sowie Möglichkeiten der interaktiven Bearbeitung von Fallbeispielen zum Umgang mit Kindesmisshandlung. Der Kurs richtet sich an alle Gesundheitsfachkräfte. Er ist modular aufgebaut und enthält in einem Theoriebereich fünf Module mit insgesamt 18 Lerneinheiten. Der inhaltliche Aufbau des Kurses wurde auf die verschiedenen Teilnehmendengruppen angepasst. Die Kursdauer beträgt ca. 30 Stunden und kann im Zeitraum von einem halben Jahr frei eingeteilt werden. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat den Kurs mit 36 CME-Punkten zertifiziert, die auch von der Psychotherapeutenkammer anerkannt werden.

Durch eine Kooperation werden in einer Feedbackschleife aktuelle Fälle der Medizinischen Kinderschutzhotline vom Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ aufgegriffen und für die Teilnehmenden als Fallkasuistiken mit einer Darstellung des Problems, Handlungsempfehlungen und weiterführenden Literaturempfehlungen aufbereitet. Somit wird sichergestellt, dass kontinuierlich für die Praxis relevante Themen in den Kurs integriert werden. Dieses Ineinandergreifen der beiden Angebote wurde im aktuellen Bericht der WHO zur Prävention von Kindesmisshandlung in Europa als Leuchtturmprojekt hervorgehoben (Sethi et al., 2018). Trotz der positiven Evaluation des Online-Kurses konnten einige teilnehmende Gesundheitsfachkräfte den Kurs aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen nicht abschließen (Maier, Hoffmann et al., 2018).

Das nächste Kapitel stellt dar, welche Möglichkeiten es gibt, Wissen und Kompetenzen in der Medizin trotz dem bestehenden Zeitmangel barrierearm, zielgruppenrelevant und weit zu verbreiten.

1.4. Wissenstransfer, Wissensdissemination und Kompetenzaufbau in der Medizin und im Kinderschutz

1.4.1. Wissenstransfer in der Medizin

Der Anspruch an eine qualitativ hochwertige Arbeit von Ärzt*innen ist, verglichen mit anderen Berufsgruppen, in- und außerhalb des Gesundheitsbereichs besonders hoch. Dieser begründet sich aus dem Ziel der Arbeit von Ärzt*innen der Heilung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes von Patient*innen. Für eine möglichst qualitativ hochwertige Arbeit von Ärzt*innen sind Aus-, Weiter- und Fortbildung, das Zusammenwirken mit interdisziplinäreren Akteur*innen und die Verfügbarkeit unterstützender Rahmenbedingungen notwendig (Badura & Strodtholz, 1998; Wilkesmann, 2009). Gerade im medizinischen Bereich besteht aber häufig ein „transmission gap“ (Deutsch: Weitergabelücke) zwischen dem internationalen Stand der Wissenschaft und der Praxis vor Ort, welche sich schlussendlich negativ auf den Gesundheitszustand von Patient*innen auswirken kann (Fegert, Brown et al., 2018). Gründe dafür können zum Beispiel eine hohe Arbeitsbelastung oder ein Mangel an zeitlichen Ressourcen sein, die eine nachhaltige und effektive Fortbildung und somit einen wirksamen Theorie-Praxis-Transfer für Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte stark erschweren (Green et al., 2014; Marburger Bund, 2017; Noonan et al., 2012; Osterloh, 2015; Raspe et al., 2020; Rothenberg et al., 1982). Im Bereich des Kinderschutzes kommt erschwerend hinzu, dass das Thema in Aus- und Weiterbildung von Ärzt*innen nicht systematisch behandelt wird (siehe auch Kapitel 1.3.1.).

Aufgrund dieser Lücke muss zum Aufbau von Wissen und Kompetenzen im medizinischen Bereich ein Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis stattfinden und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die diesen unterstützen, damit Praktiker*innen von neuem Wissen profitieren können. Wissenstransfer wird dabei als „Übermittlung von neuen Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung […] innerhalb der Wissenschaft und – vor allem – in außerwissenschaftliche [und praktische Bereiche]“ (Fuchs-Heinritz, 2013, S. 761) definiert und bildet die Voraussetzung dafür, dass Kompetenzen für die berufliche Praxis entwickelt werden können (Fegert, Brown et al., 2018; Fuchs-Heinritz, 2013).

Der Wissenstransfer ist eine grundlegende Herausforderung, die es in allen wissenschaftlichen Bereichen zu bewältigen gilt. Der Deutsche Wissenschaftsrat hat 2016 die Verbreitung von Wissen als wesentlichen Bestandteil, den die Strategie jeder Bildungseinrichtung beinhalten sollte, bezeichnet. Dies solle, neben Forschung und Lehre, die „Third Mission“ (Deutsch: dritte Mission) von Universitäten sein (Wissenschaftsrat, 2016). Für die Medizin bekräftigt diesen Auftrag auch das Genfer Gelöbnis, das Ärzt*innen seit 2017 dazu verpflichtet, „medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung [zu] teilen“ (Weltärztebund, 2017).

Der Ablauf eines möglichst erfolgreichen Wissenstransfers in der Medizin wurde von Rassenhofer bereits schematisiert dargestellt (Abbildung 2).

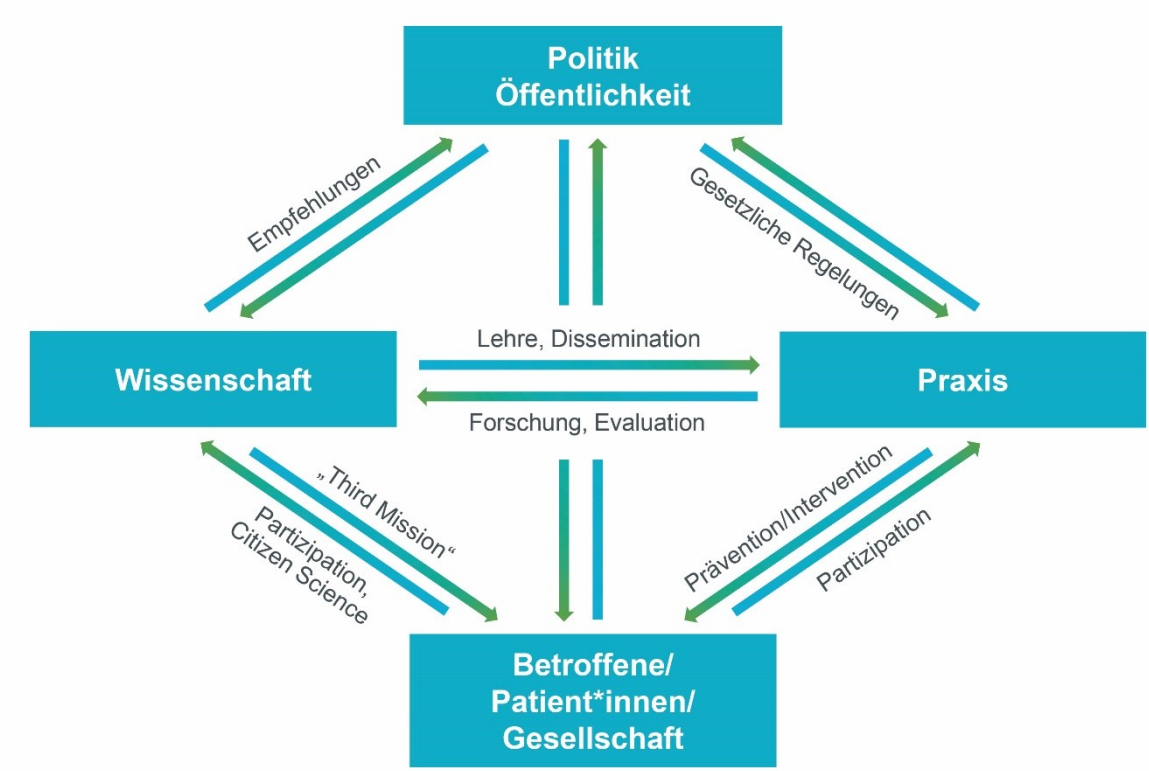


Abbildung 2 - Schematischer Ablauf des Wissenstransfers in der Medizin nach Rassenhofer (Maier, Hoffmann et al., 2020, S. 700) (abgedruckt und modifiziert mit Genehmigung von der W. Kohlhammer GmbH)

Abbildung 2 zeigt, dass zunächst Betroffene, Patient*innen oder auch die Gesellschaft an dem Prozess des Wissenstransfers beteiligt sein sollten. Diese werfen durch ihre Beteiligung Missstände und darauf basierenden Handlungsbedarf auf. Die Wissenschaft nimmt auf diese Missstände Bezug und analysiert sie. Zudem aggregiert und systematisiert sie Informationen und Rückmeldungen aus der Praxis, schafft daraus neues Wissen und entwickelt neue Theorien sowie Maßnahmen der Prävention und Intervention. Darüber hinaus ist es Auftrag der Wissenschaft, Wissen in der Praxis durch die Lehre und durch Disseminationsmaßnahmen zu verbreiten sowie Empfehlungen an die Politik zu geben. Dissemination ist dabei als ein aktives Verfahren der weiträumigen und zielgruppenorientierten Verbreitung von Wissen zu verstehen (siehe auch Kapitel 1.4.2.). Die Praxis kann anschließend die Maßnahmen der Lehre und der Dissemination evaluieren. So können diese Maßnahmen von der Wissenschaft fortlaufend optimiert und angepasst werden. Durch gesetzliche Regelungen können politische Entscheidungstragende die Praxis beeinflussen. In diesem System profitieren folglich alle beteiligten Akteur*innen von neuem Wissen, das ständig evaluiert, weiterentwickelt und in der Praxis umgesetzt wird (Maier, Hoffmann et al., 2020).

Es zeigt sich somit, dass die Dissemination ein Teil des Wissenstransfers ist. Im Folgenden wird das Konzept der Dissemination innerhalb des Transfers von Wissen in der Medizin erläutert.

1.4.2. Dissemination von Wissen in der Medizin

Dissemination steht zunächst für eine weiträumige Verbreitung oder auch Ausbreitung in einem System. Das Wort kommt ursprünglich vom lateinischen „disseminare“, welches

übersetzt „aussäen“ bedeutet. Sowohl im lateinischen Ursprung als auch in seiner heutigen Bedeutung bezeichnet der Begriff einen Prozess, der Dinge von einer Quelle zunehmend in die Breite trägt. Während der Begriff in der medizinischen Praxis negativ behaftet ist, da er die Streuung von Krankheitserregern ausgehend von einem Krankheitsherd oder auch von Tumorzellen beschreibt, bezeichnet er im Bereich der Forschung und Wissenschaft einen positiven Prozess zur Verbreitung von Wissen und Informationen in einer Population (Urban und Fischer, 2003; Verlag Bibliographisches Institut GmbH, o. J.).

Eine Theorie, welche die Dissemination als Teil des Prozesses, wie Wissen in die Praxis transferiert werden kann, genauer betrachtet, wurde von Jonathan Lomas im Jahr 1993 veröffentlicht und wird im Folgenden genauer dargestellt werden. Die Dissemination von Wissen ist in dieser Theorie Teil eines dreiphasigen Prozesses, bei welchem die Diffusion eine Voraussetzung der Dissemination ist. Die Dissemination selbst ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementation des Wissens in der Praxis und somit der Realisierung von Verhaltensänderungen basierend auf dem neugewonnenen Wissen.

Diffusion ist die passive, unbeabsichtigte bzw. zufällige Verbreitung von Wissen, welche in erster Linie die Personen erreicht, die bereits Interesse an der Thematik zeigen und aktiv Informationen zum Thema recherchieren. Das heißt, Diffusion funktioniert dann besonders gut, wenn die Adressat*innen einen starken Anreiz haben Wissen zu erwerben, weil sie sich zum Beispiel von dem neuen Wissen einen großen Nutzen versprechen. Die Realisierung einer solchen aktiven Recherche ist auf Grund der Überlastung im Gesundheitsbereich nur schwer bzw. nur für einen begrenzten inhaltlichen Bereich möglich, die Informationsquellen außerdem sehr divers und umfangreich. Förderlich für die Diffusion ist zudem wenn die Suchkosten für den Wissenserwerb sehr gering sind. Beispiele hierfür sind auf Station ausgelegte Handlungsleitfäden oder Leitlinien. Die Dissemination kann auf der Diffusion aufbauen und ist im Gegensatz zu dieser als aktives Konzept zur Verbreitung von Wissen zu verstehen. Da hierbei Wissen viel zielgerichteter und proaktiver zu den Adressat*innen gebracht wird, können die Vorteile der Dissemination vor allem im überlasteten Gesundheitsbereich gut genutzt werden. Das Wissen wird von den Multiplikator*innen, die an das dieses durch die Diffusion gelangt sind, zusammengefasst und auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst. Die Dissemination setzt darauf, dass je höher die Relevanz einer Botschaft für eine Zielgruppe ist, desto eher diese Botschaft bei den Betreffenden in Erinnerung bleiben wird. Die Relevanz einer Thematik für die Zielgruppe sollte also im Rahmen einer Disseminationsmaßnahme hervorgehoben werden. Dissemination ist somit mehr als ein bloßes Angebot von Wissen, sondern als Vermittlungsmedium bereits an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst um Verhaltensänderungen zu implizieren. Dissemination ist laut Lomas Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementation, die dritte Prozessphase. Bei der Implementation wird nicht nur Wissen bei den Adressat*innen verankert sondern auch die Auswirkungen des gewonnen Wissens auf lokaler Ebene auf die spezifischen Vorgehensweisen im Arbeitsalltag dargestellt. Es handelt sich dabei um einen noch aktiveren Prozess, der nicht nur die Informationen selbst weiterträgt, sondern das neugewonnen Wissen auch in einen Umsetzungsprozess einbettet. Dabei werden Hürden für die Umsetzung ab- und Motivationen für die Adressat*innen aufgebaut. Die Implementation hilft bei der Anwendung des neuen Wissens und somit beim Ändern von Vorgehensweisen. Die Übergänge von Diffusion zu Dissemination und später zu Implementation sind allerdings fließend (Abbildung 3) (Lomas, 1993; Maier, Hoffmann et al., 2020; Vollmar et al., 2017).

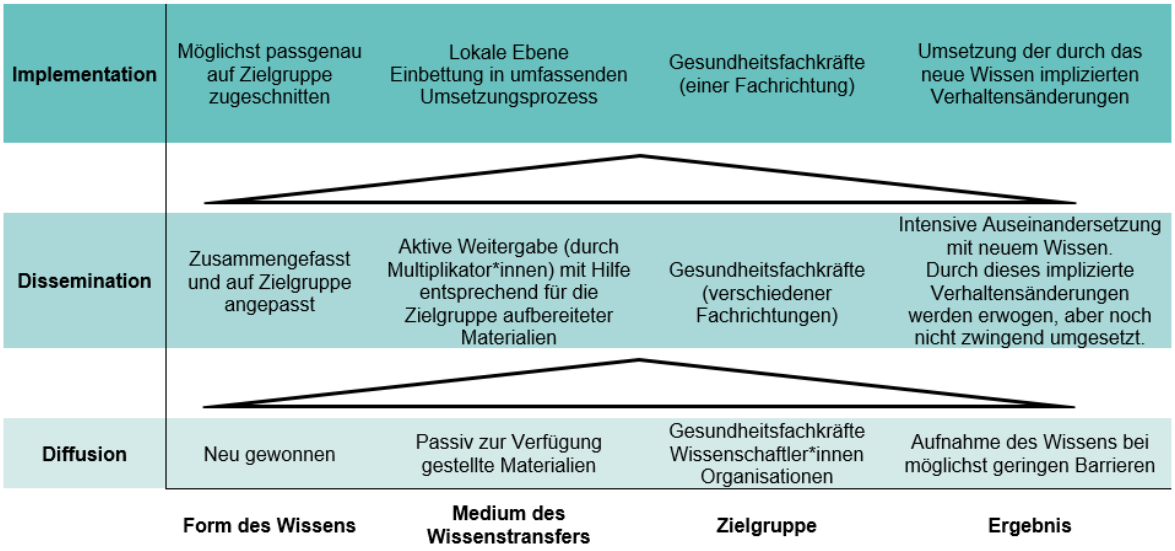


Abbildung 3 - Dreiphasiger Prozess des Transfers von neu gewonnenem Wissen und darauf basierenden Kompetenzen in die medizinische Praxis mittels Diffusion, Dissemination und Implementation, in welchem die drei Phasen aufeinander aufbauen (in Anlehnung an Lomas, 1993)

Die Dissemination als aktive und zielgruppenorientierte Vermittlung von Wissen ist folglich, sowohl allgemein als auch im medizinischen Bereich, ein bedeutender Bestandteil des Wissenstransfers, da über sie aktiv Wissen in verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems und Berufsgruppen gelangen kann. Des Weiteren ist die Dissemination Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von Verhaltensänderungen in der Zielgruppe, die auf dem neu gewonnenen Wissen basieren, sowie für den Aufbau von Kompetenzen und somit den Abbau von Handlungsunsicherheiten zur Thematik. Gerade in der Medizin ist die Dissemination von Wissen in die Praxis besonders relevant, um eine bestmögliche Versorgung von Patient*innen trotz oftmals mangelnden zeitlichen Ressourcen für Fortbildung sicherzustellen. Eine besonders flexible und barrierearme Möglichkeit des Wissenstransfers und eine Basis für die weitere Wissensdissemination bieten onlinebasierte Fortbildungsangebote. Entsprechende Angebote werden nun vorgestellt.

1.4.3. Wissenstransfer und Wissensdissemination in der Medizin und im Kinderschutz mittels onlinebasierter Fortbildungsangebote

Digitale, online-basierte Lernangebote ermöglichen vielfältige und sehr praxisnahe Lernmöglichkeiten, etwa durch die Nutzung unterschiedlicher Medien bzw. deren Verknüpfung. Damit eröffnen sich neue Möglichkeiten, gezielt problemorientiert und praxisnah zu lernen. Ein internetbasierter Ansatz ermöglicht zudem eine ökonomische und zeitlich sowie örtlich flexible Aneignung von umfassendem Wissen und Handlungskompetenzen. Somit ermöglicht E-Learning einen breiten Wissenstransfer für zahlreiche Berufsgruppen. Zudem erlaubt ein digitales, online zur Verfügung gestelltes Medium, anders als etwa ein analoger Lehrbuchtext, die kontinuierliche Aktualisierung von Inhalten auf den neuesten Wissensstand bzw. neue rechtliche Bestimmungen sowie die Anpassung an die Lernbedürfnisse der Fachkräfte (Maier, Fegert & Hoffmann, 2020c).

An der KJPP des Universitätsklinikums Ulm ist seit der Gründung der Klinik vor fast 20 Jahren Kinderschutz ein inhaltlicher Schwerpunkt. Seit etwa 10 Jahren wird dieses Thema auch in Form der Entwicklung und Evaluation von Online-Kursen aufgegriffen. In derzeit zehn Forschungs- und Entwicklungsprojekten werden Online-Kurse zu Kinderschutz, Traumapädagogik und -therapie sowie Entwicklung von Schutzkonzepten in Institutionen für verschiedene Zielgruppen entwickelt und evaluiert. Ein Überblick aller Kurse findet sich unter https://elearning-kinderschutz.de. Um die Online-Kurse übersichtlich und für die Teilnehmenden gut erfassbar zu machen, werden sie meist modular gestaltet. Die Unterteilung der Module in einzelne Lerneinheiten zu bestimmten Schwerpunkten ermöglicht eine spezifische Beschäftigung mit den Themen. Ziel aller Online-Kurse ist die Vermittlung von Wissen und Handlungs- und emotionalen Kompetenzen zum entsprechenden Thema. Um diese Ziele zu erreichen, werden Medien, wie E-Books, Expert*inneninterviews, interaktive Falltrainer, Reflexionsaufgaben, Übungen und vieles mehr genutzt. Der Einsatz von verschiedenen Medien spricht nicht nur unterschiedliche Lernziele an, sondern ermöglicht es den Teilnehmenden auch, sich dem jeweiligen Kursthema über mehrere Wege zu nähern. Da in den Online-Kursen keine Präsenzzeiten notwendig sind, ist die Lernzeit frei einteilbar. Alle Online-Kurse wurden für die entsprechenden Zielgruppen zum Erhalt von Fortbildungspunkten zertifiziert (Fegert, Brown et al., 2018; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Universitätsklinikum Ulm), 2020).

Die Online-Kurse werden mittels Online-Fragebögen von den Teilnehmenden evaluiert und darauf basierend optimiert. Die Online-Fragebögen müssen die Teilnehmenden vor Beginn und nach Abschluss der Kursbearbeitung ausfüllen. Die Evaluation des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ (https://missbrauch.elearning-kinderschutz.de/) und der Online-Kurse des Projektes „ECQAT – Entwicklung eines E-Learning-Curriculums zur ergänzenden Qualifikation in Traumapädagogik, Traumatherapie und Entwicklung von Schutzkonzepten und Analyse von Gefährdungsrisiken in Institutionen“ (https://ecqat.elearning-kinderschutz.de/) zeigen eine durchweg positive Beurteilung durch die Absolvent*innen. Bei allen Kursangeboten haben zwischen 25 % bis 45 % die Kursbearbeitung nicht abgeschlossen. Der häufigste Grund hierfür waren mangelnde zeitliche Ressourcen beruflicher und privater Natur (Fegert, Kölch et al., 2018; König et al., 2015). Fragen zu Transfer des in den Online-Kursen erworbenen Wissens in die Praxis waren von Anfang an Teil der Kursentwicklung. Deswegen wurden bereits bei der Entwicklung des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ Präsentationen, die die Inhalte des Kurses zusammenfassen, zur Verfügung gestellt. 85 % der Absolvent*innen des Online-Kurses haben Wissen aus dem Kurs an Kolleg*innen disseminiert und 22 % nutzten dafür die Präsentationen. Darüber hinaus sahen die Teilnehmenden dieses Kurses einen bestehenden Fortbildungsbedarf zu sexuellem Kindesmissbrauch im Speziellen und Kinderschutz im Allgemeinen bei Gesundheitsfachkräften (König et al., 2015). Basierend auf diesen Ergebnissen wurde der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ (siehe auch Kapitel 1.3.3.) und das entsprechende Disseminationsangebot zum Kurs für Gesundheitsfachkräfte entwickelt. Hierbei wurden die Evaluations-Ergebnisse zur Dissemination aus dem Vorgängerkurs einbezogen. Dem Bedürfnis der Fachkräfte nach Dissemination und dem Ziel der Optimierung der Nutzung von Disseminationsmaterialien wurde durch eine spezifische qualitative Befragung hierzu und die Entwicklung von Disseminationsmaterialien Rechnung getragen. Zudem wurden alle Absolvent*innen des

Kurses zu ihrer Bereitschaft und den Möglichkeiten befragt, Wissen aus dem Kurs an Kolleg*innen zu disseminieren.

Ärzt*innen und auch andere Gesundheitsfachkräfte erhalten durch den Online-Kurs und dessen Disseminationsangebote die Chance ihre privilegierte Position im Kinderschutz zu nutzen, um Misshandlungsfälle frühzeitig zu erkennen und den Betroffenen zu helfen. Die Dissemination von Wissen aus dem Online-Kurs wird in dieser Arbeit untersucht.

2. Fragestellungen und Ziele

Wie in der Einleitung beschrieben, sind im Bereich des Kinderschutzes Maßnahmen zur Vermittlung und Verbreitung von Wissen und Kompetenzen unter Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachkräften dringend notwendig, um Betroffene möglichst adäquat unterstützen zu können. Vor allem Ärzt*innen nehmen hierbei eine bedeutende Rolle ein, da sie zum einen in einer privilegierten Lage bei Erkennen und Umgang mit Fällen von Kindesmisshandlung sind, zum anderen wichtige Akteur*innen der Fort- und Weiterbildung im medizinischen Bereich über den ärztlichen Beruf hinaus darstellen. Wie einleitend erörtert, wird Kinderschutz aber nicht systematisch in Aus- und Weiterbildung von Ärzt*innen thematisiert, daher kommt dem Fortbildungsbereich eine große Verantwortung zu. Trotz der bestehenden Schulungen zur Thematik und dem neuen Bereich des E-Learning, der sich gerade im Gesundheitsbereich als hoch attraktives Angebot der Fortbildung zeigt, bleibt es eine Herausforderung in diesem stark überlasteten Bereich, viele Ärztinnen und auch andere Gesundheitsfachkräfte mit passgenauen Angeboten zu erreichen und diesen Wissen zu vermitteln. Die Dissemination von Wissen in der medizinischen Fortbildung stellt, wie einleitend dargestellt, eine vielversprechende Möglichkeit dar dieser Problematik zu begegnen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher, die Dissemination von Wissen zu Kinderschutz in der Medizin durch proaktive und auf die Zielgruppe angepasste Präsenzmaßnahmen, basierend auf einem Online-Angebot und als Grundlage für die Implementation von Wissen und den Aufbau von Kompetenzen, zu untersuchen. Dabei sollen Chancen und Hürden sowie wichtige Parameter für eine erfolgreiche Dissemination von Wissen und Aufbau von Kompetenzen im Kinderschutz unter Ärzt*innen im Speziellen und Gesundheitsfachkräften im Allgemeinen analysiert und evaluiert werden. Zu diesem Zweck wurden der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ und die Möglichkeit der Dissemination von Kursinhalten aus dem Online-Kurs durch Multiplikator*innen und dafür erstellte Disseminationsmaterialen für Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte untersucht. Aus dem Dargestellten wurden folgende Forschungsfragen abgeleitet.

Forschungsfrage 1: Wie effektiv und nachhaltig ist der Transfer von Wissen und der Aufbau von Kompetenzen durch den Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ unter Ärzt*innen und wie geeignet ist der Online-Kurs als Basis für die weitere Wissensdissemination?

Ziel 1: Darstellung und Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ im Hinblick auf Wissens- und Kompetenzerwerb sowie Dissemination im Bereich Kinderschutz für Ärzt*innen

Publikation A: Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2019). Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz. *MMW Fortschritte der Medizin*, *161*(Suppl. 4), 1–8. https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0

Forschungsfrage 2: Wie kann die Dissemination von Wissen im Bereich Kinderschutz in der Medizin barrierearm und flexibel gestaltet und als Grundstein einer erfolgreichen Implementation genutzt werden?

Ziel 2: Analyse von Voraussetzungen und Möglichkeiten einer erfolgreichen Dissemination und Implementation von Wissen und einem nachhaltigen Aufbau von Kompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin.

Teilziel 2.1.: Analyse von Möglichkeiten, Rahmenbedingungen, Motivationen und Hürden einer erfolgreichen Dissemination von Wissen durch Multiplikator*innen im Bereich Kinderschutz in der Medizin

Publikation B: Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. *GMS Journal for Medical Education*, *37*(1), Artikel 10. https://doi.org/10.3205/zma001303

Teilziel 2.2.: Evaluation der Disseminationsmaterialien des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ als Basis einer erfolgreichen Implementation:

Publikation C: Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020b). Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz. *Prävention und Gesundheitsförderung.* https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1

3. Ergebnisse

3.1. Darstellung und Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ im Hinblick auf Wissens- und Kompetenzerwerb sowie Dissemination im Bereich Kinderschutz für Ärzt*innen

Publikation A: Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2019). Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz. *MMW Fortschritte der Medizin*, *161*(Suppl. 4), 1–8. https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0

3.1.1. Hintergrund

Ärzt*innen sind privilegierte Erstansprechpartner*innen von betroffenen Kindern und Jugendlichen bei Kindesmisshandlung und haben im medizinischen Kinderschutz deshalb eine bedeutende Rolle inne (Bundesärztekammer, o. J.; Fegert, Rassenhofer et al., 2013). Allerdings zeigen sich bei ihnen häufig Unsicherheiten im Umgang mit (Verdachtsfällen von) Kindesmisshandlung, welche dazu führen, dass oft nicht adäquat reagiert werden kann (Heintze et al., 2006; Liebhardt et al., 2013). Ausgehend von dem hohen Bedarf an Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich Kinderschutz in der Medizin wird seit Juni 2015 der vom BMG geförderte Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“, welcher bereits in Kapitel 1.3.3. vorgestellt wurde, entwickelt und evaluiert. Ziel des modular aufgebauten Online-Kurses ist es, Wissen unter anderem zu Epidemiologie, Diagnostik, der aktuellen Rechtslage, Gesetzesänderungen und internationalen Leitlinien zu vermitteln. Im Online-Kurs wird theoretisches Wissen durch Grundlagen- und Rechtstexte vermittelt. Ein besonderer Fokus liegt zudem auf dem fallbasierten Lernen und dem Aufbau von praktischen Handlungs- und emotionalen Kompetenzen sowie Selbstwirksamkeit, da dadurch Handlungsunsicherheiten im Bereich des Kinderschutzes abgebaut werden können. Der Online-Kurs soll durch die Nutzung verschiedener Medien die Möglichkeit geben, gezielt problemorientiert und praxisnah zu lernen. Der direkte Transfer des Gelernten in die eigene Praxis soll bestmöglich unterstützt werden. Die Kursteilnahme ist in der Förderphase von Juni 2016 bis September 2021 kostenlos.

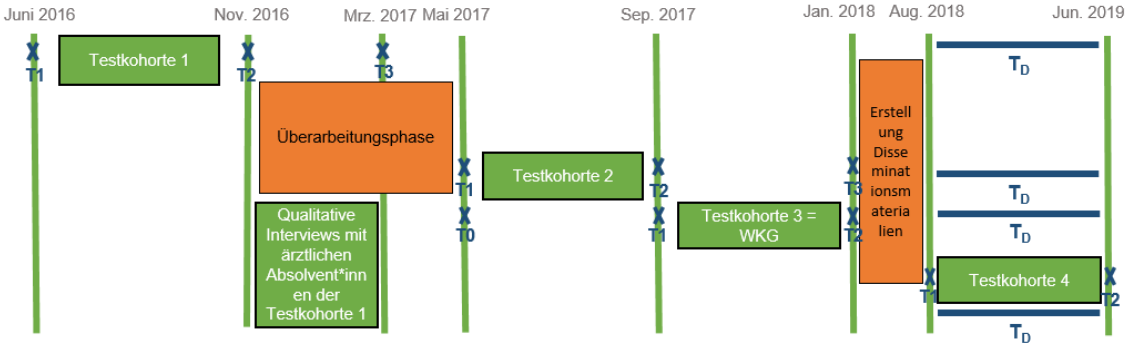
Diese Publikation präsentiert die Evaluationsergebnisse des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ für Ärzt*innen im Hinblick auf Wissens- und Kompetenzerwerb sowie Dissemination von Wissen über den Kurs hinaus.

3.1.2. Material & Methoden

In der Entwicklungsphase des Online-Kurses wurde der Kurs von mehreren Testkohorten (TK) durchlaufen, zwischen denen es auf Basis der Rückmeldungen der Kursteilnehmenden Überarbeitungsphasen gab. In dieser Publikation werden die Ergebnisse der ersten drei TK, welche von Juni bis November 2016 (TK 1), Mai bis September 2017 (TK 2) und September 2017 bis Januar 2018 (TK 3) den Kurs bearbeitet haben, dargestellt. In allen TK wurden mithilfe von Online-Fragebögen jeweils vor oder nach Bearbeitung des Kurses Daten erhoben. Die Fragebögen erfassten den demographischen und beruflichen Hintergrund, Motivation und Förderung der Kursteilnahme durch privates und/oder berufliches Umfeld, die Einschätzung des Kenntnisstandes zu Kinderschutz in der Berufsgruppe, die Zufriedenheit mit dem Online-Kurs sowie den Praxis-Transfer und die

Dissemination der Inhalte des Kurses an Kolleg*innen. Personen, welche die Kursteilnahme abbrachen oder den Kurs nicht erfolgreich abgeschlossen haben, konnten die Gründe hierfür in einem separaten Online-Fragebogen angeben.

Unmittelbar vor und nach der Arbeit am Online-Kurs wurde die Höhe von Wissen, Handlungs- und emotionaler Kompetenz sowie der Selbstwirksamkeit mit identischen Variablen erhoben, um den Einfluss der Kursbearbeitung analysieren zu können. Die Selbstwirksamkeit wurde anhand der Skala der Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem und Schwarzer, welche für den Bereich des medizinisches Kinderschutzes modifiziert wurde, erhoben (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Die Absolvent*innen der TK 1 und 2 wurden zudem vier Monate nach Kursabschluss nochmals angeschrieben und um eine erneute Evaluation des Kurses gebeten, mit dem Ziel den Erhalt von erworbenem Wissen und erworbenen Kompetenzen über die Zeit zu erfassen. Zum Vergleich der Höhe von Wissen und Kompetenzen über die Erhebungszeitpunkte wurde ein t-Test für verbundene Stichproben und eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen gerechnet. Zur Beurteilung der Differenzen zwischen den Zeitpunkten wurden die Effektstärke (Cohen‘s d) und die statistische Signifikanz (p) herangezogen. Neben dieser subjektiven Beurteilung des Wissenszuwachses wurde in TK 2 und 3 ein Wartekontrollgruppen (WKG)-Design durchgeführt. Die beiden TK nahmen hierfür zweimal gleichzeitig an demselben Wissenstest zum Thema Kinderschutz in der Medizin teil. Die TK 2 belegte zwischen den beiden Zeitpunkten den Online-Kurs, die TK 3 belegte diesen erst nach dem zweiten Absolvieren des Wissenstests und stellt somit die WKG zur TK 2 dar. Die Unterschiede im Wissensstand zwischen TK2 und 3 (WKG) zu den beiden Erhebungszeitpunkten wurden mittels eines t-Tests für verbundene Stichproben verglichen (Abbildung 4). Es liegt ein positives Ethikvotum der medizinischen Fakultät der Universität Ulm zu allen in Abbildung 4 dargestellten und in dieser Dissertation vorgestellten Erhebungen vor.



WKG=Wartekontrollgruppe
T0=Befragung drei Monate vor Kursbeginn der Testkohorte 3
T1=Befragung direkt vor Kursbeginn

T2=Befragung direkt nach Kursende/-abbruch
T3=Katamnesebefragung der Testkohorte 1 und 2 (vier Monate nach Kursabschluss)
T_D=Evaluation Disseminationsmaterialien (drei Monate nach Kursabschluss)

Abbildung 4 - Forschungsdesign zur Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ und der dazugehörigen Disseminationsmaterialien; WKG = Wartekontrollgruppe; T0 = Befragung drei Monate vor Kursbeginn der Testkohorte 3, T1 = Befragung direkt vor Kursbeginn, T2 = Befragung direkt nach Kursende/-abbruch, T3 = Katamnesebefragung der Testkohorten 1 und 2 (vier Monate nach Kursabschluss), T_D = Evaluation Disseminationsmaterialien (drei Monate nach Kursabschluss); grün = Phasen der Datenerhebung; orange = Phasen der Überarbeitung/Inhaltserstellung

3.1.3. Ergebnisse

1.036 Gesundheitsfachkräfte nahmen innerhalb der ersten drei TK an dem Online-Kurs teil. Von diesen absolvierten 701 (67,7 %) den Kurs, 280 (39,9 %) davon waren Ärzt*innen. Es zeigte sich, dass Wissen und Handlungskompetenz im Bereich Kinderschutz in der Medizin sowie das Fortbildungsangebot zu Kinderschutz und der Zugang zu Fortbildungen von den befragten Ärzt*innen als nicht ausreichend in ihrem Berufsfeld eingeschätzt wurden. Die weitere Verbreitung von Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz in der Medizin wurde dementsprechend als wichtig erachtet.

Nach Bearbeitung des Kurses beurteilten 73,2 % (n = 205) der ärztlichen Absolvent*innen das Niveau der Inhalte des Kurses und 69,3 % (n = 194) deren Tiefe als genau passend. Die überwiegende Anzahl gab zudem an, dass die Inhalte des Kurses von Belang für ihren Berufsalltag seien und sie diese dort schon anwenden konnten. Etwas mehr als dreiviertel der ärztlichen Absolvent*innen gab an, ihr Vorgehen bei (einem Verdachtsfall von) Kindesmisshandlung nach der Kursbearbeitung modifiziert zu haben. 272 (97,1 %) würden den Online-Kurs zudem an Kolleg*innen weiterempfehlen.

Die Befragten betrachteten ihren Wissensstand, ihre Handlungskompetenz und die Selbstwirksamkeit im Kinderschutz nach Bearbeitung des Kurses signifikant höher als davor. Die Effektstärke lag bei Cohen’s d=1,4, p<0,001 (Wissen), Cohen’s d=1,1, p<0,001 (Handlungskompetenz) und Cohen’s d=0,7, p<0,001 (Selbstwirksamkeit). Diese Konstrukte zeigten somit einen starken bis sehr starken Zuwachs durch die Absolvierung des Kurses, welcher auch nach der aktiven Teilnahme am Kurs noch bestehen blieb. Lediglich die emotionale Kompetenz stieg mit Cohen’s d=0,3, p=0,001 nur mittel-schwach an.

Die Absolvent*innen der TK 1 und TK 2 wurden vier Monate nach Kursabschluss erneut um die Einschätzung ihres Wissens- und Kompetenzstandes im Kinderschutz gebeten. Somit konnte gezeigt werden, dass der Zuwachs an Wissen, Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeit im Kinderschutz durch die Bearbeitung des Kurses auch nach der aktiven Bearbeitung des Kurses noch bestehen blieb. Wissen und Handlungskompetenz zeigten erneut einen sehr starken (Cohen's d=1,01, p<0,001) und starken (Cohen's d=0,85, p<0,001) Effekt. Der Zuwachs an Selbstwirksamkeit zeigte über die Kursbearbeitung hinaus noch einen mittelstarken (Cohen's d=0,54, p<0,001), der Anstieg der emotionalen Kompetenz weiterhin einen schwachen Effekt (Cohen's d=0,25, p<0,005) (Abbildung 5).

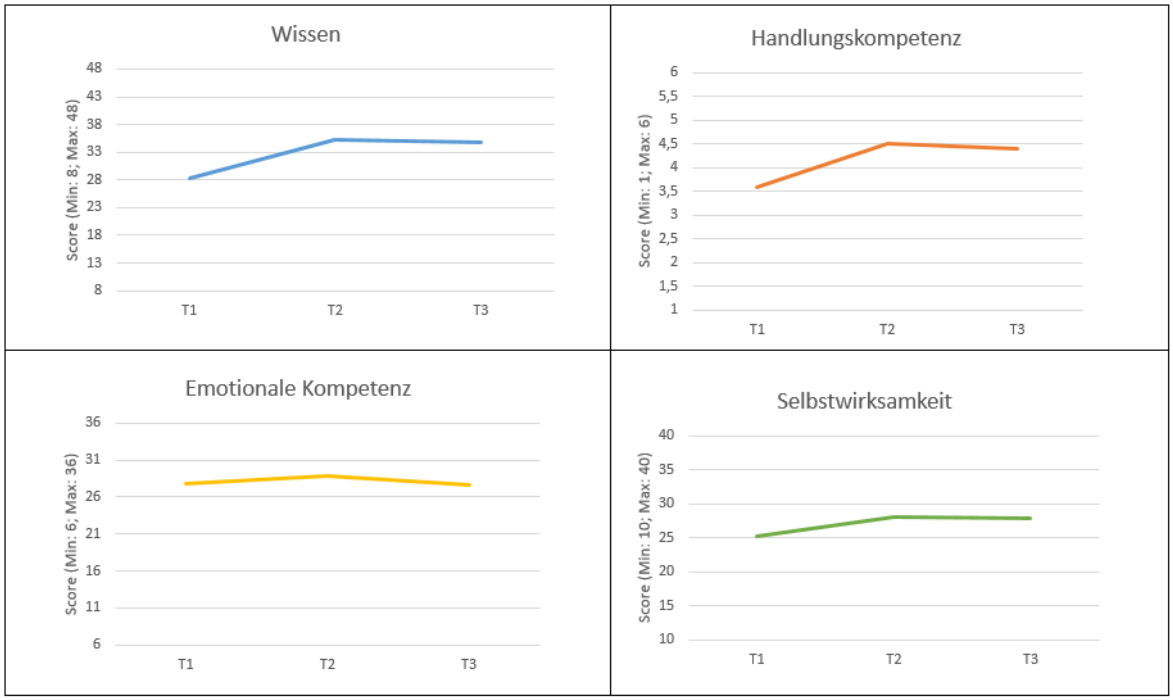


*Abbildung 5 - Zuwachs an Wissen und Kompetenzen bei Ärzt*innen des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" (n = 96) im Mittel. Die X-Achse zeigt die verschiedenen Erhebungszeitpunkte vor (T1), direkt nach (T2) und vier Monate nach Abschluss (T3) des Kurses. Die Y-Achse zeigt die Skala zwischen dem geringst- und höchstmöglichen Ausprägungen des jeweiligen Wertes. Die Daten wurden über Online-Fragebögen als Selbsteinschätzungen erhoben. Bei den Konstrukten Wissen (blau), emotionale Kompetenz (gelb) und Selbstwirksamkeit (grün) wurden mehrere Items zur Erhebung genutzt und diese für die Auswertung als Score zusammengefasst. Die Handlungskompetenz (orange) wurde mit einem einzelnen Item erhoben (Maier, Hoffmann et al., 2019, S. 6) (Modifiziert mit Genehmigung von Springer Nature: Springer Medizin Verlag GmbH, MMW – Fortschritte der Medizin, Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M., Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz., 161(Suppl. 4), 1–8, https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0, Copyright (2019). https://www.springermedizin.de/mmw-fortschritte-der-medizin/9284684)*

Auch bei der Analyse des objektiven Wissenstests, der anhand des WKG-Designs erhoben wurde, zeigte sich ein signifikanter Wissensanstieg bei den ärztlichen Absolvent*innen für die TK 2 (Cohen's d=0,34; p < 0,001), welcher bei der WKG zur TK 2 (TK 3), die den Kurs erst nach dem Wissenstest belegte, nicht sichtbar wurde.

Fast alle Befragten beurteilten die Inhalte des Kurses zudem als geeignet für die Dissemination dieser an Kolleg*innen. Etwas mehr als die Hälfte hatte zum Zeitpunkt der Befragung schon Inhalte des Kurses weitergegeben. Als Hauptgründe hierfür wurden die

Eignung von Inhalten und Materialien des Kurses zur Dissemination sowie der Fortbildungsbedarf im Kolleg*innenkreis zur Thematik genannt. Ein weiterer Grund war, der Zeitmangel bei Kolleg*innen für eine Fortbildung. Als Hauptursache, warum noch keine Lerninhalte weitergegeben wurden, nannten die Befragten ebenfalls fehlende zeitliche Ressourcen bei ihnen selbst und den Kolleg*innen.

Von den 1.036 Teilnehmenden haben 86 ärztliche Teilnehmende (8,3 %) die Kursbearbeitung nicht abgeschlossen. Die häufigste Erklärung für den Abbruch der Kursbearbeitung waren wiederrum zeitliche Gründe.

3.1.4. Schlussfolgerungen

Die Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ durch die ärztlichen Absolvent*innen zeigt, dass der Kurs eine gute Möglichkeit bietet, die bestehenden Lücken bei Wissen und Kompetenzen im Kinderschutz in der Medizin unter Ärzt*innen zu schließen.

Die Lerninhalte des Kurses wurden als bedeutend für den ärztlichen Berufsalltag sowie die Lernmaterialen als praxisnah beurteilt. Dreiviertel der ärztlichen Absolvent*innen haben ihr Vorgehen bei Verdachtsfällen durch die Kursbearbeitung verändert. Zudem haben Wissen, Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit durch die Bearbeitung des Kurses zugenommen. Die emotionalen Kompetenzen der ärztlichen Absolvent*innen stiegen allerdings eher gering an. Die emotionale Kompetenz war aber schon vor Beginn der Kursbearbeitung hoch, was vermutlich auf die Stichprobe zuführen ist. Denn von dieser muss vermutet werden, dass sie sich aus Personen zusammensetzt, die überwiegend bereits für das Thema Kinderschutz sensibilisiert waren. Es sollten dementsprechend noch mehr Ärzt*innen den Kurs belegen, die noch keine Berührungspunkte mit der Thematik Kinderschutz und somit einen noch höheren Fortbildungsbedarf haben. Ärzt*innen, die den Kurs in der Kurslaufzeit nicht abgeschlossen haben, gaben als Hauptgrund zeitliche Ursachen an, so dass dieser Aspekt bei der Absolvierung des Kurses als zentrale Hürde angesehen werden kann. Zudem wurden der bestehende Fortbildungsbedarf und die fehlenden zeitlichen Ressourcen im Kolleg*innenkreis auch von ärztlichen Absolvent*innen des Online-Kurses hervorgehoben.

Somit kann durch den Kurs zwar ein Wissens- und Kompetenzzuwachs erwirkt werden, der Zeitmangel stellt aber weiterhin ein Grundproblem im medizinischen Bereich und bei der Fortbildung dar. Eine Möglichkeit dieser Problematik zu begegnen kann die Dissemination der Lerninhalte des Online-Kurses durch die Absolvent*innen sein, denn die Mehrzahl der ärztlichen Absolvent*innen könnte sich vorstellen, die Kursinhalte mit Hilfe einer Disseminationsmaßnahme an Kolleg*innen zu vermitteln. Die folgende Publikation hat Möglichkeiten, Rahmenbedingungen, Motivationen und Hürden solcher Disseminationsmaßnahmen genauer untersucht.

3.2. Analyse von Möglichkeiten, Rahmenbedingungen, Motivationen und Hürden einer erfolgreichen Dissemination von Wissen durch Multiplikator*innen im Bereich Kinderschutz in der Medizin

Publikation B: Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. *GMS Journal for Medical Education*, *37*(1), Artikel 10. https://doi.org/10.3205/zma001303

3.2.1. Hintergrund

Gerade in der Medizin erschweren Fachkräftemangel und zeitliche Überlastung die Fortbildung von Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachkräften. Kinderschutz ist außerdem kein systematischer Bestandteil des Medizinstudiums und der medizinischen Weiterbildung (Bundesärztekammer, 2019; Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2010, 2013). Wissen und Sicherheit zur Thematik sind aber wichtige Kompetenzen beim Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Misshandlungen. Die Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ zeigt dessen positive Beurteilung durch die ärztlichen Absolvent*innen, aber ebenfalls, dass der häufigste Grund für den Abbruch der Kursbearbeitung fehlende zeitliche Ressourcen bei den Teilnehmenden waren. Daher ist es besonders wichtig, das inhaltliche Potenzial der Materialien des Online-Kurses zu nutzen. Deutlich wurde zudem, dass das Fortbildungsangebot zur Thematik Kinderschutz in der Medizin von Ärzt*innen als zu gering eingeschätzt wurde und der Zugang zu solchen Angeboten für die Zielgruppe besser erreichbar werden muss (siehe auch Kapitel 3.1.). Im Bereich Kinderschutz ist es außerdem wichtig, möglichst viele Gesundheitsfachkräfte zu schulen, da Kindesmisshandlung in allen Bereichen der Medizin zu Tage treten kann (Schwier et al., 2019).

Eine Möglichkeit solche flexiblen und zeitsparenden Fortbildungsmöglichkeiten anzubieten ist die Dissemination, die Wissen durch Kolleg*innen, Vorgesetzte etc. (Multiplikator*innen) aktiv und zielgerichtet in der Zielgruppe verbreiten kann (Lomas, 1993). Das Ziel dieser Publikation ist, zu untersuchen, welche Möglichkeiten und Rahmenbedingungen, es gibt, die Inhalte des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ durch Absolvent*innen zu disseminieren und Motivationen und Hürden bei der Umsetzung von Disseminationsmaßnahmen durch Ärzt*innen zu eruieren.

3.2.2. Material & Methoden

Mit dem Ziel, Hypothesen zu generieren, wie die Dissemination von Inhalten des Online-Kurses möglichst erfolgreich realisiert werden kann, wurden, neben der quantitativen Evaluation des Online-Kurses, individuelle und detaillierte Meinungen zu Motivation, Hürden und Umsetzungsmöglichkeiten bei Kursabsolvent*innen erhoben. Dazu wurden anhand eines qualitativen Forschungsdesign halbstrukturierte, leitfadengestützte, telefonische Einzelinterviews durchgeführt (Abbildung 4).

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die Voraussetzung für die Teilnahme war die Absolvierung des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ in der TK 1 und die Approbation als Ärzt*in. Zielgruppe der Interviews waren Ärzt*innen, da sie wichtige Akteur*innen in der medizinischen Fortbildung und zudem

die größte Teilnehmendengruppe des Online-Kurses darstellten. Die Interviews wurden im Januar und Februar 2017 durchgeführt.

Um für die Interviewten einen Zugang zu gängigen Methoden der Erwachsenenbildung zu schaffen, wurde eine Methodenübersicht ausgearbeitet und den Interviewpartner*innen zur Verfügung gestellt, da im Online-Kurs keine dementsprechenden didaktischen Kompetenzen vermittelt wurden (siehe Anhang). Diese wurde den Interviewten zusammen mit Informationen zu Hintergründen und Zielen des Interviews per E-Mail zugesandt. Die Dauer des Interviews betrug circa 30 Minuten. Die Interviews wurden digital aufgenommen und anschließend transkribiert.

Die qualitativen Interviews wurden mittels der interpretativ-reduktiven Analyse nach Mayring ausgewertet. Ziel dieser Methode ist es, systematisch und regelgeleitet qualitative Daten auszuwerten und dabei die methodischen Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse mit denen der qualitativen Forschung zu verbinden (Mayring, 2001, 2015). Somit konnten starke Affinitäten sowie weitere Entwicklungen und Innovationen aus den Interviews ermittelt werden. Um die Objektivität der Auswertung so weit wie möglich sicherzustellen, haben unabhängige Rater mittels einer Intercoder-Reliabilitätsprüfung zwölf zufällig ausgewählte Interviews ebenfalls analysiert und eine Kategorienbildung vorgenommen. Diese Kategorienbildung wurde anschließend mit den bereits gebildeten Kategorien verglichen.

3.2.3. Ergebnisse

63 Ärzt*innen absolvierten den Online-Kurs in der TK 1 zwischen Juni und November 2016. Ein qualitatives Interview konnte mit 25 (39,7 %) der 63 ärztlichen Absolvent*innen durchgeführt werden. Die Interviewpartner*innen waren im Durschnitt 48 Jahre alt und hatten 15 Jahre Berufserfahrung. Annähernd dreiviertel waren weiblich (n = 18; 72 %). Die Interviewten kamen überwiegend aus dem klinischen (n = 10; 40 %) und ambulanten (n = 5; 20 %) medizinischem Bereich sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst (n = 7; 28 %).

Der Bedarf an Fortbildungen und auch Disseminationsmaßnahmen zum Thema Kinderschutz in der Medizin wurde von den interviewten Ärzt*innen als hoch angesehen. Mangelnde zeitliche Ressourcen und eine zu gering wahrgenommene Relevanz des Themas für den eigenen medizinischen Arbeitsalltag waren allerdings für die Befragten Hürden bezüglich der Durchführung solcher Fortbildungsveranstaltungen als Multiplikator*innen. Die Wahrnehmung der Bedeutung der Thematik Kinderschutz, eine Anrechnung von Arbeitszeit oder Entlohnung und explizit für die Dissemination aufbereitete Inhalte oder bereits vorbereitete Disseminationsmaterialien (Präsentationen, Gruppenarbeiten und Anleitungen für praktische Übungen) wurden wiederrum als Motivationen zur Durchführung genannt. Inhaltlich sollten in den Disseminationsmaterialien von den Interviewten als besonders relevant erachtet Themen, wie beispielweise rechtliche Grundlagen, Epidemiologie, Gesprächsführung und Vernetzung im Kinderschutz, aufgegriffen werden.

Zur Teilnahme an einer Disseminationsmaßnahme könnten Gesundheitsfachkräfte zum Beispiel durch Fortbildungspunkte, die Relevanz des Themas für den praktischen Arbeitsalltag und den Ausblick auf Zuwachs an Wissen und Handlungskompetenz zur Thematik und somit eine langfristige Arbeitserleichterung, motiviert werden. Zudem konnten Möglichkeiten für die Umsetzung solcher Fortbildungsveranstaltungen, wie zum Beispiel Integration in den Arbeitsalltag der Gesundheitsfachkräfte, Wechsel von theorie-

und praxisorientierten Methoden sowie Interaktivität bei der Durchführung und regelmäßige Auffrischungen des Gelernten, ermittelt werden.

3.2.4. Schlussfolgerungen

Die Befragung ärztlicher Absolvent*innen des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ zu Möglichkeiten, Rahmenbedingungen und Motivationen von Dissemination bestätigte nochmals, dass es Wissenslücken bei Gesundheitsfachkräften und somit einen hohen Bedarf an Fortbildungsangeboten zum Thema Kinderschutz in der Medizin gibt. Es zeigte sich bei den Interviewten zudem Motivation, unter bestimmten Rahmenbedingungen eine Disseminationsmaßnahme als Multiplikator*innen anzubieten.

Aus den Interviews ließ sich außerdem ableiten, dass bestimmte Rahmenbedingungen die Motivation von Multiplikator*innen und Teilnehmenden bezüglich Fortbildung im Allgemeinen und Dissemination von Inhalten im Speziellen zu Kinderschutz steigern können. Auf Basis dessen können Empfehlungen für unterschiedliche Handlungsfelder des Gesundheitssystems gegeben werden. Der Staat könnte zum Beispiel anregen, dass die Bundesärztekammer, welche Weiter- und Fortbildungsinhalte für Ärzt*innen deutschlandweit regelt, das Thema Kindesmisshandlung für die Weiterbildungscurricula aller Fachärzt*innenweiterbildungen, mit Bezug zu Kindern oder Jugendlichen, festschreibt. Stationäre und ambulante medizinische Einrichtungen sollten versuchen, ihren Mitarbeitenden zeitliche Freiräume oder eine Entschädigung für die Vorbereitung und Durchführung von oder Teilnahme an Disseminationsmaßnahmen zum Thema Kinderschutz zur Verfügung zu stellen.

Die tatsächliche Wissensvermittlung liegt aber final bei den Multiplikator*innen. Die Inhalte sollten von diesen in zusammengefasster Form weitergeben und entsprechende Priorisierungen (angepasst auf das Arbeitsumfeld) vorgenommen werden. Es wird aufgrund des Zeitmangels im medizinischen Bereich als sinnvoll angesehen, dass das zugrundeliegende Fortbildungsangebot vorbereitete Disseminationsmaterialien bereitstellt. Daher wurden die Inhalte des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ in entsprechenden Materialien so zur Verfügung gestellt, dass sie möglichst barrierearm und erfolgreich von Multiplikator*innen im Kolleg*innenkreis disseminiert werden können. Die folgende Publikation stellt die Evaluation dieser Materialien vor.

3.3. Evaluation der Disseminationsmaterialien des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ als Basis einer erfolgreichen Implementation

Publikation C: Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020b). Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz. *Prävention und Gesundheitsförderung.* https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1

3.3.1. Hintergrund

Der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ wurde positiv evaluiert, es zeigte sich aber, dass ein Mangel an zeitliche Ressourcen der Hauptgrund war, warum viele Teilnehmende den Kurs nicht abschließen konnten (siehe auch Kapitel 3.1.). Um die Inhalte des Kurses zum Thema Kinderschutz dennoch möglichst

vielen Gesundheitsfachkräften zu vermitteln, wurden, basierend auf einer qualitativen Befragung von Absolvent*innen des Kurses, zusätzliche Disseminationsmaterialien zu den Inhalten des Kurses entwickelt. Die Auswertung der qualitativen Interviews zeigte, dass Präsentationen, Gruppenarbeiten und Anleitungen für praktische Übungen hierfür besonders geeignet seien (siehe auch Kapitel 3.2.). Entsprechende Materialien wurden daher für alle teilnehmenden Berufsgruppen bereitgestellt. Aus Gründen der Qualitätssicherung konnten die Kursteilnehmenden die Materialien erst nutzen, nachdem sie durch den erfolgreichen Abschluss des Kurses nachprüfbar Wissen zu Kinderschutz in der Medizin erworben hatten. Die Materialien enthielten die, von den Befragten als besonders bedeutend erachteten Inhalte des Online-Kurses, in aufgearbeiteter Form und Informationen zu weiterführenden Unterlagen zum entsprechenden Thema. Zudem stand den Multiplikator*innen eine methodische Anleitung, die die Umsetzung der Disseminationsmaßnahme unterstützen sollte, zur Verfügung.

Das Ziel der Disseminationsmaterialien war, die Motivation möglichst vieler Absolvent*innen des Online-Kurses zur Weitergabe ihres erworbenen Wissens, um zahlreichen Gesundheitsfachkräften möglichst umfassend Grundkenntnisse im Kinderschutz zu verschaffen. Somit sollte die Handlungssicherheit unter Gesundheitsfachkräften verstärkt werden. Dies kann wiederrum dazu führen, dass Fälle von Kindesmisshandlung früher erkannt und angemessener mit diesen umgegangen wird. Auf diese Weise soll im Sinne der Gesundheitsförderung Folgeerkrankungen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie Erkrankungen bei den behandelten Gesundheitsfachkräften, die durch den Umgang mit Misshandlungsfällen stark belastet sind, entgegengewirkt werden.

Diese Publikation stellt die Evaluation der Disseminationsmaterialien durch Gesundheitsfachkräfte, als Basis einer erfolgreichen Implementation von Wissen in der Praxis, vor und zeigt weitere Schritte in diese Richtung auf.

3.3.2. Material & Methoden

Die Kursabsolvent*innen nahmen im Anschluss an die Kursbearbeitung an einer verpflichtenden Evaluation des Kurses teil, um das Zertifikat zum Online-Kurs zu erhalten (Abbildung 4). Hierbei wurden auch bisherige Disseminationstätigkeiten abgefragt. Die Evaluation der nach Abschluss des Online-Kurses zu Verfügung gestellten Disseminationsmaterialien und der dazugehörigen Disseminationsmaßnahme mittels eines Online-Fragebogens war den Absolvent*innen freigestellt. Dieser Online-Fragebogen konnte den Daten aus der Abschlussevaluation des Kurses zugeordnet werden. Alle Absolvent*innen wurden drei und sechs Monate nach Abschluss des Kurses um die Evaluation der Disseminationsmaterialien gebeten, sofern sie diese genutzt hatten (Abbildung 4). Die Evaluation erfolgte überwiegend über die Zustimmung der Multiplikator*innen zu Aussagen mithilfe einer sechsstufigen Likert-Skala (1=“stimme gar nicht zu“ bis 6=“stimme voll und ganz zu“). Es sollten nur die Materialien evaluiert werden, die auch genutzt wurden. Zudem wurde die Beurteilung der durchgeführten Disseminationsmaßnahme an sich abgefragt. Die Befragung wurde mit Stand zum 30. Juni 2019 analysiert.

3.3.3. Ergebnisse

Von Juni 2016 bis Juni 2019 schlossen 1.305 Gesundheitsfachkräfte den Kurs erfolgreich ab. 55 der 1.305 Absolvent*innen haben die Disseminationsmaterialien und -maßnahmen

als Multiplikator*innen genutzt sowie evaluiert, unter diesen 21 (38,2 %) Ärzt*innen, 13 (23,6 %) Psychotherapeut*innen und 10 (18,2 %) Pflegekräfte. Die tatsächliche Höhe der Nutzung der Disseminationsmaterialien durch Absolvent*innen, kann aber nicht ermittelt werden, da die Nutzung und Evaluation der Materialien freiwillig war. Die Evaluierenden aller Berufsgruppen waren sehr zufrieden mit den zur Verfügung gestellten Disseminationsmaterialien (Tabelle 3). Darüber hinaus wurde die Disseminationsmaßnahme an sich evaluiert. Die Evaluierenden konnten somit angeben wie erfolgreich und zielführend sie die von ihnen angebotene Disseminationsmaßnahme einschätzten. 87,3 % (n = 48) der Evaluierenden führten an, dass sie durch die Disseminationsmaßnahme am Arbeitsplatz mehr Aufmerksamkeit auf das Thema Kinderschutz lenken konnten. Zudem gaben 81,8 % (n = 45) an, bei ihren Kolleg*innen mehr Interesse für das Thema geweckt zu haben. 69,1 % (n = 38) konnten ihre Kolleg*innen durch die Disseminationsmaßnahme sogar zu weiteren Fortbildungen zum Thema motivieren. Es wurden theoretische, aber auch praktische Kenntnisse im Kinderschutz vermittelt. Ein Großteil gab zudem an, dass ohne die Materialien keine Disseminationsmaßnahme stattgefunden hätte.

*Tabelle 3 - Evaluation der Disseminationsmaterialien nach medizinischen Berufsgruppen. Die Zufriedenheit mit den Materialien wurde über einen Online-Fragebogen erhoben. Die Ergebnisse zeigen die inhaltliche und methodische Zufriedenheit mit den angebotenen und von den Gesundheitsfachkräften genutzten Disseminationsmaterialien im Mittel. Die Evaluation der Disseminationsmaterialien war freiwillig. Die Materialien konnten, je nach Nutzung, einzeln oder auch gar nicht bewertet werden. Je höher der Wert, desto höher die Zufriedenheit mit den Disseminationsmaterialien; * = Min: 1; Max: 6 (in Anlehnung an Maier, Fegert & Hoffmann, 2020b, CC BY 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de)*

	Art des Materials								
	Präsentationsvorlage zu Themen des Kinderschutzes						**Anleitung zu Gruppenarbeit zu Themen des Kinderschutzes**		**Anleitung zu praktischen Übungen zu Themen des Kinderschutzes**
	Definitionen, Epidemiologie und Relevanz	**Anamnese**	**Vor-gehen**	**Rechtliche Grundlagen**	**Vernetz-ung**	**Gesprächs-führung**	**Vernetz-ung**	**Gesprächs-führung**	
Berufsgruppe	**Mittelwert*; Standardabweichung (Stichprobengröße)**								
Ärzt*innen (n=18)	5,56; 0,64 (18)	5,58; 0,67 (18)	5,67; 0,51 (18)	5,56; 0,58 (17)	5,50; 0,69 (18)	5,68; 0,50 (17)	5,59; 0,66 (16)	5,63; 0,48 (15)	5,72; 0,45 (16)
Pflegekräfte (n=10)	5,75; 0,54 (10)	5,75; 0,42 (10)	5,75; 0,42 (10)	5,85; 0,24 (10)	5,72; 0,36 (9)	5,83; 0,35 (9)	5,79; 0,42 (10)	5,89; 0,33 (9)	5,79; 0,39 (7);
Psychothera-peut*innen (n=13)	5,73; 0,33 (13)	5,62; 0,55 (13)	5,63; 0,48 (12)	5,50; 0,48 (12)	5,50; 0,65 (13)	5,50; 0,54 (13)	5,41; 0,66 (11)	5,54; 0,66 (12)	5,63; 0,64 (12)
Sonstige Gesundheits-fachkräfte (n=11)	5,73; 0,34 (11)	5,77; 0,47 (11)	5,68; 0,51 (11)	5,68; 0,51 (11)	5,73; 0,47 (11)	5,50; 0,71 (10)	5,39; 0,93 (9)	5,44; 0,68 (9)	5,55; 0,69 (10)

*[Min: 1; Max: 6]

3.3.4. Schlussfolgerungen

Die Evaluationsergebnisse zeigten, dass die Erstellung von Disseminationsmaterialien zu Fortbildungsangeboten in der Medizin als sinnvoll angesehen werden und die Materialien eine wichtige Unterstützung von Multiplikator*innen aus allen Gesundheitsberufen sein können. Es wird aber auch deutlich, dass Eigenmotivation für die Durchführung einer Disseminationsmaßnahme notwendig ist. Die vorbereiteten Disseminationsmaterialien können diese und dadurch die erfolgreiche und weitreichende Verbreitung des Wissens entscheidend fördern. Die positive Evaluation über die Berufsgruppe der Ärzt*innen hinaus verdeutlichte, dass die Disseminationsmaterialien und -maßnahmen auch zur Fortbildung für andere Gesundheitsfachkräfte gut geeignet sind. Der Anteil derjenigen, der die Materialien genutzt und diese sowie die Disseminationsmaßnahme evaluiert hatte, entsprach nicht mehr als 4,2 % der 1.305 Absolvent*innen des Online-Kurses. Die Gruppe der Evaluierenden der Disseminationsmaterialien und -maßnahmen spiegelt allerdings die Gesamtgruppe aller Absolvent*innen des Kurses gut wider, was sich an den demographischen Ähnlichkeiten der beiden Gruppen zeigt. Bei der Interpretation der Ergebnisse darf die geringe Stichprobengröße nicht vernachlässigt werden. Die deutlich positive Evaluation kann aber eine deutliche Tendenz des Einflusses der Disseminationsmaterialien aufzeigen.

Künftig sollten noch mehr Absolvent*innen des Online-Kurses motiviert werden, die Disseminationsmaterialien zu nutzen, entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für Kolleg*innen anzubieten und die Materialien zu bewerten. Dafür werden neue Absolvent*innen des Kurses nochmals per E-Mail angeschrieben und auf die Disseminationsmaterialien, die ihnen nach Abschluss des Kurses zur Verfügung stehen, hingewiesen. Um eine umfassende Verbreitung von Wissen im Bereich Kinderschutz in der Medizin und eine Implementation dieses Wissens in der Praxis zu erreichen, kann der Online-Kurs als Multiplikator*innen-Schulung genutzt werden und zusammen mit den Disseminationsmaterialien die Realisierung von entsprechenden internen und barrierearmen Fortbildungen in medizinischen Einrichtungen unterstützen.

Durch die Dissemination von Inhalten zu Kinderschutz in der Medizin aus dem Online-Kurs kann eine Verbesserung des Erkennens von Kindesmisshandlungsfällen und des adäquaten Umgangs mit solchen erreicht werden. Es kann zudem die Handlungssicherheit im medizinischen Kinderschutz erhöht und dadurch die Belastungen von Gesundheitsfachkräften durch Misshandlungsfälle vermindert werden. Dies ist eine wichtige Möglichkeit, Kindesmisshandlung frühzeitig zu erkennen und langfristig das Risiko für Folgeerkrankungen zu vermindern.

4. Diskussion

Kinderschutz, also der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Misshandlungen, ist von großer Bedeutung sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft. Denn alle Formen von Kindesmisshandlung haben anhaltend hohe Prävalenzen in Deutschland und können lebenslange schwerwiegende Folgen nach sich ziehen (Widom, 2014; Witt et al., 2017). Gerade Ärzt*innen, aber auch andere Gesundheitsfachkräfte aller medizinischen Fachrichtungen nehmen beim Erkennen und dem adäquaten Umgang mit (Verdachts-) Fällen von Kindesmisshandlung eine bedeutende Rolle ein (Bundesärztekammer, o. J.). Daher ist es wichtig, dass diese über ausreichend Wissen und Kompetenzen verfügen, um dieser Verantwortung gerecht zu werden. Es hat sich aber gezeigt, dass unter Ärzt*innen im Speziellen, aber auch allgemein im medizinischen Bereich, noch große Handlungsunsicherheiten im Kinderschutz bestehen (Heintze et al., 2006; Liebhardt et al., 2013). Zudem sind für Deutschland in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Regelungen und Maßnahmen im Kinderschutz in Kraft getreten, die oftmals im medizinischen Bereich noch nicht umfassend bekannt sind (Bertsch, 2016; Fegert, Jud et al., 2013). Um Kompetenzen hierzu auf- und Handlungsunsicherheiten abzubauen, ist die Dissemination von Wissen im Rahmen der medizinischen Fortbildung zu Kinderschutz von großer Bedeutung. Diese Arbeit untersucht Möglichkeiten, wie die Dissemination von Wissen im Bereich Kinderschutz in der Medizin als aktive und zielgruppenorientierte Möglichkeit des Wissenstransfers barrierearm und flexibel gestaltet werden kann. Die Ergebnisse werden im Folgenden diskutiert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen zunächst, was bereits in anderen Studien gezeigt und einleitend dargestellt wurde. Das Angebot an Fortbildungen im Bereich Kinderschutz in der Medizin sollte umfassender und der Zugang zu diesen Fortbildungen flexibler werden, um Wissen zu Kinderschutz breit in die Zielgruppe zu bringen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei den Teilnehmenden des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ bereits erhöhte Motivation und Interesse für das Thema vorlagen. Trotzdem wurde durch die Evaluation des Kurses deutlich, dass die Teilnehmenden bei sich selbst und anderen Gesundheitsfachkräften umfassende Wissensdefizite und Unsicherheiten sowie einen großen Fortbildungsbedarf zum Thema sahen. Es zeigt sich somit durchweg die Notwendigkeit von mehr und flexiblerer Fortbildung zum Thema Kinderschutz für Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte. Online-basierte Fortbildungsansätze bieten dabei eine gute Möglichkeit da sie gleichzeitig viele Personen fortbilden können und zudem einen flexiblen und barrierearmen Zugang zu Wissen bieten.

Der kostenlose Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ bietet eine solche Möglichkeit für alle Gesundheitsfachkräfte. In dieser Arbeit wurden die Evaluationsergebnisse speziell für die im Gesundheitsbereich besonders bedeutende Berufsgruppe der Ärzt*innen analysiert. Diese zeigten sich sehr zufrieden mit dem Kurs und dessen Inhalten. Zudem wurden signifikante Anstiege von Wissen, Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeit, welche auch nach der Bearbeitung des Kurses noch anhielten, deutlich. In den letzten Jahren hat national wie auch international das Bewusstsein für die Chancen von webbasiertem Lernen in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung stark zugenommen (Maier, Fegert & Hoffmann, 2020c; Ruf et al., 2008). Die Evaluation von E-Learning-Angeboten in der Medizin allgemein und zum Kinderschutz im Speziellen zeigte, dass E-Learning einen Transfer des Wissens in praktisches Handeln schaffen kann. Wie sich ebenfalls in der Evaluation zeigte, können

Wissen, Kompetenzen und Selbstwirksamkeit von Ärzt*innen durch die Bearbeitung von E-Learning-Angeboten signifikant gesteigert werden. Diese Ergebnisse bestätigen sich auch beim Blick auf andere E-Learning-Angebote, die ganz speziell das Erkennen und den Umgang mit Kindesmisshandlung und Gewalt thematisiert haben (Du et al., 2013; Feng et al., 2013; Lahti et al., 2014; Männistö et al., 2020; Smeekens et al., 2011; Turner et al., 2019).

Im hier evaluierten Online-Kurs gaben die ärztlichen Absolvent*innen an, E-Learning als geeignet für die Vermittlung von Themen des Kinderschutzes anzusehen und fast alle der Befragten hätten den Kurs an Kolleg*innen weiterempfohlen. Zudem sind oftmals vergleichbare Präsenz-Angebote nicht flächendeckend verfügbar, wie es für den Bereich des medizinischen Kinderschutzes einleitend dargestellt wurde. Die Literatur zeigt hierbei noch nicht klar, ob es einen Vorteil von E-Learning-Angeboten im Vergleich zu Präsenzangeboten gibt. Die Vermutung geht allerdings in diese Richtung, da oftmals ohne E-Learning kein Fortbildungsangebot zur Verfügung stehen würde (Brusamento et al., 2019; McCall et al., 2018; Vaona et al., 2018). Die Evaluation des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“, zu welchem auch Präsenzveranstaltungen angeboten wurden, zeigte vor allem bei Fachkräften aus dem medizinisch-therapeutischem Bereich eine höhere Akzeptanz von E-Learning (Liebhardt et al., 2013). Der Vorteil von E-Learning-Ansätzen ist außerdem, dass sie mit einer sehr großen Reichweite, zeit- und kostengünstig zu belegen und anzubieten sind. Dies kann den Vorteil beinhalten, dass sie für Gesundheitsfachkräfte aus kleineren Praxen oder strukturschwachen Räumen genauso leicht und barrierearm erreichbar sind wie für Fachpersonen in größeren oder städtischen Einrichtungen. Das E-Learning-Angebot kann dabei leicht auf dem aktuellen Stand gehalten werden (Maier, Fegert & Hoffmann, 2020c).

Die Inhalte des Kurses wurden zudem als relevant für den medizinischen Berufsalltag bewertet. Circa die Hälfte der ärztlichen Absolvent*innen hatte bereits während der Bearbeitung des Online-Kurses Inhalte an Kolleg*innen disseminiert. Der Großteil derjenigen, die das noch nicht getan hatten, waren bereit künftig Inhalte des Kurses an Kolleg*innen zu disseminieren. Des Weiteren zeigte sich, dass der häufigste Grund für das Nicht-Absolvieren des Kurses mangelnde zeitliche Ressourcen beruflicher oder privater Natur waren. Dies bestätigt sich auch für andere Gruppen von Gesundheitsfachkräften, die am Kurs teilgenommen haben (Maier, 2018; Maier, Fegert & Hoffmann, 2019a, 2019b). Um eine möglichst weite Verbreitung von Wissen zu erlangen, muss in Folge dessen überlegt werden, wie auch die Personen erreicht werden können, die nicht die erforderliche Zeit für die Absolvierung eines Online-Kurs aufbringen können. Dissemination als zielgruppenorientierte und aktive Verbreitung von Wissen kann hierbei eine effektive Möglichkeit sein.

Die konkrete Dissemination von Wissen aus dem Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ durch Multiplikator*innen wurde von den ärztlichen Absolvent*innen des Online-Kurses als sinnvoll und wichtig empfunden. Einige ärztliche Absolvent*innen hatten zudem bereits unaufgefordert Inhalte an Kolleg*innen disseminiert. Diese Dissemination fand allerdings überwiegend mündlich und im informellen Rahmen statt.

Die qualitativen Interviews mit ärztlichen Absolvent*innen zum Thema Dissemination der Kursinhalte zeigten, dass als Motivation für die Teilnahme an einer von Kolleg*innen durchgeführten Disseminationsmaßnahme die Relevanz des Themas für die eigene

Arbeitsrealität bedeutend sei. Diese hänge stark von Fachrichtung, der Häufigkeit der Konfrontation mit Fällen und der Aktualität des Themas ab. Weitere motivierende Faktoren seien der Zugewinn an Wissen und Kompetenzen bzw. der Abbau von Berührungsängsten und damit zusammenhängend eine Zeitersparnis im Arbeitsalltag durch die Teilnahme an der Disseminationsmaßnahme. Zudem würden Fortbildungspunkte stark zur Teilnahme motivieren. Anreiz für die Durchführung einer Disseminationsmaßnahme als Multiplikator*in könnten zudem eine Freistellung von der Arbeit bzw. eine Anrechnung von Arbeitszeit oder finanzielle Entschädigung sein. Bedeutend sei aber auch hierbei die Relevanz des Themas Kinderschutz für den eigenen Arbeitsbereich. Die Inhalte des Online-Kurses müssten zudem für eine solche Maßnahme entsprechend aufbereitet werden. Diesbezüglich würden bereits vorbereitete Materialien mit Anleitungen zur Umsetzung die Motivation zur Durchführung einer Disseminationsmaßnahme fördern. Empfohlen wurde hierfür ein Wechsel zwischen theoretischen und praktischen Methoden. Jeder praktischen Methode sollte dabei unbedingt eine theoretische Methode vorausgehen. Darüber hinaus zeigten die Interviews, dass die Disseminationsmaßnahmen in den Alltag der medizinischen Einrichtung integriert werden sollten. Zudem können bereits intern verfügbare Kommunikationsstrukturen, wie zum Beispiel das Intranet, genutzt werden. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Dissemination und Implementation von neuem Wissen und Kompetenzen in der Arbeitsrealität wurde die Idee eingebracht, regelmäßige Auffrischungen des erlernten Wissens anzubieten.

Die Literatur zeigt, dass Disseminationsmaßnahmen als Fortbildungsmöglichkeit zunehmend an Bedeutung im medizinischen Bereich gewinnen. Einige dieser Ansätze wurden evaluiert und geben für Anbieter*innen von Fortbildungsmaßnahmen Empfehlungen, die Überschneidungen zu den Ergebnissen dieser Arbeit zeigen. Empfehlungen wären zum Beispiel eine kostenfreie Durchführung am Arbeitsplatz oder Anrechnung von Arbeitszeit, die abwechslungsreiche Anwendung von Methoden, eine Anpassung auf die lokalen Rahmenbedingungen und eine Unterstützung der durchführenden Fachkraft bei der Multiplikator*innen-Tätigkeit (Akl et al., 2008; Diehl et al., 2017; Jobin, 2008; Kahan et al., 2009; Maier, Fegert & Hoffmann, 2020a; Malone et al., 2010). In der Literatur zeigt sich zudem, dass Kommunikationsfähigkeiten, funktionierende soziale Netzwerke und Beratungen durch Kolleg*innen als Ressource bei der Verbreitung von Wissen gut genutzt werden können (Jippes et al., 2010; Maier, Fegert & Hoffmann, 2020a; Malone et al., 2010). Die Literatur schlägt ebenfalls vor, bereits bestehende Ressourcen zu nutzen, wie zum Beispiel Strukturen und Prozesse in Klinik oder Praxis, das Internet sowie IT- und etablierte Fortbildungssysteme (Maier, Fegert & Hoffmann, 2020a; Paiva & Rocha, 2009).

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass die Rahmenbedingungen für die Multiplikator*innen und Teilnehmenden der Disseminationsmaßnahme so gehalten werden sollten, dass diese Gruppen möglichst viel Unterstützung bei der Durchführung und Teilnahme einer solchen Maßnahme erhalten. Einfluss auf die Rahmenbedingungen haben neben dem Arbeitgeber auch der Staat und die Anbieter*innen von Fortbildungen, auf welchen eine Disseminationsmaßnahme basiert. Auf staatlicher Ebene sollten die Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe um das Thema Kindesmisshandlung ergänzt werden und mehr finanzielle Mittel für Gesundheitsfachkräfte bereitgestellt werden. Wie bereits dargelegt, dürfte aber eine der größten Hürden bei der Dissemination von Wissen im medizinischen Bereich die mangelnden zeitlichen Ressourcen sein. Daher muss überlegt werden, wie die Rahmenbedingungen der Dissemination möglichst zeitsparend für

die Gesundheitsfachkraft gestaltet werden können. Arbeitgeber könnten zu diesem Zweck Mitarbeiter*innen für die Durchführung/Teilnahme an einer Disseminationsmaßnahme freistellen oder diesen Arbeitszeit anrechnen. Bei Disseminationsansätzen, die von Gesundheitsfachkräften als Multiplikator*innen durchgeführt werden, greift die Literatur auf, was auch die Ergebnisse dieser Arbeit nahelegen. Der Zusatzaufwand für Multiplikator*innen sollte zum Beispiel durch bereits vorbereitete, zur Verfügung gestellte Materialien aufgefangen werden (Maier, Fegert & Hoffmann, 2020a; Paiva & Rocha, 2009).

Für den Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ wurden solche unterstützenden Disseminationsmaterialien basierend auf den Rückmeldungen der interviewten Ärzt*innen für alle Gesundheitsfachkräfte, die den Kurs absolviert haben, entwickelt. Es zeigte sich eine hohe Zufriedenheit der Multiplikator*innen mit den angebotenen Disseminationsmaterialien über alle Berufsgruppen hinweg. Einige der Multiplikator*innen haben sich allerdings noch mehr bzw. detailliertere und anschaulichere Informationen zu Themen des Kinderschutzes sowie weitere Praxis- und Fallbeispiele gewünscht. Es wurde außerdem deutlich, dass die Durchführung einer solchen Disseminationsmaßnahme dem Thema Kinderschutz mehr Aufmerksamkeit in der entsprechenden Einrichtung verschaffen kann. Zudem konnte Interesse bei den teilnehmenden Gesundheitsfachkräften für das Thema Kinderschutz und die Motivation zu weiteren Fortbildungen hierzu geweckt werden. Sowohl theoretisches als auch praktisches Handlungswissen konnte an die Teilnehmenden vermittelt werden. Die vorbereiteten Disseminationsmaterialien haben die Multiplikator*innen dabei stark motiviert, die Disseminationsmaßnahme durchzuführen. Mehr als die Hälfte hätten ohne die Disseminationsmaterialien keine Fortbildung angeboten.

Evaluationen und damit belastbare Daten von Disseminationsmaterialien, die Absolvent*innen einer Fortbildung zur Verfügung gestellt werden, sind bisher kaum verfügbar. Wenn auch mittlerweile viele neue Maßnahmen und Forschungsansätze der Dissemination und Implementation in der medizinischen Fortbildung präsent sind. Während in der Literatur diese Maßnahmen der Dissemination und Implementation von den ausführenden Multiplikator*innen überwiegend positiv evaluiert werden, zeigt sich zur Arbeit mit vorgefertigten Materialien noch kein eindeutiges Bild (Forman-Hoffman et al., 2017; Ginossar et al., 2018). Viele Studien zur Dissemination und Implementation haben außerdem ein Train-the-Trainer Programm durchgeführt, um die Multiplikator*innen speziell für die Weitergabe der Informationen zu schulen. Ein solches Training fand in der vorliegenden Untersuchung nicht statt, um aufgrund des bestehenden Zeitmangels in der Medizin den Zeitaufwand für die Multiplikator*innen möglichst gering zu halten. Den Multiplikator*innen wurden stattdessen methodische Anleitungen für die Durchführung der Disseminationsmaßnahme an die Hand gegeben. Zudem war die einzige Zugangsvoraussetzung für den Zugriff auf die Disseminationsmaterialien der erfolgreiche Abschluss des Online-Kurses. Für die Teilnahme an einer Train-the-Trainer-Maßnahme mussten sich die Interessent*innen in der Literatur teilweise bewerben. Solche Train-the-Trainer-Maßnahmen wurden überwiegend positiv bewertet, führten zu einer Steigerung von Wissen und Kompetenzen bei den Teilnehmenden und zeigten somit auch die Wichtigkeit der Anleitungen, die den Multiplikator*innen zu den hier untersuchten Disseminationsmaterialien an die Hand gegeben wurden (de Beurs et al., 2015; Lai et al., 2017; Meissner et al., 2013). Bei den vorliegenden Disseminationsmaterialien wurden die Bedürfnisse des medizinischen Arbeitsumfeldes durch die vorhergehenden, qualitativen Interviews eruiert und berücksichtigt. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass

die überwiegend positive Beurteilung der Materialien auch darauf zurückzuführen ist. Dies bedeutet, dass die Bedürfnisse und Rahmenbedingungen der Multiplikator*innen, der Einrichtungen und der zu schulenden Fachkräfte sorgfältig analysiert und in den Planungs- und Evaluierungsprozess der Umsetzung einer Disseminationsmaßnahme einbezogen werden sollten. Auch in der Literatur bestätigt sich dies (Graham & Tetroe, 2007; Proctor et al., 2009). Die Bedeutung der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Multiplikator*innen-Tätigkeiten von Ärzt*innen, aber auch anderen Gesundheitsfachkräften und diesbezüglicher unterstützender Rahmenbedingungen für Dissemination und Implementation wurde allerdings bisher in der Literatur noch nicht systematisch evaluiert. Gründe hierfür könnten sein, dass sich viele Gesundheitsfachkräfte für die Wissensvermittlung an Kolleg*innen nicht kompetent genug fühlen oder ihnen die zeitlichen Ressourcen hierfür fehlen. Dies bedarf noch einer genaueren Untersuchung. Es zeigt sich somit ein bestehender Mangel an wissenschaftlich fundierten Evaluationen von Ansätzen der Dissemination und Implementation. Vergleichbares kennt man zum Beispiel aus der Präventionsforschung, auch hier musste sich eine Evaluationskultur zunächst etablieren (Walter et al., 2012; Walter et al., 2015). Insgesamt ist es wichtig, dass mehr Disseminationsansätze im Bereich der Medizin evaluiert, die Ergebnisse publiziert und somit der Fachwelt zugänglich gemacht werden. Die Literatur bemängelt zudem die fehlende Evaluation der tatsächlichen Implementation von Wissen und drauf basierenden Verhaltensänderungen in der Praxis. Auch bei der Evaluation der vorliegenden Disseminationsmaterialien wurden zwar die Multiplikator*innen nach der Bewertung der Maßnahme durch die Teilnehmenden gefragt und die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen subjektiv eingeschätzt, es wurde allerdings nicht erhoben, ob das Wissen aus dem Disseminationsmaßnahmen tatsächlich in der Praxis angewandt würde.

Generell kann deutlich gezeigt werden, dass der Transfer und die Dissemination von Wissen eine barrierearme, kostengünstige und qualitativ hochwertige Möglichkeit darstellen kann, viele Gesundheitskräfte zu erreichen und zu schulen. Zudem konnten die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen einer möglichst erfolgreichen Dissemination und Implementation von Wissen in der Praxis eruiert werden. Auf diese Weise können Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin effektiv und nachhaltig verbreitet und aufgebaut werden. Speziell über den Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ kann eine Erhöhung des Wissens und der Kompetenzen im Kinderschutz unter Gesundheitsfachkräften auf digitale Weise erreicht werden. Basierend darauf ist die Dissemination und auch Implementation der Lerninhalte breiter innerhalb der Zielgruppe realisierbar. Somit können Betroffene von Kindesmisshandlung frühzeitig und adäquat unterstützt und mögliche schwerwiegende und langfristige Folgen abgeschwächt werden.

4.1. Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist Limitationen auf, die nachfolgend dargestellt werden. Zunächst ist der für die Evaluation des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ für die Gruppe der Ärzt*innen genutzte Datensatz nicht repräsentativ, da die Gruppe der Ärzt*innen nicht systematisch rekrutiert werden konnte. Vermutlich nahmen mehr besonders an der Thematik interessierte oder engagierte Ärzt*innen am Online-Kurs und den zugehörigen Befragungen teil. Zudem wurde die Höhe und der Zuwachs von Kompetenzen und Selbstwirksamkeit wurden via subjektiver Selbsteinschätzung erhoben. Der Kurs wurde außerdem zwischen TK 1 und TK 2 inhaltlich überarbeitet. Die Änderungen waren aber gering und es zeigten sich keine signifikanten

Unterschiede im Wissens- und Kompetenzzuwachs zwischen TK 1 und TK 2 mit TK 3. Dies konnte mit einem t-Test für unabhängige Stichproben nachgeweisen werden.

Auch die zum Thema Dissemination interviewten Ärzt*innen stellen nur eine Auswahl der Berufsgruppe dar. Es kann auch hier angenommen werden, dass überwiegend Ärzt*innen, die den Online-Kurs positiv bewertet haben und Offenheit gegenüber Kinderschutz und diesbezüglichen Fortbildungsansätzen mitbringen, für ein Interview zur Verfügung standen. Das Ziel dieser Studie war allerdings die Eruierung von Möglichkeiten und Hürden der Dissemination und nicht die Bewertung des Online-Kurses, daher ist die Zusammenstellung der Stichprobe passend zur Forschungsfrage. An der Evaluation der Disseminationsmaterialien beteiligten sich 55 der 1305 Absolvent*innen des Online-Kurses, was lediglich 4 % der Gesamtstichprobe entspricht. Da die Nutzung der Materialien und deren Evaluation freiwillig war und zudem teilweise über ein Jahr nach Abschluss des Online-Kurses stattfand, war eine größere Stichprobe zum Zeitpunkt der Auswertung nicht realisierbar. Für die Evaluation von Maßnahmen der Dissemination und Implementation stellt dies ein häufiges Problem dar (Proctor et al., 2009).

In den Untersuchungen wurden Ärzt*innen betrachtet, da diese die zahlenmäßig größte Gruppe an Gesundheitsfachkräften darstellen und maßgebliche sowie wichtige Akteur*innen im Bereich der medizinischen Fortbildung sind. Eine Untersuchung, ob die Ergebnisse auf die Gesamtgruppe der Gesundheitsfachkräfte übertragbar sind, war nicht Teil der Studie. Die Ergebnisse stellen jedoch eine gute Basis für weitere Rückschlüsse auf andere Gesundheitsfachkräfte dar. Dies zeigt auch die Nutzung und positive Evaluation der Disseminationsmaterialien durch verschiedene medizinische Berufsgruppen.

Die Einschränkungen, die sich aufgrund des Forschungsdesigns nicht vermeiden ließen, sollten bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Trotz dieser Limitationen zeigen die Ergebnisse bedeutende Erkenntnisse zu Bedarf, Chancen und Herausforderungen der Wissensdissemination und des Kompetenzaufbaus zu Kinderschutz in der Medizin auf.

4.2. Fazit und Ausblick

Es zeigt sich, dass eine große Weitergabelücke für Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte zwischen dem aktuellen Wissenstand im Bereich Kinderschutz und der gelebten Praxis besteht. Dies kann die bestmöglichste Unterstützung von Betroffenen von Kindesmisshandlung deutlich erschweren. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen aber auch, dass es einige Ansätze zum Transfer von Wissen und zum Aufbau von Kompetenzen im Kinderschutz gibt, die es ermöglichen würden, die Ziele der UN und der WHO zur Reduzierung der Belastungen durch Kindesmisshandlung zu realisieren.

Für den erfolgreichen Transfer von Wissen und den Aufbau von Kompetenzen im Kinderschutz unter Ärzt*innen ist dabei vor allem ein flexibler und barrierearmer Charakter von Fortbildungen fördernd. Auch eine multimediale Herangehensweise zeigt sich als bedeutend. Aufgrund des bestehenden Zeitmangels im medizinischen Bereich wird zudem deutlich, dass zeitsparende Maßnahmen auf Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachkräften motivierend wirken. E-Learning-Angebote bieten eine gute Möglichkeit ein flexibles, barrierearmes und multimediales Fortbildungsangebot anzubieten. Die Rahmenbedingungen von E-Learning können sich außerdem zeitsparend für die Teilnehmenden im Vergleich zu einer Präsenzveranstaltung auswirken. Auch unter den aktuellen durch die COVID-19-Pandemie bedingten starken Einschnitten in das

öffentliche und private Leben und die damit einhergehenden stark veränderten Rahmenbedingungen für Fortbildungen, können E-Learning-Angebote durchgehend und problemlos genutzt werden. Seit Ende März/Anfang April 2020 haben sich beispielsweise mehr als 54.500 Teilnehmende für die Online-Kurse der KJPP Ulm, die aufgrund der COVID-19-Pandemie teilweise außerplanmäßig angeboten wurden, angemeldet, davon 2.483 für den Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ (Stand: 30.09.2020). Diese Anmeldezahlen sind bedeutend höher als zu Zeiten der regulären Projektförderung der Kurse und machen ein weiteres Mal deutlich, welch großes Potenzial im Wissenstransfer durch E-Learning-Angebote liegt. Daher sollten E-Learning-Ansätze insgesamt noch umfassender im medizinischen Bereich etabliert werden.

Trotzdem wird deutlich, dass viele Ärzt*innen zu wenige zeitliche Ressourcen haben, um ein (Online-) Fortbildungsangebot zu Kinderschutz in der Medizin abzuschließen. Die Dissemination der Lerninhalte des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ durch Absolvent*innen mit entsprechenden, bereits vorbereiteten Disseminationsmaterialien an Kolleg*innen hat sich dabei als gute Möglichkeit erwiesen, Grundkenntnisse zu Kinderschutz breit unter Gesundheitsfachkräften, die nicht die Zeit finden den Kurs zu absolvieren, zu vermitteln.

Fortbildungspunkte stellen einen deutlichen Motivator für die Teilnahme an einer solchen Disseminationsmaßnahme dar. Aber auch die Relevanz des Themas für den eigenen Arbeitsalltag und die Einschätzung der Sinnhaftigkeit und Bedeutung von Kinderschutz in der Medizin ist ein wichtiger Einflussfaktor, ob Wissen erworben, disseminiert und im Arbeitsalltag implementiert wird. Diese Punkte sollten bei der Erstellung und Bewerbung von Disseminationsmaßnahmen berücksichtigt werden, um sie attraktiv zu machen und möglichst viele Adressat*innen zu erreichen. Unvermeidlich für eine erfolgreiche Dissemination ist auch eine starke Unterstützung von entsprechenden Disseminationsmaßnahmen im medizinischen Bereich durch die eigene Einrichtung bzw. den Arbeitgeber. Eine strukturelle Einbettung der Thematik in die Fortbildungslandschaft von Gesundheitsfachkräften wäre hierzu erstrebenswert. Gerade im Bereich des medizinischen Kinderschutzes ist eine solche aber noch nicht etabliert.

Es zeigt sich deutlich, dass der Transfer des Wissens in die Praxis bei der Erstellung von Lernmaterialien und Fortbildungen immer mitgedacht werden sollte. E-Learning-Angebote und darauf aufbauende Maßnahmen der Dissemination und Implementation von Wissen und Kompetenzen in die medizinische Praxis sind nicht nur im Kinderschutz, sondern in allen medizinischen Bereichen erfolgsversprechend. Mittlerweile stellt die Dissemination und Implementation von neuem Wissen einen eigenen Forschungsbereich in Bezug auf die medizinische Ausbildung dar (Ginossar et al., 2018; Green et al., 2014). Es besteht aber noch ein deutlicher Mangel an systematisch evaluierten Maßnahmen der Dissemination und auch der Implementation. Belastbare Daten wären jedoch aufgrund des wachsenden Bedarfs von Maßnahmen der Dissemination und Implementation in der Medizin dringend notwendig. Hierbei wären vor allem Randomisiert-Kontrollierte- und Längsschnittstudien wünschenswert. Zudem muss das Verständnis und die Akzeptanz für Maßnahmen der Dissemination und Implementation bei den Gesundheitsfachkräften gesteigert werden (Ginossar et al., 2018; Proctor et al., 2009).

Individuelle, organisatorische und systemweite Faktoren behindern Engagement und Forschung im Bereich Dissemination und Implementation von Wissen immer noch. Die

Einbettung, Förderung und Finanzierung solcher Maßnahmen sind notwendige Schritte zur Etablierung der Wissensdissemination in Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Medizin (Koorts et al., 2020; Proctor et al., 2009). Letztlich stellen Maßnahmen der Dissemination von Wissen und somit der Aufbau von Kompetenzen eine bedeutende Möglichkeit dar, die Lücke zwischen evidenzbasierten Praktiken und ihrer Verfügbarkeit in der Regelversorgung zu verringern. Auf diese Weise kann im Bereich des medizinischen Kinderschutzes nachhaltig die Unterstützung und Behandlung von Betroffenen von Kindesmisshandlung verbessert werden. Dies kann sowohl betroffenen Einzelpersonen und deren Angehörigen als auch der Gesellschaft zugutekommen.

5. Zusammenfassung

Die anhaltend hohe Prävalenz und die möglichen somatischen, psychischen und sozialen Folgen von Kindesmisshandlung in Deutschland sind große Herausforderungen, welche bewältigt werden müssen. Ärzt*innen und auch anderen Gesundheitsfachkräften kommt bei einem adäquaten Umgang mit (einem Verdacht auf) Kindesmisshandlung eine wichtige sowie einflussreiche Rolle zu. Im medizinischen Bereich herrscht allerdings oft ein extremer Zeitmangel vor, zudem ist Kinderschutz in Deutschland kein systematischer Bestandteil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Es besteht demzufolge eine Weitergabelücke zwischen dem aktuellen Wissensstand und Regelungen im Bereich Kinderschutz in der Medizin sowie der gelebten Praxis. Daher wird der adäquate Umgang mit (Verdachts-) Fällen von Kindesmisshandlung durch Ärzt*innen und auch andere Gesundheitsfachkräfte stark erschwert. Aufgrund dessen ist eine umfassende Behandlung der Thematik in medizinischen Fortbildungen bedeutsam. Die Dissemination, also die aktive und zielgruppengerichtete Verbreitung von Wissen, stellt eine Möglichkeit dar, Wissen und Kompetenzen unter Ärzt*innen möglichst effektiv und nachhaltig aufzubauen.

Ziel dieser Dissertation ist die Analyse von Möglichkeiten der Wissensdissemination und des Kompetenzaufbaus zu Kinderschutz in der Medizin in Deutschland basierend auf einem Online-Fortbildungsangebot. Dabei wird der Fokus vor allem auf die unter den Gesundheitsfachkräften bedeutenden Berufsgruppen der Ärzt*innen gelegt.

Zu diesem Zweck wurde zunächst der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ und dessen Inhalte von den ärztlichen Absolvent*innen evaluiert. Anschließend wurden qualitative, leitfadengestützte Telefoninterviews mit Ärzt*innen, die den Kurs in der ersten TK erfolgreich abgeschlossen und sich für ein Telefoninterview bereiterklärt hatten, zum Thema Dissemination der Inhalte des Kurses an Kolleg*innen geführt. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews wurden anschließend mit der interpretativ-reduktiven Analyse nach Mayring ausgewertet und basierend auf diesen schließen Materialien zur Dissemination der Inhalte des Online-Kurses durch Absolvent*innen als Multiplikator*innen erstellt. Diese konnten nach der Nutzung über einen Online-Fragebogen evaluiert werden.

Durch die Evaluation des Online-Kurses zeigte sich die hohe Qualität des Online-Fortbildungsangebotes, aber auch die begrenzten Zeitressourcen von Ärzt*innen bei der Absolvierung des Kurses und Forderungen nach einem umfassenderen und flexibleren Fortbildungsportfolie im medizinischen Kinderschutz. Fast alle Befragten beurteilten die Inhalte und Lernmaterialien des Kurses zudem als geeignet für die Dissemination des Themas über den Kurs hinaus. Etwas mehr als die Hälfte hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits Inhalte des Kurses an Kolleg*innen weitergegeben. Insgesamt wurde eine große Motivation zur Dissemination der Inhalte des Online-Kurses als Multiplikator*innen bei den ärztlichen Absolvent*innen des Kurses deutlich. Die Bedeutung der Thematik Kinderschutz, eine Freistellung von der Arbeit oder Entlohnung sowie explizit für die Dissemination vorbereitete Disseminationsmaterialien, die die Inhalte des Online-Kurses in aufbereiteter Form enthalten, schaffen zudem Anreize zur Durchführung einer solchen Maßnahme.

Die basierend auf diesen Ergebnissen entwickelten Disseminationsmaterialien wurden durchweg positiv bewertet. Durch die Disseminationsmaßnahmen konnten theoretische und praktische Kompetenzen zu Kinderschutz an Kolleg*innen vermittelt werden. Zudem

gab ein Großteil der Multiplikator*innen an, dass ohne diese Materialien keine Disseminationsmaßnahme stattgefunden hätte.

Es zeigt sich, dass es bereits einige hochwertige Angebote zu Transfer von Wissen und den Aufbau von Kompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin gibt. Aufgrund des bestehenden Zeitmangels im medizinischen Bereich, müssen Wege gefunden werden wie trotzdem möglichst viele Gesundheitsfachkräfte zum Thema Kinderschutz fortgebildet werden können. Es ist daher wichtig, die Möglichkeit von Disseminationsmaßnahmen als Voraussetzung der erfolgreichen Implementation von Wissen in der Praxis zu den Fortbildungsinhalten von Anfang an bei der Erstellung von Fortbildungen mitzudenken und die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe diesbezüglich im Blick zu behalten. Ansätze der Dissemination und Implementation von Wissen in der medizinischen Praxis sollten noch umfassender untersucht und evaluiert werden, da hierzu bisher nur wenige belastbare Forschungsergebnisse vorliegen.

Insgesamt sind der Transfer und die Dissemination von Wissen barrierearme, kostengünstige und qualitativ hochwertige Möglichkeiten, viele Gesundheitskräfte zu erreichen und zum Thema Kinderschutz fortzubilden. Auf diese Weise können Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin möglichst effektiv und nachhaltig verbreitet und aufgebaut werden. Betroffene von Kindesmisshandlung können somit frühzeitig und adäquat unterstützt und mögliche schwerwiegende und langfristige Folgen abgeschwächt werden.

6. Literaturverzeichnis

Akl, E. A., Mustafa, R., Slomka, T., Alawneh, A., Vedavalli, A. & Schünemann, H. J. (2008). An educational game for teaching clinical practice guidelines to Internal Medicine residents: development, feasibility and acceptability. *BMC Medical Education*, *8*, Artikel 50. https://doi.org/10.1186/1472-6920-8-50

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2019). *Kindesmisshandlung, -missbrauch,-vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)*. https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie/leitlinie-materialien-zum-downloaden-1/langfassung-der-kinderschutzleitlinie

Badura, B. & Strodtholz, P. (1998). Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In F. W. Schwartz & V. Arolt (Hg.), *Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 574–598). Urban & Schwarzenberg.

Bange, D. (2005). Gewalt gegen Kinder in der Geschichte. In G. Deegener & W. Körner (Hg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch* (S. 13–18). Hogrefe.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, *58*(3), 469–483. https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1

Becker, U. & Kingreen, T. (2018). *Sozialgesetzbuch mit Sozialgerichtsgesetz: Textausgabe mit ausführlichem Sachverzeichnis* (47. Aufl.). Beck im dtv.

Bertsch, B. (2016). *Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen: Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen.* Deutsches Jugendinstitut.

Brusamento, S., Kyaw, B. M., Whiting, P., Li, L. & Tudor Car, L. (2019). Digital Health Professions Education in the Field of Pediatrics: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(9), Artikel e14231. https://doi.org/10.2196/14231

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (o. J.). *Arbeitsfelder - Qualifizierung*. Abgerufen am 21.02.2020 von https://www.kinderschutz-zentren.org/qualifizierung

Bundesärztekammer. (o. J.). *Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern: Früherkennung und Prävention als ärztliche Aufgabe*. Abgerufen am 28. August 2020 von https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kindesmisshandlung/

Bundesärztekammer. (2013). *(Muster-)Fortbildungsordnung 2013*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/_Muster-_Fortbildungsordnung_29052013.pdf

Bundesärztekammer. (2019). *(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2018). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes: VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien*. https://www.bmfsfj.de/blob/93140/78b9572c1bffdda3345d8d393acbbfe8/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf

Butchart, A. & Kahane, T. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.* World Health Organisation, International Society for Prevention of Child Abuse. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf;jsessionid=65D261E3C1B44FFA50B4A5440A39E824?sequence=1

Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C. & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), Artikel 1510278. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1510278

Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. & Mercy, J. A. (2008). Health-Related Quality of Life Among Adults Who Experienced Maltreatment During Childhood. *American Journal of Public Health*, *98*(6), 1094–1100. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119826

de Beurs, D. P., de Groot, M. H., de Keijser, J., Mokkenstorm, J., van Duijn, E., de Winter, R. F. P. & Kerkhof, A. J. F. M. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 446–453. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.046

Deegener, G. & Körner, W. (Hg.). (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*. Hogrefe.

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. (2020a). *Zertifikatslehrgang*. Abgerufen am 11. September 2020 von https://www.dgkim.de/verein/zertifikatslehrgang

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. (2020b). *Zertifizierung & Akkreditierung*. Abgerufen am 11. September 2020 von https://www.dgkim.de/verein/zertifikat

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2019). *ICD-10-GM Version 2020: Band II: Alphabetisches Verzeichnis*. Kohlhammer.

Diehl, L. A., Souza, R. M., Gordan, P. A., Esteves, R. Z. & Coelho, I. C. M. (2017). InsuOnline, an Electronic Game for Medical Education on Insulin Therapy: A Randomized Controlled Trial With Primary Care Physicians. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(3), Artikel e72. https://doi.org/10.2196/jmir.6944

Draper, B., Pfaff, J. J., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Wilson, I. & Almeida, O. P. (2008). Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(2), 262–271. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01537.x

Du, S., Liu, Z., Liu, S., Yin, H., Xu, G., Zhang, H. & Wang, A. (2013). Web-based distance learning for nurse education: a systematic review. *International Nursing Review*, *60*(2), 167–177. https://doi.org/10.1111/inr.12015

Egle, U. T., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. & Cierpka, M. (Hg.). (2016). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (4. Aufl.). Schattauer.

English, D. J., Graham, J. C., Litrownik, A. J., Everson, M. & Bangdiwala, S. I. (2005). Defining maltreatment chronicity: are there differences in child outcomes? *Child Abuse & Neglect*, *29*(5), 575–595. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.009

Fegert, J. M. (2020). Netzwerke im Kinderschutz. In *Kinderschutz in der Medizin - ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe* (Grundlagentext der Lerneinheit "Netzwerke im Kinderschutz"). https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/

Fegert, J. M., Brown, R. C., Harsch, D., Rassenhofer, M. & Hoffmann, U. (2018). *Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning: Webbasierter Wissenstransfer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm.* Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Universitätsklinikum Ulm). https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Bericht_AG_Wissenstransfer_Dissemination_E-Learning.pdf

Fegert, J. M., Eggers, C. & Resch, F. (2012). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2. Aufl.). Springer.

Fegert, J. M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J. & Liebhardt, H. (Hg.). (2015). *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Springer.

Fegert, J. M., Jud, A. & Plener, P. L. (2013). Kinder- und Betroffenenschutz in der Medizin. *Nervenheilkunde*, *32*(11), 834–840. https://doi.org/10.1055/s-0038-1628562

Fegert, J. M., Kölch, M., Neuer, F., Plener, P. L., Schmid, M., Schroer, W., Wolff, M. & Ziegenhain, U. (2018). *Abschlussbericht zum Projekt ECQAT - Entwicklung eines E-Learning-Curriculums zur ergänzenden Qualifikation in Traumapädagogik, Traumatherapie und Entwicklung von Schutzkonzepten und Analyse von Gefährdungsrisiken in Institutionen.* Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Universitätsklinikum Ulm), Hochschule Landshut, Universität Bielefeld.

Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Schneider, T., Seitz, A., Spröber, N. & Schröder, K. (2013). *Sexueller Kindesmissbrauch - Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen: Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann*. Beltz Juventa.

Fegert, J. M. & Stötzel, M. (2016). Child protection: a universal concern and a permanent challenge in the field of child and adolescent mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *10*, Artikel 18. https://doi.org/10.1186/s13034-016-0106-7

Fegert, J. M., Ziegenhain, U. & Fangerau, H. (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe: Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*. Beltz Juventa.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Feng, J.-Y., Chang, Y.-T., Chang, H.-Y., Erdley, W. S., Lin, C.-H. & Chang, Y.-J. (2013). Systematic review of effectiveness of situated e-learning on medical and nursing education. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, *10*(3), 174–183. https://doi.org/10.1111/wvn.12005

Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), 607–619. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment*, *14*(4), 316–329. https://doi.org/10.1177/1077559509347012

Flaherty, E. G., Sege, R., Binns, H. J., Mattson, C. L. & Christoffel, K. K. (2000). Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *154*(5), 489–493. https://doi.org/10.1001/archpedi.154.5.489

Forman-Hoffman, V. L., Middleton, J. C., McKeeman, J. L., Stambaugh, L. F., Christian, R. B., Gaynes, B. N., Kane, H. L., Kahwati, L. C., Lohr, K. N. & Viswanathan, M. (2017). Quality improvement, implementation, and dissemination strategies to improve mental health care for children and adolescents: a systematic review. *Implementation Science*, *12*(1), Artikel 93. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0626-4

Fuchs-Heinritz, W. (Hg.). (2013). *Lexikon zur Soziologie* (5. Aufl.). Springer VS.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D. M., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, *373*(9657), 68–81. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Ginossar, T., Heckman, C. J., Cragun, D., Quintiliani, L. M., Proctor, E. K., Chambers, D. A., Skolarus, T. & Brownson, R. C. (2018). Bridging the Chasm: Challenges, Opportunities, and Resources for Integrating a Dissemination and Implementation Science Curriculum into Medical Education. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, *5*, Artikel 2382120518761875. https://doi.org/10.1177/2382120518761875

Goldbeck, L., Allroggen, M., Münzer, A., Rassenhofer, M. & Fegert, J. M. (2017). *Sexueller Missbrauch*. Hogrefe.

Görgen, A., Griemmert, M. & Fangerau, H. (2013). Kindheit und Trauma: Medikalisierung und Skandalisierung im Umgang mit der Gewalt gegen Kinder. *Trauma & Gewalt*, *7*(3), 218–229. https://www.klett-cotta.de/zeitschrift/Trauma_&_Gewalt/7821

Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M. & Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(4), 500–506. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.005

Graham, I. D. & Tetroe, J. (2007). Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation. *Academic Emergency Medicine*, *14*(11), 936–941. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2007.tb02369.x

Green, L. W., Ottoson, J. M., García, C., Hiatt, R. A. & Roditis, M. L. (2014). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration. *Frontiers in Public Health Services & Systems Research*, *3*(1), 3-12. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100049

Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J. & Fegert, J. M. (2012). *Deutsche Traumafolgekostenstudie: Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?* https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Literaturliste/Publikat_Deutsche_Traumafolgekostenstudie_final.pdf

Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, *108*(17), 287–294. https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0287

Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E. & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, *52*(7), 671–690. https://doi.org/10.1002/dev.20494

Heintze, C., Wirth, L., Welke, J. & Braun, V. (2006). Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *82*(9), 396–401. https://doi.org/10.1055/s-2006-942148

Helfer, M. E., Kempe, R. S. & Krugman, R. D. (Hg.). (1999). *The Battered Child* (5. Aufl.). The University of Chicago Press.

Hellmann, D. F. (2014). *Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland* (Forschungsbericht Nr. 122). https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_122.pdf

Herrenkohl, R. C. (2005). The definition of child maltreatment: from case study to construct. *Child Abuse & Neglect*, *29*(5), 413–424. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.002

Herrenkohl, R. C. & Herrenkohl, T. I. (2009). Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. *Journal of Family Violence*, *24*(7), 485–496. https://doi.org/10.1007/s10896-009-9247-2

Herrmann, B. (25. April 2012). *Geschichte des Kinderschutzes*. (Vortrag). Universitätsklinikum des Saarlandes. 1. Symposium der Kinderschutzgruppe der UKS Homburg, Bad Homburg, Deutschland. http://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Kinder_und_Jugenmedizin/Kinderklinik/kinderschutz/Veranstaltungen/2012/Herrmann-Geschichte-Homburg-25.4.2012.pdf

Herrmann, B. (2019). Kinderschutz in der Medizin – ein neues Fachgebiet? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *167*(10), 854–855. https://doi.org/10.1007/s00112-019-0748-7

Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S. & Thyen, U. (2016). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (3. Aufl.). Springer.

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. (2010). *IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 1) für den schriftlichen Teil des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO vom 27. Juni 2002): Teilkatalog „Grundlagen der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie"*. https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. (2013). *IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2) für schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der ÄÄrztlichen Prüfung und IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2) für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung*. https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html

Jippes, E., Achterkamp, M. C., Brand, P. L. P., Kiewiet, D. J., Pols, J. & van Engelen, J. M. L. (2010). Disseminating educational innovations in health care practice: training versus social networks. *Social Science & Medicine*, *70*(10), 1509–1517. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.035

Jobin, L. (2008). CADTH's Liaison Program. In D. Hailey (Hg.), *IHE report: Effective dissemination of findings from research. A compilation of essays.*

Jud, A. (2018). Kindesmisshandlung: Definition, Ausmaß und Folgen. In J. M. Fegert, M. Kölch, E. König, D. Harsch, S. Witte & U. Hoffmann (Hg.), *Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen: Für die Leitungspraxis in Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule* (S. 49–58). Springer.

Jud, A., Rassenhofer, M. & Fegert, J. M. (2020). Epidemiologie von Kindesmisshandlung. In *Kinderschutz in der Medizin - ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe* (Grundlagentext der Lerneinheit "Epidemiologie von Kindesmisshandlung"). https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/

Kahan, N. R., Kahan, E., Waitman, D.-A., Kitai, E. & Chintz, D. P. (2009). The tools of an evidence-based culture: implementing clinical-practice guidelines in an Israeli HMO. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *84*(9), 1217–1225. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b18c01

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemüller, W. & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, *181*(1), 17–24. https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (Universitätsklinikum Ulm). (2020). *E-Learning Kinderschutz: Online-Kurse zu Themen des Kinderschutzes, der Unterstützung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und belasteter Familien.* Abgerufen am 12. Juni 2020 von https://elearning-kinderschutz.de/

Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *62*(2), 47–51. https://doi.org/10.1055/s-0030-1253494

König, E., Hoffmann, U., Liebhardt, H., Michi, E., Niehues, J. & Fegert, J. M. (2015). Ergebnisse der Evaluation des Online-Kurses "Prävention von sexuellem Missbrauch". In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 15–26). Springer.

Koorts, H., Naylor, P.-J., Laws, R., Love, P., Maple, J.-L. & van Nassau, F. (2020). What hinders and helps academics to conduct Dissemination and Implementation (D&I) research in the field of nutrition and physical activity? An international perspective. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *17*(1), Artikel 7. https://doi.org/10.1186/s12966-020-0909-z

Lahti, M., Kontio, R., Pitkänen, A. & Välimäki, M. (2014). Knowledge transfer from an e-learning course to clinical practice. *Nurse Education Today*, *34*(5), 842–847. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.003

Lai, A. Y., Stewart, S. M., Mui, M. W., Wan, A., Yew, C., Lam, T. H. & Chan, S. S. (2017). An Evaluation of a Train-the-Trainer Workshop for Social Service Workers to Develop Community-Based Family Interventions. *Frontiers in Public Health*, *5*, Artikel 141. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00141

Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (2007). Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study. *Child Maltreatment*, *12*(3), 233–245. https://doi.org/10.1177/1077559507301841

Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R. & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommened data elements.* Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf

Liebhardt, H., König, E., Hoffmann, U., Niehues, J., Rittmeier, J. & Fegert, J. M. (2013). Weiterbildungsbedarf im ärztlichen, psychotherapeutischen und pädagogischen Handlungsfeld im Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch. Ergebnisse einer deutschlandweiten Online-Befragung. *Nervenheilkunde*, *32*(11), 848–855. https://doi.org/10.1055/s-0038-1628559

Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*, *703*, 226-237. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x

Maier, A. (14. September 2018). *Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Kinderschutz: Der Online Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“*. (Vortrag). 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Prävention in der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung, Dresden, Deutschland.

Maier, A., Brown, R. C. & Fegert, J. M. (2018). Knowledge transfer: a worldwide challenge in child mental health: a recommendation to the readership of CAPMH concerning the

revised version of the IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *12*, Artikel 14. https://doi.org/10.1186/s13034-018-0220-9

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2019a). Vor Kindesmisshandlung schützen: Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe. *Ergotherapie und Rehabilitation*, *58*(7), 14–18. https://www.skvdirect.de/ergotherapie-und-rehabilitation/

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2019b). Weiterbildung für Pflegekräfte zum Thema Kinderschutz: Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe". *Kinderkrankenschwester*, *38*(1), 4–9. https://www.kinderkrankenschwester.eu/

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020a). Dissemination von Wissen als Fortbildungsmöglichkeit von Fachkräften in der Medizin: Ein systematisches Literaturreview. *Berufsbildung*, *74*(184), 45–48. https://www.zeitschrift-berufsbildung.de/

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020b). Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz. *Prävention und Gesundheitsförderung.* https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020c). Vermittlung sensibler Themen via E-Learning: Sexueller Missbrauch und Kindesmisshandlung - Erfahrungen mit Herausforderungen und Ansätzen bei der Vermittlung sensibler Themen via E-Learning. *eLearning Journal*. https://www.elearning-journal.com/2020/05/20/vermittlung-sensibler-themen/

Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2018). Ärztliche Kompetenzentwicklung im Kinderschutz durch E-Learning: Das Projekt „Kinderschutz in der Medizin – Ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe". *Nervenheilkunde*, *37*(10), 730–737. https://doi.org/10.1055/s-0038-1674272

Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2019). Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz. *MMW Fortschritte der Medizin*, *161*(Suppl. 4), 1–8. https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0

Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. & Rassenhofer, M. (2020). Dissemination von Wissen in der Medizin - Herausforderungen und Chancen. *Das Krankenhaus*(8), 699–703. https://daskrankenhaus.de/

Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. *GMS Journal for Medical Education*, *37*(1), Artikel 10. https://doi.org/10.3205/zma001303

Malone, M. L., Vollbrecht, M., Stephenson, J., Burke, L., Pagel, P. & Goodwin, J. S. (2010). AcuteCare for Elders (ACE) tracker and e-Geriatrician: methods to disseminate ACE concepts to hospitals with no geriatricians on staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(1), 161–167. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02624.x

Männistö, M., Mikkonen, K., Kuivila, H.-M., Virtanen, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2020). Digital collaborative learning in nursing education: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *34*(2), 280–292. https://doi.org/10.1111/scs.12743

Marburger Bund. (2017). *Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung: Gesamtauswertung. MB-Monitor 2017.* https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/gesamtauswertung-mb-monitor-2017-presse-pk-website.pdf

Marthaler, T., Bastian, P., Bode, I. & Schrödter, M. (2012). *Rationalitäten des Kinderschutzes*. Springer VS.

Maxfield, M. G. & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *150*(4), 390–395. https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170290056009

Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *2*(1), Artikel 6. https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/9684

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Beltz.

McCall, M., Spencer, E., Owen, H., Roberts, N. & Heneghan, C. (2018). Characteristics and efficacy of digital health education: An overview of systematic reviews. *Health Education Journal*, *77*(5), 497–514. https://doi.org/10.1177/0017896918762013

Meissner, H. I., Glasgow, R. E., Vinson, C. A., Chambers, D. A., Brownson, R. C., Green, L. W., Ammerman, A. S., Weiner, B. J. & Mittman, B. (2013). The U.S. training institute for dissemination and implementation research in health. *Implementation Science*, *8*, Artikel 12. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-12

Meysen, T. & Eschelbach, D. (2012). *Das neue Bundeskinderschutzgesetz*. Nomos.

Moggi, F. (2005). Folgen von Kindesmisshandlung: Ein Überblick. In G. Deegener & W. Körner (Hg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch* (S. 94–103). Hogrefe.

Noonan, R. K., Wilson, K. M. & Mercer, S. L. (2012). Navigating the road ahead: public health challenges and the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, *50*(3-4), 572–580. https://doi.org/10.1007/s10464-012-9534-6

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *9*(11), Artikel e1001349. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349

Oeder, S., Thater, A., Lehmann, S., Pühlhofer, F., Wohlgemiut, W. & Nagel, E. (2009). *„Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen?“*. Expertise. Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (Universität Bayreuth). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Kindesmisshandlung.pdf

Osterloh, F. (2015). Krankenhausreform: Der Personalmangel wir bleiben. *Deutsches Ärzteblatt International*, *112*(45), A-1859 / B-1537 / C-1497. https://www.aerzteblatt.de/archiv/172845/Krankenhausreform-Der-Personalmangel-wird-bleiben#comments

Paiva, E. F. & Rocha, A. T. C. (2009). Como implementar uma diretriz da teoria à prática: exemplo da profilaxia para tromboembolismo venoso [How to implement a guideline from theory to practice: the example of the venous thromboembolism prophylaxis]. *Acta Medica Portuguesa*, *22*(1), 21–32. http://www.actamedicaportuguesa.com/

Pechtel, P. & Pizzagalli, D. A. (2010). Effects of Early Life Stress on Cognitive and Affective Function: An Integrated Review of Human Literature. *Psychopharmacology*, *214*(1), 55–70. https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2

Plener, P. L., Rodens, K. P. & Fegert, J. M. (2016). „Ein Klaps auf den Hintern hat noch niemandem geschadet“: Einstellungen zu Körperstrafen und Erziehung in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.: Schwerpunktbroschüre Kinder- und Jugendschutz*, 20–25. https://www.stiftung-kind-und-jugend.de/fileadmin/pdf/BVKJ_Kinderschutz_0616_Beitrag_Umfrage_2.pdf

Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D. A., Glisson, C. & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health*, *36*(1), 24–34. https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4

Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U., Hammerschmidt, A., Köhnlein, R., Puppe, J., Tress, F., Uden, T. & Nienhaus, A. (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *63*(1), 113–121. https://doi.org/10.1007/s00103-019-03057-y

Rassenhofer, M., Hoffmann, U., Hermeling, L., Berthold, O., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2020). *Misshandlung und Vernachlässigung*. Hogrefe Verlag.

Reinhardt, A. (9. März 2019). *Vor 180 Jahren: Kinderarbeit in Preußen reglementiert.* Deutschlandfunk. Abgerufen am 03. April 2020 von https://www.deutschlandfunk.de/vor-180-jahren-kinderarbeit-in-preussen-reglementiert.871.de.html?dram:article_id=442969

Rothenberg, E., Wolk, M., Scheidt, S., Schwartz, M., Aarons, B. & Pierson, R. N. (1982). Continuing medical education in New York County: Physician attitudes and practices. *Journal of Medical Education*, *57*(7), 541–549. https://doi.org/10.1097/00001888-198207000-00006

Ruf, D., Berner, M. M., Kriston, L. & Härter, M. (2008). E-Learning--eine wichtige Unterstützung in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *51*(9), 1061–1069. https://doi.org/10.1007/s00103-008-0635-1

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der*

Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin. http://www.psyc.de/skalendoku.pdf

Schwier, F., Manjgo, P. & Kieslich, M. (2019). Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *167*(10), 856–867. https://doi.org/10.1007/s00112-019-0751-z

Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F. & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment.* World Health Organisation, Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1

Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment.* World Health Organisation, Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1

Shin, S. H., Miller, D. P. & Teicher, M. H. (2012). Exposure to Childhood Neglect and Physical Abuse and Developmental Trajectories of Heavy Episodic Drinking from Early Adolescence into Young Adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, *127*(0), 31–38. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.005

Sigad, L. I., Beker, G., Lev-Wiesel, R. & Eisikovits, Z. (2019). “Alone with our interpretations”: Uncertainty in child abuse intervention among healthcare professionals. *Children and Youth Services Review*, *100*, 206–213. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.027

Smeekens, A. E. F. N., Broekhuijsen-van Henten, D. M., Sittig, J. S., Russel, I. M. B., ten Cate, O. T. J., Turner, N. M. & van de Putte, E. M. (2011). Successful e-learning programme on the detection of child abuse in emergency departments: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(4), 330–334. https://doi.org/10.1136/adc.2010.190801

Söhner, F. (2020). Historie des medizinischen Kinderschutzes. In *Kinderschutz in der Medizin - ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe* (Grundlagentext der Lerneinheit "Historie des medizinischen Kinderschutzes"). https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. & van IJzendoorn, M. H. (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *21*(8), 870–890. https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology: Journal International de Psychologie*, *48*(2), 81–94. https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165

Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Homish, D. L. & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 941–955. https://doi.org/10.1017/S0954579401004102

Tan, S. M. K., Nor, N. K., Fong, L. S., Wahab, S., Marimuthu, S. & Fong, C. L. (2015). Early maltreatment and exposure to violence. In J. M. Rey & A. Martin (Hg.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (2. Aufl.). https://iacapap.org/content/uploads/B.1-CHILD-MALTREATMENT-0720121.pdf

Terra, B. B., de Figueiredo, E. A., de Oliveira Lima Terra, M. P. E., Andreoli, C. V. & Ejnisman, B. (2013). Child abuse: review of the literature. *Revista Brasileira de Ortopedia*, *48*(1), 11–16. https://doi.org/10.1016/j.rboe.2012.03.001

Travel Team Sweden AB. (2020). *Inter-CAP: An International Course on Child Abuse Paediatrics*. Abgerufen am 22. Mai 2020 von https://www.trippus.se/web/presentation/web.aspx?evid=16j8P9IPPRNn0g/SdhGzgg==&ecid=vb/uss1DBpbkWZLTmcWRCA==&ln=eng&view=category&template=Desktop

Turner, W., Franic, T., Pranic, S., Adeloye, D., Divakar, U., Nazeha, N., Posadzki, P., Jarbrink, K., Bajpai, R., Ho, A. H. Y., Campbell, J., Feder, G. & Car, J. (2019). Digital Education of Health Professionals on the Management of Domestic Violence: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(5), Artikel e13868. https://doi.org/10.2196/13868

Tyrka, A. R., Burgers, D. E., Philip, N. S., Price, L. H. & Carpenter, L. L. (2013). The neurobiological Correlates of Childhood Adversity and Implications for Treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(6), 434–447. https://doi.org/10.1111/acps.12143

United Nations (Hg.). (o. J.). *17 Goals to Transform Our World*. Abgerufen am 14. Februar 2020 von https://www.un.org/sustainabledevelopment/

Urban und Fischer. (2003). *Roche Lexikon Medizin*. Abgerufen am 04. September 2020 von https://www.roche.de/lexikon/index.htm?userInput=Suche%2520im%2520Roche%2520Lexikon&loc=www.roche.de.de.

USUMA GmbH (Hg.). (o. J.). *USUMA - Markt- und Sozialforschung: Was ist gefragt? Wohin geht der Trend? Wir klären auf.* Abgerufen am 18. März 2020 von http://www.usuma.com/ueber_uns/_3

Vaona, A., Banzi, R., Kwag, K. H., Rigon, G., Cereda, D., Pecoraro, V., Tramacere, I. & Moja, L. (2018). E-learning for health professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*(1), Artikel CD011736. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011736.pub2

Verlag Bibliographisches Institut GmbH. (o. J.). *Dis-se-mi-na-ti-on: Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. Abgerufen am 04. September 2020 von https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Dissemination

Vollmar, H. C., Santos, S., de Jong, A., Meyer, G. & Wilm, S. (2017). Wie gelangt Wissen in die Versorgung? Implementierungsforschung und Wissenszirkulation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *60*(10), 1139–1146. https://doi.org/10.1007/s00103-017-2612-z

Walter, U., Nöcker, G., Pawils, S., Robra, B. P., Trojan, A., Franz, M., Grossmann, B., Schmidt, T.-A., Lehmann, H., Bauer, U., Göpel, E., Janz, A., Kuhn, J., Naegele, G.,

Müller-Kohlenberg, H., Plaumann, M., Stender, K.-P., Stolzenberg, R., Süß, W., Trenker, M., Wanek, V. & Wildner, M. (2015). Memorandum - Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. *Gesundheitswesen*, *77*(5), 382–388. https://doi.org/10.1055/s-0035-1549949

Walter, U., Nöcker, G., Plaumann, M., Linden, S., Pott, E., Koch, U., Pawils, S., Altgeld, T., Dierks, M. L., Frahsa, A., Jahn, I., Krauth, C., Pomp, M., Rehaag, R., Robra, B. P., Süß, W., Töppich, J., Trojan, A., von Unger, H., Wildner, M. & Wright, M. (2012). Memorandum zur Präventionsforschung - Themenfelder und Methoden. *Gesundheitswesen*, *74*(10), e99-e113. https://doi.org/10.1055/s-0032-1327759 (Langfassung).

Weber, S., Jud, A. & Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. *Quality of Life Research*, *25*(2), 237–255. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5

Weltärztebund. (2017). *Deklaration von Genf*. Abgerufen am 28. August 2020 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, *244*(4901), 160–166. https://doi.org/10.1126/science.2704995

Widom, C. S. (2014). Longterm consequences of child maltreatment. In J. E. Korbin & R. D. Krugman (Hg.), *Handbook of Child Maltreatment.* Springer.

Wilkesmann, M. (2009). *Wissenstransfer im Krankenhaus: Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen*. Springer VS.

Wissenschaftsrat. (2016). *Wissens- und Technologietransfer als Gegenstand institutioneller Strategien*. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5665-16.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Witt, A. (2018). *Prävalenz, Verlauf und Folgen multipler und kombinierter Typen von Kindesmisshandlung* [Dissertation]. Universität Ulm. https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/15679/Diss_Witt.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*, Artikel 47. https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0

Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C. & Fegert, J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *12*, Artikel 24. https://doi.org/10.1186/s13034-018-0232-5

Witt, A., Münzer, A., Ganser, H. G., Fegert, J. M., Goldbeck, L. & Plener, P. L. (2016). Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse & Neglect*, *57*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.05.001

Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2019). The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt International*, *116*(38), 635–642. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635

Wolff, R. (2010). Kinderschutz. In G. Kohaupt (Hg.), *Von der Konfrontation zum Dialog: Kindesmisshandlung - Kinderschutz - Qualitätsentwicklung* (S. 307–313). Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren.

World Health Organisation, Regional Office for Europe. (2020). *Gewalt gegen Kinder: Bekämpfung versteckten Kindesmissbrauchs*. Abgerufen am 31. Januar 2020 von https://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/news/news/2020/01/violence-against-children-tackling-hidden-abuse

Ziegenhain, U., Künster, A. K. & Besier, T. (2016). Gewalt gegen Kinder. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(1), 44–51. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2271-x

Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. & Johnsen, M. (1993). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology*, *31*(2), 173–202. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1993.tb01127.x

7. Anhang

7.1. Publikationen der kumulativen Dissertation

7.1.1. Publikation A: Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz

Darstellung des Eigenanteils:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projektes, Entwicklung des Forschungsdesigns, Hauptverantwortung für Datenpflege, -bereinigung und -auswertung, Durchführung der Datenauswertung sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskriptes inkl. der Erstellung von Tabellen und Abbildungen, Umsetzung der Anmerkung von Co-Autor*innen und Peer-Reviewer*innen, Korrekturlesen der Druckfahne.

Referenz:

Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2019). Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz. MMW Fortschritte der Medizin, 161(Suppl. 4), 1–8. https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0

Nachdruck mit Genehmigung von Springer Nature: Springer Medizin Verlag GmbH, MMW – Fortschritte der Medizin, Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M., Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz., 161(Suppl. 4), 1–8, https://doi.org/10.1007/s15006-019-0287-0, Copyright (2019). https://www.springermedizin.de/mmw-fortschritte-der-medizin/9284684

Kinderschutz in der Medizin

E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz

Von A. Maier, U. Hoffmann und J. M. Fegert

Der europäische Aktionsplan zur Prävention von Kindesmisshandlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zum Ziel, bis 2020 Misshandlungen und Tötungsdelikte bei Kindern um 20% zu senken [1]. Kindesmisshandlung umfasst dabei verschiedene Formen: sexuellen Missbrauch, physische und emotionale Gewalt und physische und emotionale Vernachlässigung [2]. Jede dieser Formen führt zu Stress während der Kindheitsentwicklung und ist somit ein signifikanter Risikofaktor für (nicht-)affektive Psychosen, wie z. B. Depressionen, bipolare Erkrankungen und Schizophrenie, aber auch somatische und soziale Folgeerscheinungen, welche sich in der Kindheit entwickeln und ein ganzes Leben bestehen können und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem dauerhaft anheben [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Kindesmisshandlung ist somit eine der Hauptursachen für gesundheitliche Ungleichheit und soziale Ungerechtigkeit [1].

Eine aktuelle Studie zeigt, dass in Deutschland ca. 30% im Laufe von Kindheit und/oder Jugend Opfer mindestens einer Misshandlungsform werden und diese Prävalenzen auch in den vergangenen Jahren nicht abgenommen haben [15]. Ärztinnen und Ärzte gehören zu den privilegierten Erstansprechpartner(inne)n bei Misshandlungserfahrungen und spielen im institutionellen Kinderschutz deshalb eine wichtige Rolle. Neben Kinder- und Jugendärzt(inn)en kommt aber z. B. auch Hausärzt(inn)en eine wichtige Rolle beim Erkennen von Kindesmisshandlung zu. Angesichts der hohen Prävalenzen muss zudem davon ausgegangen werden, dass alle Gesundheitsfachkräfte immer wieder mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen, die Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch erleben oder erlebt haben [16, 17]. Eine Untersuchung von Fort- und Weiterbildungsangeboten zu sexuellem Kindesmissbrauch zeigt allerdings, dass 85% der befragten Gesundheitsfachkräf-

Anna Maier, M.Sc. Public Health, Dr. hum. biol. Ulrike Hoffmann, Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm

This article is part of a supplement not sponsored by the industry.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Akteure im Kinderschutz, welcher eine anhaltende gesellschaftliche Herausforderung ist. Jedoch bestehen in der Praxis häufig noch Unsicherheiten bezüglich des Vorgehens bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung. Fortbildung kann dabei helfen, diesen Unsicherheiten zu begegnen und sie zu beseitigen. Daher wird derzeit in einem Projekt, welches vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" entwickelt und evaluiert.

Methode: Der Online-Kurs ist modular aufgebaut und vermittelt Wissen und Kompetenzen im Kinderschutz mittels theoretischer und praxisorientierter Methoden. Die Begleitforschung zum Kurs evaluiert die Kursinhalte, den Transfer der Inhalte in die Berufspraxis und die Veränderung von Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz durch Bearbeitung des Kurses.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Insgesamt haben 280 (76,5%) der 366 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte den Kurs bisher abgeschlossen. Die Absolvent(inn)en zeigten eine große Zufriedenheit mit dem Kurs und dessen Inhalten. In der Selbsteinschätzung zeigte sich ein Zuwachs an Wissen (Cohen's $d = 1{,}4$; $p < 0{,}001$), Handlungskompetenz (Cohen's $d = 1{,}1$; $p < 0{,}001$) und Selbstwirksamkeit (Cohen's $d = 0{,}7$; $p < 0{,}001$). 77% der Absolvent(inn)en haben ihr Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung bereits geändert und 97% würden den Kurs an Kolleg(inn)en weiterempfehlen. Der Online-Kurs ist somit eine hochwertige und wissenschaftlich evaluierte Möglichkeit für Ärztinnen und Ärzte Kompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin zu erwerben.

Schlüsselwörter: Kinderschutz – Basiswissen – Ärztinnen/Ärzte – Fortbildung – E-Learning

Eingereicht am 23.10.2018 – Revision akzeptiert am 30.01.2019

Belegexemplar

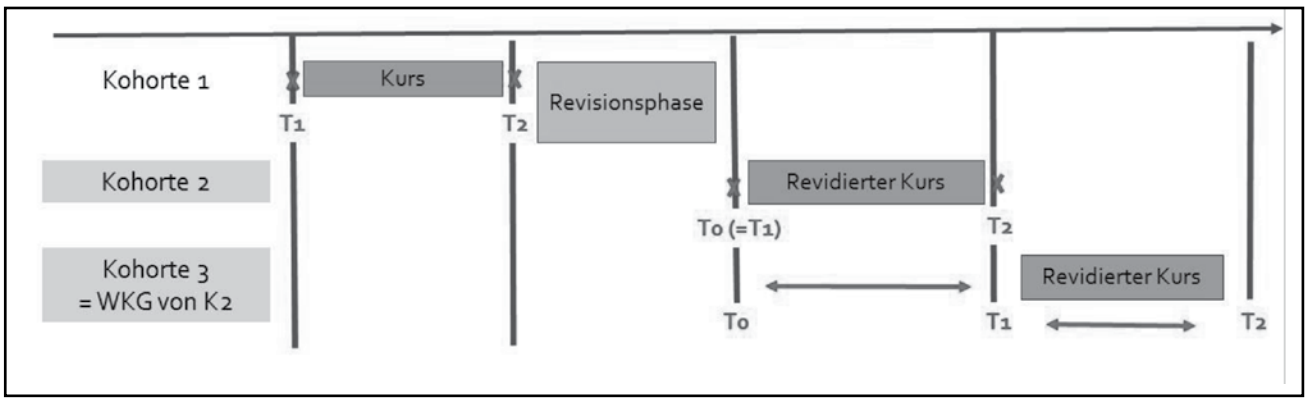


Abb. 1: **Forschungsdesign des Online-Kurses (WKG = Wartekontrollgruppe, T0 = Baseline, T1 = Befragung vor Beginn der Kursbearbeitung, T2 = Befragung nach erfolgreichem Abschluss der Kursbearbeitung).**

te in ihrem Berufsalltag schon einmal mit einem oder mehreren Fällen von sexuellem Missbrauch konfrontiert gewesen sind. Allerdings fühlten sich lediglich 29% von diesen sehr oder eher sicher im professionellen Umgang mit einem solchen Fall [18]. Die WHO geht insgesamt davon aus, dass 90% der Misshandlungsfälle in Institutionen wie Kliniken oder Praxen nicht wahrgenommen werden [19]. Dabei hebt sie selbst hervor, dass Kinderschutz zunehmend ein Thema der öffentlichen Gesundheit werden muss und es einer nachhaltigen, systematischen, multidisziplinären und evidenzbasierten Prävention bedarf [1].

Gesetzeslage

In den letzten Jahren sind im Bereich des Kinderschutzes in der Medizin in Deutschland zahlreiche Maßnahmen und Gesetzesänderungen in Kraft getreten. So gibt es im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes (§ 4 KKG) eine Befugnisnorm bzgl. der Geheimnisweitergabe und einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft für Berufsgeheimnisträger(innen) in einem Kinderschutzfall. Zudem hat beispielsweise das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ICD-10-Codes im Krankenhaus für die Klassifizierung von Diagnosen im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung verwendet werden können und einen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für die Abklärung von Kindesmisshandlung und Fragen der Kindergesundheit eingeführt [20].

Viele dieser Änderungen sind bei Ärzt(inn)en noch zu wenig bekannt, was zu Unsicherheiten bzgl. der Handlungsbefugnis und inadäquaten Reaktionen in einem Verdachtsfall führt. Daher ist eine effektive und nachhaltige Fortbildung von Ärzt(inn)en zum Thema Kinderschutz in der Medizin unbedingt notwendig.

Kinderschutzhotline und Online-Kurs

In Deutschland gibt es seit 2017 die „Medizinische Kinderschutzhotline", welche als kostenfreies und 24 Stunden erreichbares telefonisches Beratungsangebot Angehörige der Heilberufe bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung unterstützt (https://www.kinderschutzhotline.de/) [21]. Als paralleles Qualifizierungsangebot zum Thema Kinderschutz in der Medizin wird aktuell unter Förderung des BMG der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm entwickelt (https://www.grundkurs.elearning-kinderschutz.de). Der aktuelle Statusbericht der WHO zur Prävention von Kindesmisshandlung in Europa (European status report on preventing child maltreatment) hebt die beiden Projekte als bedeutende nationale Maßnahmen im medizinischen Kinderschutz hervor [1].

An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Ulm werden seit circa zehn Jahren in der Arbeitsgruppe „Wissenstransfer, Dissemination & E-Learning" Online-Kurse entwickelt, der Schwerpunkt liegt dabei auf Themen des Kinderschutzes wie sexueller Missbrauch, Misshandlung und Traumatisierung. Die Begleitforschung der verschiedenen Projekte hat immer wieder die Eignung von E-Learning zur Vermittlung der Thematik bestätigt [22].

Des Weiteren haben Studien gezeigt, dass E-Learning allgemein im medizinischen Bereich und auch speziell für das Thema Kinderschutz ein geeignetes Medium ist [23, 24]. Gerade im Gesundheitswesen, mit dem hohen Anteil an weiblichen Fachkräften und einer hohen Arbeitsbelastung, stellt E-Learning aufgrund seiner zeitlich und räumlich flexiblen Nutzbarkeit eine wesentliche Aus-, Fort- und Weiterbildungskomponente dar. Deswegen ist der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe", welcher seit Juni 2015 entwickelt wird, für alle ärztlichen Berufsgruppen ein interessantes und wichtiges Fortbildungsangebot. Ziel des Online-Kurses ist es, Gesundheitsfachkräften eine Übersicht über Epidemiologie und Diagnostik der Formen von Kindesmisshandlung, die aktuelle Rechtslage und die gesetzlichen Regelungen zu geben. Durch die enge Zusammenarbeit mit der „Medizinischen Kinderschutzhotline" können immer wieder aktuelle

Belegexemplar

Themen und Fälle im Online-Kurs aufgegriffen werden.

Der Bearbeitungsaufwand des Kurses umfasst circa 30 Stunden. Die Teilnehmenden haben dafür sechs Monate lang Zeit und können sich die Bearbeitung der Kursinhalte frei einteilen. Somit ist eine Absolvierung des Kurses flexibel neben der regulären Arbeit möglich. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat den Kurs mit 36 CME-Punkten zertifiziert.

Die vorliegende Arbeit präsentiert die Ergebnisse der begleitenden Kursevaluation für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte bzgl. Kompetenzzuwachs durch die Bearbeitung des Kurses, Probleme und Chancen des bestehenden Kursangebotes und die Zufriedenheit der Absolvent(inn)en. Ärztliche Psychotherapeut(inn)en wurden auf Grund ihres therapeutischen Arbeitsschwerpunktes für diese Auswertung nicht berücksichtigt.

Tab. 1: **Tätigkeitsfelder der Absolvent(inn)en (Mehrfachnennungen möglich)**

Einrichtung	n	% von 280
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	25	8,99
Klinik für Psychiatrie	5	1,8
Klinik für Psychosomatik	2	0,7
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	106	37,9
Sonstige Klinik	36	12,9
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin	34	12,1
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	1,8
Praxis für Psychotherapie (Erwachsene)	1	0,4
Sonstige Praxis	17	6,1
Öffentlicher Gesundheitsdienst	51	18,2
Jugendhilfe	3	1,1
Sozial pädiatrisches Zentrum	12	4,3
Sonstige Eirichtung	12	4,3
Aktuell in keiner Einrichtung tätig	2	0,7

Tab. 2: **Beurteilung der Notwendigkeit des Kursangebotes**

Item[1]	MW	SD
Angebot an Fortbildungen zum Thema Kinderschutz in der Medizin ausreichend	2,7	1,0
Wissensstand bei Gesundheitsfachkräften zu Kinderschutz in der Medizin ausreichend	2,5	0,9
Handlungskompetenz bei Gesundheitsfachkräften im Bereich Kinderschutz in der Medizin ausreichend	2,7	0,9
Bedarf an breiterem und flexiblerem Fortbildungsangebot im Bereich Kinderschutz in der Medizin	5,3	0,9
Stärkere Verbreitung der Thematik Kinderschutz in der Medizin notwendig	5,4	0,8

[1]Antwortskala von 1 = „stimme gar nicht zu" bis 6 = „stimme voll und ganz zu";
MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Methode

Im Rahmen des Projektes durchliefen bis dato drei Testkohorten (TK) vollständig den Kurs. Die TK 1 hat den Kurs von Juni bis November 2016, die TK 2 von Mai bis September 2017 und deren Wartekontrollgruppe (WKG) in vergleichbarer Größe und Zusammensetzung direkt anschließend von September 2017 bis Januar 2018 bearbeitet. Seit August 2018 bis September 2020 durchläuft eine vierte TK den Online-Kurs; da diese TK sich noch in der Kursbearbeitung befindet, ist sie nicht Bestandteil dieser Auswertung. Die TK 1 diente primär der Überarbeitung und Optimierung der Lerninhalte, die TK 2 mit WKG dem objektiven Nachweis des Wissenszuwachses durch die Kursbearbeitung. In allen TK wurden dieselben Items mit Hilfe von Fragebögen erhoben (Abb. 1).

Die Kursteilnehmenden wurden über Fachkongresse und -zeitschriften, Newsletter an Teilnehmende vorhergehender Online-Kurse und andere Fortbildungsplattformen im medizinischen Bereich rekrutiert. Teilnehmen konnten Gesundheitsfachkräfte aller Fachrichtungen.

In einer Befragung vor Beginn der Kursbearbeitung wurden Daten zum demografischen und beruflichen Hintergrund der Teilnehmenden, zur Motivation der Teilnahme am Kurs und eine Einschätzung des Wissenstandes im Bereich Kinderschutz abgefragt. Nach der Kursbearbeitung wurde die Zufriedenheit mit dem Kurs, dessen Inhalten und den Rahmenbedingungen der Kursbearbeitung erhoben sowie Fragen zum Thema Transfer und Dissemination der Lerninhalte gestellt. Die Absolvent(inn)en der TK 1 und TK 2 wurden vier Monate nach Kursabschluss nochmals angeschrieben und gebeten, eine Befragung zum Kompetenzzuwachs durch den Kurs auszufüllen. Teilnehmende, die die Kursbearbeitung abbrachen, wurden mit einem gesonderten Fragebogen zu den Gründen des Abbruchs befragt. Die Teilnehmenden der TK 2 und der WKG mussten jeweils zu zwei identischen Zeitpunkten einen Wissenstest zum Thema Kinderschutz ausfüllen, die TK2 hat währenddessen den Online-Kurs bearbeitet, die WKG konnte erst nach dem zweiten Ausfüllen mit diesem starten.

Konstrukte zu Wissen, Handlungs- und emotionaler Kompetenz und Selbstwirksamkeit wurden vor und nach Bearbei-

Belegexemplar

Tab. 3: **Subjektive Einschätzung von Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz vor und nach Bearbeitung des Kurses (t-Test für verbundene Stichproben; n = 280)**

	Vor Bearbeitung des Kurses		Nach Bearbeitung des Kurses		Effektstärke nach Cohen (d)	Signifikanz (p)
	MW	SD	MW	SD		
Wissen (Score[1])	27,3	6,4	35,8	5,2	1,4	0,000**
Handlungskompetenz bei Kindesmisshandlung[2]	3,5	0,9	4,5	0,8	1,1	0,000**
Emotionale Kompetenz (Score[3])	27,1	3,8	28,1	4,0	0,3	0,000**
Selbstwirksamkeit (Score[4])	24,8	5,3	28,0	4,8	0,7	0,000**

[1]Min: 8; Max: 48; [2]Min: 1; Max: 6; [3]Min: 6; Max: 36; [4]Min: 4; Max: 40; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Signifikant auf dem **1 %- / *10 %-Niveau

tung des Kurses mit den gleichen Items abgefragt. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurden anhand einer 4-stufigen Skala von Schwarzer & Jerusalem erhoben [25]. Die anderen Items wurden überwiegend anhand einer 6-stufigen Likert-Skala erhoben. Diese Items entwickelten sich aus den Evaluationen der vorhergehenden E-Learning Kurse.

Die Angaben zu den verschiedenen Kompetenzen wurden über die verschiedenen Zeitpunkte betrachtet und verglichen. Hierzu wurde ein t-Test für verbundene Stichproben bzw. eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Zur Beurteilung des Einflusses der Bearbeitung des Online-Kurses wurde die Effektstärke nach Cohen (d) genutzt. Die Berechnungen wurden mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS (Version 23.0) durchgeführt [26].

Ergebnisse

Insgesamt haben in den ersten drei TK des Online-Kurses 1.036 Gesundheitsfachkräfte an dem Online-Kurs teilgenommen, 701 (67,7%) haben den Kurs erfolgreich abgeschlossen. Von den 1.036 Teilnehmenden waren 366 (35,3%) Ärztinnen und Ärzte, von diesen haben wiederum 280 (83,3%) den Kurs absolviert. 78,9% (n = 221) der ärztlichen Absolvent(inn)en waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 43,5 Jahren (Standardabweichung [STDW] = 9,9). Die durchschnittliche Berufserfahrung war 13,8 Jahre (STDW = 10,5). Der überwiegende Anteil der ärztlichen Absolvent(inn)en ist in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. Aber auch niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte nahmen häufig am Kursangebot teil (Tab. 1). 38,9% der ärztlichen Absolvent(inn)en (n = 109) haben in ihrer Einrichtung eine Leitungsfunktion inne.

Die Teilnehmenden konnten anhand einer 6-stufigen Skala die eigene Berufserfahrung im Kinderschutz und die Motivation am Online-Kurs teilzunehmen einschätzen (1 = sehr niedrig; 6 = sehr hoch). Die Berufserfahrung hat dabei einen Mittelwert (MW) von 3,3 (STDW = 1) und für die Motivation von 4,9 (STDW = 1,3). 271 (96,8%) der ärztlichen Absolvent(inn)en gaben an, mehr Wissen zum Thema für ihren Berufsalltag zu benötigen und für 29,3% (n = 82) ist der Online-Kurs die einzige Fortbildungsmöglichkeit zum Thema „Kinderschutz in der Medizin".

Fortbildungsbedarf zu Kinderschutz in der Medizin

Zu Beginn des Kurses wurden die Teilnehmenden gebeten, den Fortbildungsbedarf zu Kinderschutz in der Medizin anhand verschiedener Items mit Hilfe einer 6-stufigen Skala zu beurteilen. Dabei zeigte sich, dass sowohl der Wissensstand und die Handlungskompetenz im Bereich Kinderschutz unter Gesundheitsfachkräften als auch das Angebot an Fortbildungen zu Kinderschutz und der Zugang zu diesen als eher schlecht eingeschätzt wurden. Die Verbreitung der Thematik unter Gesundheitsfachkräften wurde dementsprechend als wichtig erachtet (Tab. 2).

Es zeigt sich also durchweg die Notwendigkeit einer Fortbildungsmöglichkeit zum Thema Kinderschutz für Gesundheitsfachkräfte.

Evaluation des Kursangebotes und der Lerninhalte

Nach der Bearbeitung des Kurses sollten die ärztlichen Absolvent(inn)en Aufbau und Inhalte des Kurses beurteilen. Dabei haben 205 (73,2%) das inhaltliche Niveau des Kurses und 194 (69,3%) der ärztlichen Absolvent(inn)en die Tiefe der Inhalte als genau angemessen evaluiert. 22,5% (n = 63) bzw. 24,6% (n = 69) schätzten Niveau und Tiefe als eher hoch bzw. eher spezifisch ein. Lediglich drei (1,1%) Absolvent(inn)en schätzten Niveau oder Tiefe der Inhalte als zu schwierig für die Zielgruppe ein.

22,9% (n = 64) der ärztlichen Absolvent(inn)en gaben an, zwischen 26 und 30 Stunden für die Kursbearbeitung benötigt zu haben. Dies entspricht der angenommenen Bearbeitungsdauer von 30 Stunden für den Kurs (Abb. 2).

Für 95,7% (n = 268) hat sich der zeitliche Aufwand für die Absolvierung des Kurses

Belegexemplar

gelohnt. 95,4% (n = 267) halten E-Learning für eine geeignete Form sich zu Kinderschutz in der Medizin fortzubilden.
94,3% (n = 264) der ärztlichen Absolvent(inn)en bezeichneten die Lerninhalte des Online-Kurses als relevant für ihre berufliche Tätigkeit, 73,9% (n = 207) konnten diese bereits in ihrem Berufsalltag anwenden und 76,8% (n = 215) haben ihr Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung auf Basis des Gelernten verändert. 272 (97,1%) der 280 ärztlichen Absolvent(inn)en würden den Kurs an Kolleg(inn)en weiterempfehlen.

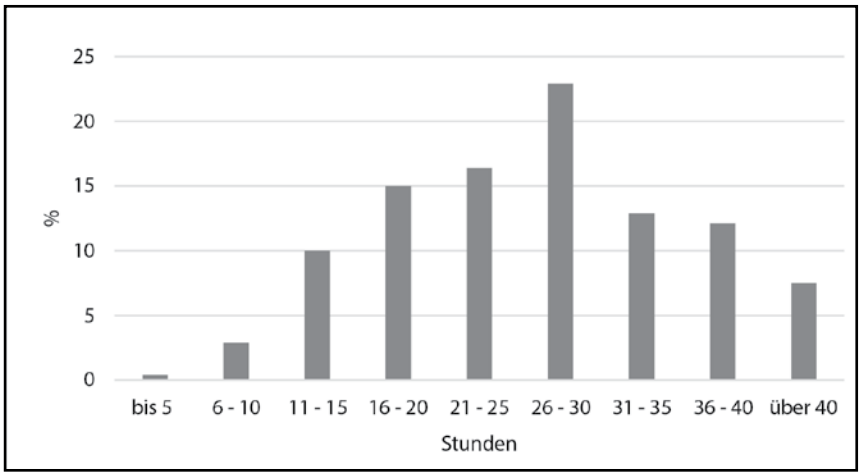


Abb. 2: **Zeitbedarf für die Absolvierung des Online-Kurses.**

Zuwachs an Wissen und Kompetenzen im Kinderschutz

Bei der Durchführung eines t-Tests für verbundene Stichproben zeigt sich, dass es einen signifikanten (jeweils $p < 0{,}001$) Zuwachs an Wissen, Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit durch die Bearbeitung des Kurses gibt. Wissen und Handlungskompetenz zeigen jeweils einen sehr starken Effekt (Cohen's d = 1,4 [Wissen] bzw. Cohen's d = 1,1 [Handlungskompetenz]). Die Effektstärke der Selbstwirksamkeit ist zwar schwächer, aber immer noch als stark zu interpretieren (Cohen's d = 0,7). Ein signifikanter Zuwachs zeigt sich auch bei emotionaler Kompetenz ($p < 0{,}001$), allerdings nur ein mittelschwacher Effekt (Cohen's d = 0,3) (Tab. 3).
In TK 1 und TK 2 wurden die Absolvent(inn)en vier Monate nach Kursabschluss erneut zu Wissens- und Kompetenzstand im Kinderschutz befragt. Somit konnte der Zuwachs von Wissen und anderen Kompetenzen im Kinderschutz auch noch nach der aktiven Bearbeitung des Online-Kurses verfolgt werden. Der Zuwachs an Wissen und Kompetenzen im Kinderschutz ist auch über diese drei Zeitpunkte hinweg signifikant. Vor allem bei Wissen und Handlungskompetenz zeigt sich wieder ein sehr starker (Cohen's d = 1,01 [Wissen]) und starker (Cohen's d = 0,85 [Handlungskpmpetenz]) Zusammenhang (Tab. 4 und Abb. 3).
Auch der Wissenstest zeigte einen signifikanten Zuwachs des Wissens durch die Bearbeitung des Online-Kurses ($p < 0{,}001$; Cohen's d = 0,34), welcher sich bei der WKG nicht zeigte.

Verbreitung der Lerninhalte des Kurses im Kolleg(inn)enkreis

Über die Hälfte der Absolvent(inn)en (57,1%; n = 160) haben Inhalte und Materialien des Online-Kurses bereits an Kolleg(inn)en weitergegeben. Als die häufigsten Gründe hierfür wurden die Eignung der Inhalte und Materialien des Kurses zur Dissemination (98,1%; n = 157) und der bestehende Fortbildungsbedarf zur Thematik im Kolleg(inn)enkreis angegeben (96,3%; n = 154). Die Weitergabe der Lerninhalte hat überwiegend im informellen Rahmen stattgefunden (Abb. 4).
Die verbleibenden 120 ärztlichen Absolvent(inn)en konnten sich ebenfalls fast alle (98,3%; n = 118) vorstellen die Inhalte in Zukunft zu disseminieren. Der häufigste Grund, warum bisher keine Dissemination der Lerninhalte stattgefunden hatte, waren zeitliche Gründe bei den Absolvent(inn)en selbst (64,2%; n = 77) und deren Kolleg(inn)en (69,1%; n = 83).

Gründe für den Abbruch der Kursbearbeitung

Von den 366 ärztlichen Teilnehmenden haben 84 (23%) die Kursbearbeitung nicht abgeschlossen und 2 (0,5%) den Kurs nicht bestanden. 25 (29,1%) dieser Ärztinnen und Ärzte haben den Evaluationsfragebogen für Abbrecher(innen) ausgefüllt.
Die häufigsten Gründe der Ärztinnen und Ärzte für den Abbruch der Kursbearbeitung waren zeitliche Gründe beruflicher (68%; n = 17) und privater Natur (72%; n = 18). 8% (n = 2) der ärztlichen Abbrecher(innen) gaben an, das Kursniveau als nicht angemessen empfunden zu haben und für vier der ärztlichen Abbrecher(innen) (16%) passten die Inhalte nicht zum beruflichen Alltag.

Schlussfolgerungen

Die anhaltend hohe Prävalenz von Kindesmisshandlung zeigt dessen Aktualität und gesellschaftliche Herausforderung und somit die Wichtigkeit von Kinderschutz [15]. Gerade Fachkräfte in der Medizin zählen zu wichtigen Erstansprechpartner(inne)n bei Kindesmisshandlung. Des Weiteren gibt es stetige (z. B. rechtliche, gesundheitspolitische) Neuerungen und Entwicklungen, die Fortbildung unabdingbar machen [17].
Dass allerdings noch immer große Wissensdefizite und Unsicherheiten bzgl. Kinderschutz in der Medizin bestehen, zeigt die Befragung zum Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – Ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“

Belegexemplar

Tab. 4: **Einschätzung von Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz vor, direkt nach und vier Monate nach Bearbeitung des Kurses (Einfaktorielle Varianzanalyse [mit Messwiederholung]; n = 96)**

	Vor Bearbeitung des Kurses		Nach Bearbeitung des Kurses		Vier Monate nach Abschluss des Kurses		Effektstärke nach Cohen (d)	Signifikanz (p)
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
Wissen (Score[1])	28,3	6,4	35,3	5,4	34,7	4,9	1,01	0,000**
Handlungs-kompetenz[2]	3,6	0,9	4,5	0,8	4,4	0,7	0,85	0,000**
Emotionale Kompetenz (Score[3])	27,9	3,8	28,8	3,8	27,6	3,9	0,25	0,003**
Selbstwirksamkeit (Score[4])	25,2	5,2	28,1	4,4	27,9	4,2	0,54	0,000**

[1]Min: 8; Max: 48; [2]Min: 1; Max: 6; [3]Min: 6; Max: 36; [4]Min: 4; Max: 40; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Signifikant auf dem **1 %- / *10 %-Niveau

deutlich. Auch andere Studien belegen, dass das Angebot an Fortbildungen im Bereich Kinderschutz in der Medizin zu gering und nicht genug verbreitet ist. Dies entspricht auch den Ergebnissen der Diskussion zum Fortbildungsbedarf von Fachkräften am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch" sowie der Begleitforschung der Unabhängigen Beauftragten Sexueller Kindesmissbrauch [10, 27, 28]. Der überwiegende Anteil der ärztlichen Absolvent(inn)en gab zu Beginn des Kurses an, mehr Wissen und Handlungskompetenz im Bereich Kinderschutz in der Medizin zu benötigen, und für ca. 30% der ärztlichen Absolvent(inn)en war der Kurs zudem die einzige Möglichkeit diese zu erlangen. Der Online-Kurs füllt also eine bestehende Lücke in der Fortbildungslandschaft im medizinischen Bereich.

Die Evaluation des Kurses zeigt außerdem, dass die Lerninhalte als praxisnah und relevant für den Arbeitsalltag von

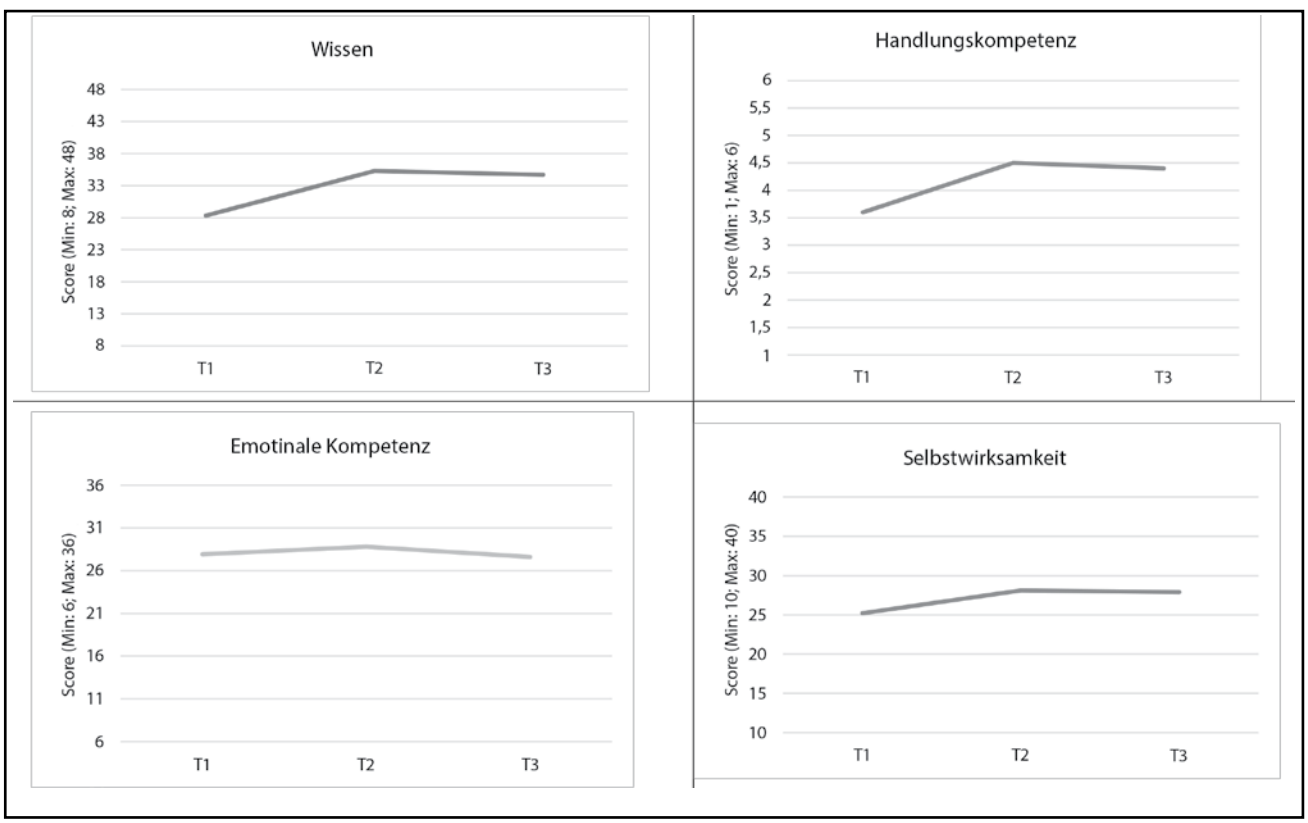


Abb. 3: **Mittelwert von Wissen und Kompetenzen vor, direkt nach und vier Monate nach Bearbeitung des Kurses (Je höher der Wert, desto größer die Zunahme).**

Belegexemplar

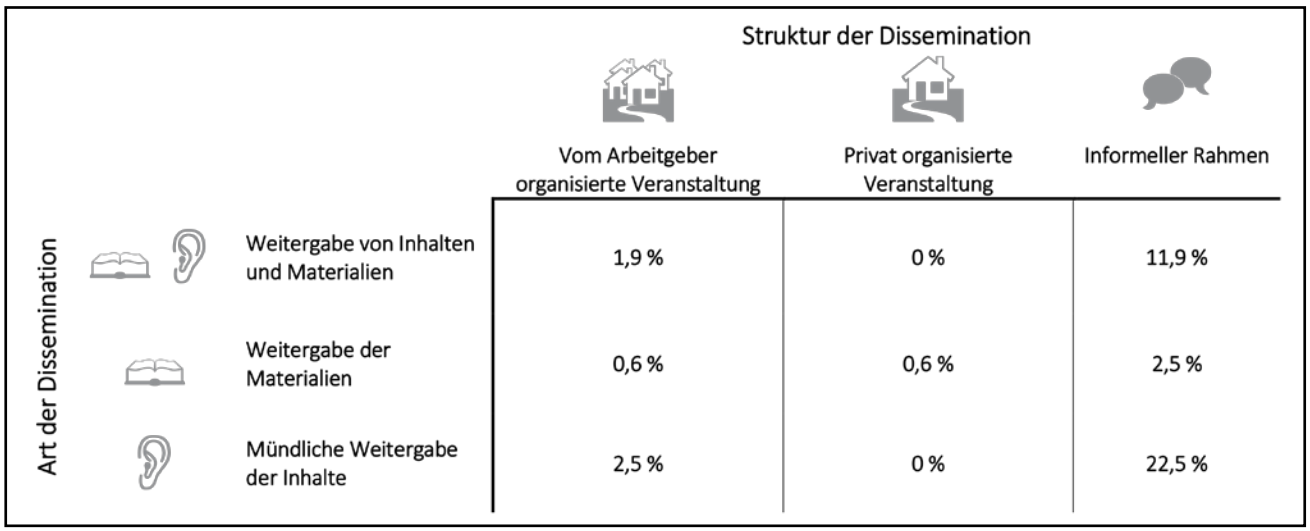


Abb. 4: **Art und Struktur der Dissemination der Inhalte des Online-Kurses (n = 160).**

Ärzt(inn)en beurteilt werden. Drei Viertel haben dementsprechend ihr praktisches Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindesmisshandlung durch die Bearbeitung des Kurses geändert. Durch die Einschätzung der Befragten bzgl. einer Zunahme der eigenen Kompetenzen durch die Bearbeitung des Kurses kann davon ausgegangen werden, dass sich die Handlungssicherheit der Ärztinnen und Ärzte im Kinderschutzfall erhöht hat. Im Bereich der emotionalen Kompetenzen zeigt sich ein eher geringer Zuwachs durch Bearbeitung des Kurses. Allerdings zeigten die Befragten schon vor Beginn des Kurses eine eher hohe emotionale Kompetenz. Dies deutet auf eine bereits für das Thema sensibilisierte Stichprobe hin. Trotzdem gab ein großer Teil der Befragten an, insgesamt mehr Kompetenzen im Bereich Kinderschutz zu benötigen.

Limitationen

Die durchgeführte Studie weist einige Limitationen auf. Zunächst liegt kein repräsentativer Datensatz vor, da die Zielgruppe nicht systematisch rekrutiert werden konnte und es somit vermutlich zu einer Überrepräsentation von besonders an der Thematik interessierten oder engagierten Fachkräften in der Stichprobe kommt. Höhe von Wissen und Kompetenzen wurden zudem via Selbsteinschätzungen erhoben. Der Kurs wurde zwischen TK 1 und TK 2 inhaltlich ergänzt. Die Änderungen waren allerdings moderat und es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Wissens- und Kompetenzzuwachs zwischen TK 1 und TK 2 mit WKG (t-Test für unabhängige Stichproben).

Trotz genannter Limitationen liefern die Ergebnisse bedeutende Erkenntnisse zu Bedarf und Möglichkeiten bzgl. der Fortbildung im Bereich Kinderschutz in der Medizin im Allgemeinen und des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ im Speziellen.

Fazit

Es wird ein insgesamt hoher Fortbildungsbedarf, vor allem auch bei Fachkräften, die noch nicht für das Thema sensibilisiert sind, im Bereich Kinderschutz in der Medizin deutlich. Wissen und Kompetenzen müssen also noch weiter in der Zielgruppe verbreitet werden. Der aktuelle Statusbericht der WHO zur Prävention von Kindesmisshandlung in Europa hebt die Bedeutung des Online-Kurses für die Prävention von Kindesmisshandlung ebenfalls hervor [1].

Die größte Hürde für die Ärztinnen und Ärzte bei der Absolvierung des Kurses waren fehlende zeitliche Ressourcen. Dies spiegelt ein bekanntes Grundproblem im medizinischen Bereich wider. Die ärztlichen Absolvent(inn)en sahen zudem auch im eigenen Kolleg(inn)enkreis noch einen bestehenden Fortbildungsbedarf, aber auch den Mangel an zeitlichen Ressourcen für eine dementsprechende Fortbildung.

Die Teilnahme am Online-Kurs ist bei einer Anmeldung bis einschließlich 19.03.2020 kostenlos. Die Anmeldung ist möglich unter www.grundkurs.elearning-kinderschutz.de/registrierung

Die Dissemination der Lerninhalte durch Absolvent(inn)en des Kurses kann dabei eine Möglichkeit sein, diesem Missstand zu begegnen. Der Großteil der ärztlichen Absolvent(inn)en wäre bereit, Wissen aus dem Kurs im Rahmen einer Disseminationsmaßnahme weiterzugeben. Um die zeitliche Belastung für die Fachkräfte hierbei möglichst gering zu halten, werden im Kurs nun bereits vorgefertigte

Belegexemplar

Materialien zur Dissemination der Lerninhalte im Kolleg(inn)enkreis zur Verfügung gestellt.

Child protection in the medical field – e-learning curriculum for acquiring basic knowledge and competence to act

Background: Physicians are important actors in the field of child protection, which is a continuing societal challenge. In practice, however, there are often still uncertainties regarding the procedure to be taken in the event of (suspected) child abuse. Further training can help to counter these uncertainties and eliminate them. Therefore, the online course "Child protection in the medical field – a basic course for all health professionals" is currently being developed and evaluated in a project funded by the German Ministry of Health.

Method: The online course has a modular structure and imparts knowledge and competences in child protection using theoretical and practice-oriented methods. The accompanying research evaluates the course contents, the transfer of the contents into professional practice and the change of knowledge and competences in the field of child protection by taking part in the course.

Results and Conclusions: A total of 280 (76.5%) of the 366 participating physicians have completed the course so far. The graduates showed a great satisfaction with the course and its contents. Self-assessment showed an increase in knowledge (Cohen's d = 1.4; p < 0.001), competence to act (Cohen's d = 1.1; p < 0.001) and self-efficacy (Cohen's d = 0.7; p < 0.001). 77% of the graduates have already changed their approach to (suspected) child abuse and 97% would recommend the course to colleagues. The online course therefore is a high-quality and scientifically evaluated possibility for health professionals to acquire competences in the field of child protection in medicine.

Keywords: child protection – basic knowledge – physicians – advanced education – e-learning

Ethik

Ein positives Ethikvotum der medizinischen Fakultät der Universität Ulm liegt vor. Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und die Helsinki-Deklaration wurden eingehalten. Die Einwilligung der Proband(inn)en nach Aufklärung liegt vor.

Interessenkonflikt

Prof. Jörg M. Fegert bezog in den letzten fünf Jahren Forschungsförderung von der EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, CJD, Ländersozialministerien, der Bundeswehr, der Landesstiftung Baden-Württemberg, der Päpstlichen Universität Gregoriana, der Volkswagenstiftung, der Diözese Rottenburg-Stuttgart, der Caritas sowie der CJD. Weiterhin bekam er Geld in Form von Reisebeihilfen, Vortragshonoraren, Veranstaltungs- und Ausbildungssponsoring von DFG, AACAP, NIMH/NIH, Goethe Institut, Pro Helvetia, Adenauer-, Böll- und Ebert- Stiftung, Shire, Fachverbänden und Universitäten sowie Ministerien. Für Servier, BMBF und Lundbeck führt Prof. Fegert klinische Prüfungen und Beratertätigkeiten aus. Mindestens jährlich erklärt er seine Interessenkonflikte gegenüber der DGKJP und AACAP. Er hält keine von der Industrie gesponserten Vortragsreihen, besitzt keine Aktien oder Beteiligungen an Pharmafirmen.

Anna Maier und Dr. Ulrike Hoffmann haben keine Interessenkonflikte zu erklären.

LITERATUR

1. Sethi D, Yon Y, Parekh N, et al. European status report on preventing child maltreatment. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2018.
2. Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta (GA) 2008.
3. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophrenia Bulletin 2012; 38(4): 661–671.
4. Schmitt A, Malchow B, Hasan A, Falkai P. The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders. Front Neurosci 2014; 8: 1–10.
5. Davis J, Eyre H, Jacka FN, et al. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. Neurosci Biobehav Rev 2016; 65: 185–194.
6. Habetha S, Bleich S, Weidenhammer J, Fegert JM. A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012; 6(1): 35.
7. Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. Trauma Violence Abuse 2011; 12(1): 38–49.
8. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. Br J Psychiatry 2004; 184: 416–421.
9. Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. Am J Public Health 2008; 98(6): 1094–1100.
10. Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. J Am Geriatr Soc 2008); 56(2): 262–271.
11. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009; 373(9657): 68–81.
12. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012; 9(11): e1001349.
13. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. Am J Psychiatry 2013; 170(10): 1114–1133.
14. Weber S, Jud A, Landolt MA. Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. Qual Life Res 2016; 25(2): 237–255.
15. Witt A, Brown RC, Plener PL, Brähler E, Fegert JM. Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. Child Adolesc Psychiatry Mental Health 2017; 11: 47.
16. Fegert JM. Was Missbrauchsopfer erwarten. MMW Fortschr Med 2011; 153(51-52): 30–32.
17. Fegert JM et al (Hrsg). Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann. Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel 2013.
18. Liebhardt H, Hofer A, Hoffmann U, et al. Die Angebote auf dem Bildungsmarkt. Ein Überblick. Internetbasierte Analyse des Fort- und Weiterbildungsangebots zum Thema „Sexueller Kindesmissbrauch". Sozialmagazin 2012; 37: 40–49.
19. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.
20. Fegert JM, Jud A, Plener PL. Kinder- und Betroffenenschutz in der Medizin. Nervenheilkunde 2013; 32(11): 834–840.
21. Bühring P. Kinderschutz: Kooperation ist unabdingbar. Dtsch Arztebl 2017; 114(41): A-1860 / B-1579 / C-1545.
22. Fegert JM, Brown R, Harsch D, Rassenhofer M, Hoffmann U. Wissenstransfer, Dissemination, E- Learning: 10 Jahre webbasierter Wissenstransfer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm. E-Learning Kinderschutz. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm 2018.
23. Ruf D, Berner MM, Kriston L, Härter M. E-Learning – eine wichtige Unterstützung in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung? Bundesgesundheitsblatt 2008; 51: 1061–1069.
24. König E, Hoffmann U, Liebhardt H, Michi E, Niehues J, Fegert JM. Ergebnisse der Evaluation des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch". In: Fegert JM et al (Hrsg). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer, Berlin 2015, S. 15–24.
25. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M (eds). Measures in health psychology: A user's portfolio. NFER-Nelson, Windsor (UK) 1995, pp 35–37.
26. IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. IBM Corp., Armonk (NY) 2015.
27. Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg). Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. Berlin 2011.
28. Liebhardt H, König E, Hoffmann U, Niehues J, Rittmeier J, Fegert JM. Weiterbildungsbedarf im ärztlichen, psychotherapeutischen und pädagogischen Handlungsfeld im Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch. Ergebnisse einer deutschlandweiten Online-Befragung. Nervenheilkunde 2011; 32: 848–855.

Für die Verfasser:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Ärztlicher Direktor der Klinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Belegexemplar

7.1.2. Publikation B: Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey

Darstellung des Eigenanteils:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projektes, Entwicklung des Forschungsdesigns, Hauptverantwortung für die Gewinnung der Proband*innen, Erhebung der qualitativen Daten, Hauptverantwortung für Datenpflege, -bereinigung und Datenauswertung, Durchführung der Datenauswertung (quantitative und qualitative Auswertungen) sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskriptes inkl. der Erstellung von Tabellen und Abbildungen und der Auswahl von Zitaten, Umsetzung der Anmerkung von Co-Autor*innen und Peer-Reviewer*innen, Korrekturlesen der Druckfahne.

Referenz:

Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. GMS Journal for Medical Education, 37(1), Artikel 10. https://doi.org/10.3205/zma001303 (Open Access. Dieser Artikel wurde unter der Lizenz CC BY 4.0 veröffentlicht (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0).).

Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey

Abstract

Objective: The shortage of skilled workers and overloaded schedules make further training of health professionals difficult. In addition, child protection is not a systematic part of medical studies. The evaluation of an online course on child protection in medicine reveals positive feedback but also that the main reason for participants aborting the course is lack of time. Dissemination, as an active, targeted spreading of knowledge, can help to further spread knowledge about child protection in the target group. The aim of this article is to investigate whether and how the contents of the online course can be disseminated by professionals who have completed the online course.

Methodology: The data were collected through a quantitative online evaluation and qualitative telephone interviews with doctors who had completed the online course and evaluated it using an interpretive-reductive analysis.

Results: The respondents consider the need for further training and dissemination measures on the topic of child protection in medicine to be high. However, lack of time and insufficient relevance of the topic would present obstacles in the implementation of such measures. Meaningfulness and time off work or remuneration would in turn create incentives for implementation. Participants in dissemination measures could be motivated for example by further education points. In addition we were able to identify possible approaches for the implementation of such measures.

Conclusion: Various parameters influence the motivation of doctors regarding the implementation/perception of dissemination measures. Based on these, recommendations for action are given for different areas of the health care system, such as supplementing the training curricula and providing ready-made materials for dissemination.

Keywords: health professionals, dissemination, continuous medical education, child abuse, qualitative research

Anna Maier[1]
Miriam Rassenhofer[1]
Ulrike Hoffmann[1]
Jörg M. Fegert[1]

1 Universityhospital of Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Ulm, Germany

1. Introduction

The shortage of skilled workers and the associated overloaded work schedules in medicine are a well-known and current topic [1], [2], [3]. In the medical field in particular, with constant new developments and insights, further training, which is associated however with additional time cost, is particularly important. In the area of medical child protection, too, there are and have been numerous new insights and legal changes, which are not well enough known, and which lead to uncertainty regarding the authority to act among health professionals [4]. The World Health Organization assumes that 90% of abuse cases in medical institutions go unnoticed [5].

Knowledge or education on the topic is an important tool in protecting children and adolescents from abuse [6]. It is therefore important to train as many health professionals as possible, as dangers to the welfare of children can emerge in all areas of medicine. The more widely essential knowledge is disseminated in the target group, the better (suspected) cases can be dealt with or the children and adolescents referred to the appropriate sources of support. The online course “Child protection in medicine – a basic course for all health professionals” sponsored by the Federal Ministry of Health of the Hospital for Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy at the University Hospital Ulm addresses this problem [https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de]. The course has a modular structure and contains learning units on various topics of child protection. In addition to imparting theoretical knowledge using basic and legal texts, special emphasis is placed on case-based learning and the development of practical action and emotional competencies and thus the reduction of operational uncertainties

in the field of child protection. Participation in the course is free of charge during the promotional phase which runs until September 2020.

The pseudonymized evaluation by doctors who have completed the course shows a high level of satisfaction with the contents and its relevance for professional medical practice. It is therefore particularly important to put this potential to use. It also became clear that further training on the subject of child protection in medicine receives too little consideration in the eyes of doctors and that access to it must become more flexible. The most common reason for not completing the course was lack of time [7].

In addition to the classic transfer of knowledge, for example through specialist journals or external training events, the active and targeted dissemination of existing knowledge (dissemination) through colleagues, superiors etc. (multipliers) as part of the continuing education of health professionals is becoming increasingly important in overcoming the lack of time for training in the medical field [8], [9], [10].

The aim of this article is therefore to investigate to what extent professionals who have completed the online course can be used to effectively disseminate the learning contents of the online course to their colleagues. The focus here is on motivation and obstacles for future participants and multipliers, but also on concrete possibilities for implementation.

2. Methods

2.1. Recruitment of participants

The prerequisites for participating in an interview was the successful completion of the pilot online course "Child protection in medicine - a basic course for all health professionals" from June to November 2016, in which all health professionals were able to participate; and a license to practice medicine. In November 2016, we write to all doctors who had completed the course to inquire if they would be willing to participate in a telephone interview. Interested parties were able to register online for a month and were then contacted with suggested dates for the interview (see figure 1).

By participating in the interviews, the interviewees did not undertake to act as multipliers but merely to indicate an interest in doing so and were asked to respond from the perspective of a future multiplier during the interview. The interviews were conducted in January and February 2017.

2.2. Data collection

All participants who had completed the online course had to evaluate it in a quantitative online questionnaire. The questionnaire also asked whether and how the contents and materials of the online course had already been disseminated by the professionals who have completed the online course. The meaning of "dissemination of contents and materials from the online course" was explained to the evaluators beforehand.

In addition to the quantitative survey, in order to generate hypotheses on how the dissemination of content from the online course can be designed as effectively as possible, individual and detailed opinions on motivation, obstacles and implementation possibilities were obtained using a qualitative research design based on semi-structured, guideline-based telephone interviews. The structural and content-related design of the interview guide was discussed and developed based on specialist literature and the previous experience of the authors.

At the beginning of the interviews, demographic data were gathered and a stimulus opening question was asked. The interview guide included the areas of "Continuing education in the field of child protection in medicine", "Dissemination of the learning contents of the online course" and "Activity as a multiplier" and asked about participation/carrying out a dissemination, obstacles and motivation separately. The interviews were each concluded with a summarizing question that aimed to stimulate the assessment of the topic [11], [12], [13], [14], [15] (see the "Guide" in the attachment 1).

A method sheet was developed [16], [17], [18] (see attachment 2) to make it easier for the interviewees to gain access to common methods of adult education, as no didactic skills are taught in the online course itself. This was emailed to the interviewees together with an information sheet in which, among other things, the goal of the interview was set out.

The interview was designed to last approximately 30 minutes.

2.3. Transcription

With the consent of the interviewees the interviews were recorded using a dictation machine. The data were then anonymized and fully transcribed. Each interview transcript was then again compared with the original recordings in order to correct errors and define non-verbal aspects.

2.4. Data analysis

The quantitative data from the online questionnaire on previous dissemination activities were evaluated using SPSS® Version 25 software [19].

For the evaluation of the qualitative interviews, the interpretative-reductive analysis was carried out as a combination of qualitative and quantitative analyzes. This organizes and categorizes the analyzed data in order to then work out relevant aspects. This allowed us to identify strong tendencies, new aspects and innovations in the interviews [13], [20], [21], [22], [23]. In order to maximally ensure the objectivity of the evaluation, independent raters also analyzed twelve randomly selected interviews using an intercoder reliability check and created categories based on their content [24].

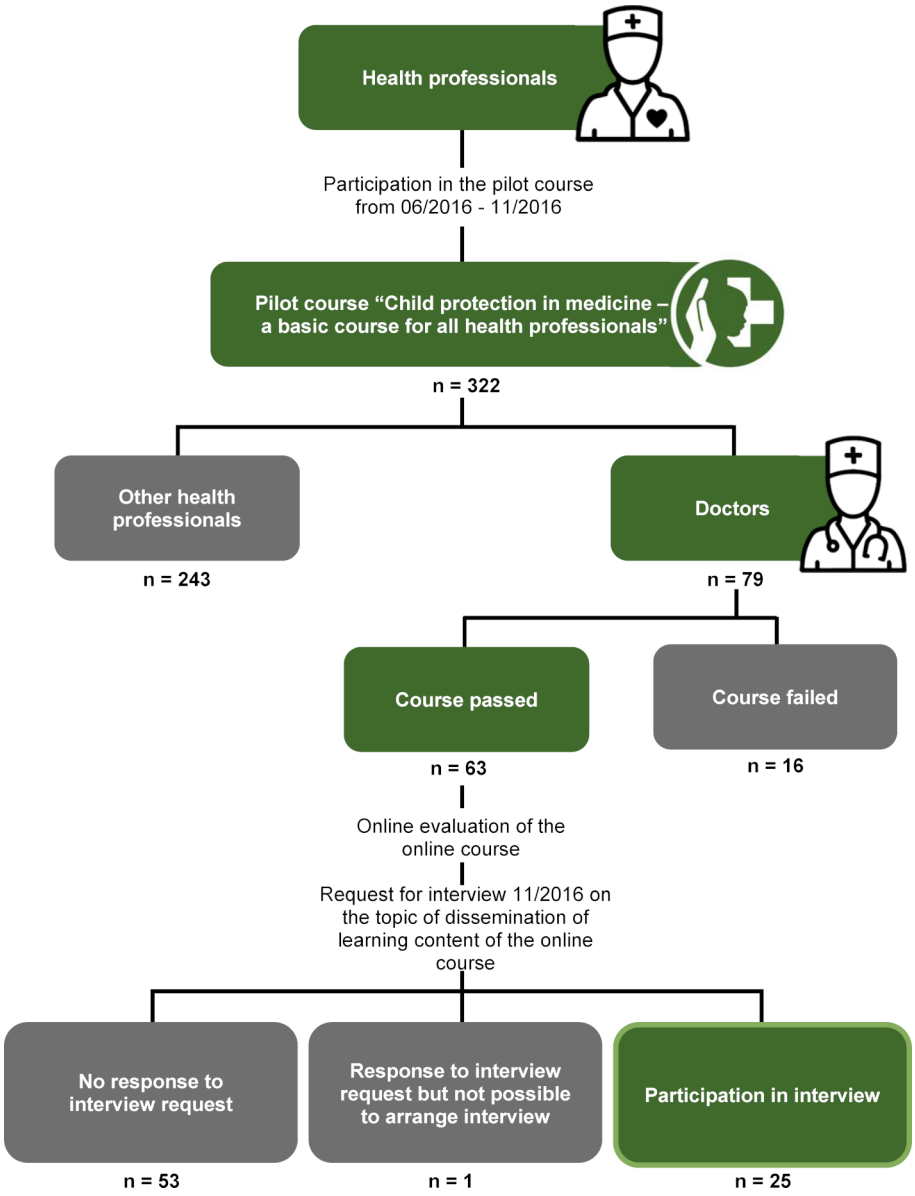


Figure 1: Recruitment of participants to evaluate the online course and the interview partners.

2.5. Ethics committee vote

The ethics committee of the Medical Faculty of the University of Ulm voted in favor for the quantitative research design on 16.06.2016 and for the qualitative research design on 20.09.2016.

3. Results

A total of 79 doctors took part in the online pilot course, 63 (79.7%) passed the course. The remaining 16 (20.3%) aborted the course prematurely (see figure 1). The main reason for this was lack of time. The evaluation of the online course showed that 60.3% (n=38) of the doctors who completed the course had already disseminated course contents or materials. 88% (n=16) of the remaining 25 doctors who completed the course could imagine disseminating the course contents or materials in the future. The reasons for the dissemination of contents and materials were the need for further training among colleagues and the suitability of the course contents and materials. Dissemination was predominantly oral and took place in informal settings (see table 1).

In the end it was possible to interview 25 of the 63 doctors who had completed the course. Table 2 shows the demographic characteristics of the interviewees.

The results of the interviews regarding motivation, obstacles and implementation possibilities for disseminating learning content from the online course by those who had completed it are presented below.

3.1. Awareness and meaning

The interviews showed that, according to the respondents, there is insufficient awareness of child protection in medicine. They stated that child protection must be promoted more in order to draw the necessary attention to the topic. The dissemination of knowledge can increase this awareness, since it goes beyond reading texts to ex-

Table 1: Dissemination activities of the doctors who completed the online course

DISSEMINATION ACTIVITIES OF THE DOCTORS WHO COMPLETED THE ONLINE COURSE (N = 38)

TYPE OF DISSEMINATION	Contents (oral) and materials		Materials		Contents (oral)	
	n	%	n	%	n	%
	10	26.3	2	5.3	26	68.4
DISSEMINATION CHANNEL	**Official event**		**Private event**		**Informal channels**	
	n	%	n	%	n	%
	3	7.9	1	2.6	34	89.5

REASONS FOR DISSEMINATION	I disagree strongly		I mostly disagree		I disagree slightly		I agree slightly		I mostly agree		I agree strongly	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Continuing education needs amongst colleagues	1	2.6	0	0	0	0	7	18.4	13	34.2	17	44.7
Contents and materials suitable for dissemination of the topic	1	2.6	0	0	0	0	2	5.3	16	42.1	19	50
Colleagues lack the time to complete the online course	4	10.5	11	28.9	5	13.2	12	31.6	2	5.3	4	10.5
Direct request from colleagues	14	36.8	3	7.9	6	15.8	8	21.1	3	7.9	4	10.5
Direct request from supervisor	28	36.8	3	7.9	6	15.8	8	21.1	3	7.9	4	10.5

Table 2: Characteristics of the interviewees.

CHARACTERISTICS OF THE INTERVIEWEES (N = 25)

VARIABLE	Ø	SD
AGE	48	8.6
WORK EXPERIENCE	15	8.1
	n	%
FEMALE	18	72
FIELD OF WORK		
Hospital for child and adolescent psychiatry / psychotherapy	9	36
Practice for pediatric and adolescent medicine	4	16
Hospital for psychiatry / psychotherapy (adults)	1	4
Public health service	7	28
Other practice	1	4
Other	3	12
CONTINUING EDUCATION ACTIVITY (MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE)		
Leading role	3	12
At the work place	21	84
Outside working hours	1	4
Unsalaried	1	4

SD = standard deviation

changing ideas with colleagues. In addition, media coverage of the topic should also increase.

3.2. Motivation to participating in a dissemination measure

The assessment of the relevance of the topic of child protection to the reality of one's own work is said to have a great influence on the motivation for further training. Specialism, encountering an actual case and presence in the media are important factors for assessing the relevance of child protection.

Another motivation for doctors is gaining knowledge, e.g. about the processes, roles and networking partners in child protection, and thus confidence in their own actions. This alleviates fear of contact and other fears, e.g. making wrong decisions or falsely accusing someone and creates trust in one's own capacities. In addition, this would also save time in the long term, which in turn would have a motivating effect.

"And because a lot of ignorance also leads to looking away [...]. Or leads to not looking."
/// Female doctor on the importance of knowledge in child protection

Training points are also a strong motivation for doctors to continue their education.

3.3. Motivation multipliers carrying out dissemination

The lack of time in the medical field is a well-known problem and is also important for potential multipliers. Release from work to prepare / carry out dissemination during working hours would motivate the interviewees to become involved as multipliers. The interviewees also mentioned payment or expense allowances as a possible incentive.

In addition, the relevance of the topic as motivation for engagement as a multiplier is important. Passing on knowledge about child protection in a group of colleagues and ultimately being able to help children was a great motivation for many of the interviewees. The fact that the range of further education courses in child protection in medicine is still very limited would further increase this intrinsic motivation.

"Meaningfulness."
/// Male doctor on the question of what motivates him to disseminate contents on child protection.

As was already apparent in the quantitative survey, in the opinion of the interviewees the contents of the online course was suitable for dissemination but would have to be prepared accordingly prior to actual dissemination. Pre-prepared materials for this purpose would encourage motivation to carry out a dissemination measure. Such materials could be for face-to-face use such as presentation templates and exercises, but also handouts or posters. Instructions for implementation should be included with all materials, as the online course does not teach didactic dissemination skills.

3.4. Obstacles to participation and carrying out a dissemination measure

Due to the lack of time, dissemination measure should be mandatory and designed to integrate into daily schedules of both participants and multipliers. Such activities counting as working hours or the inclusion of child protection in the specialization curriculum or in the existing training structures in everyday work would be one possibility. The participants felt it was also an obstacle that child protection was often not seen as a medical topic originally. The reason for this could be the often preventive nature of child protection, which does not correspond to the originally curative mandate of medicine.

"We only take action once something has actually happened to the child."
/// Female doctor on awareness of child protection in medicine

3.5. Possibilities and ideas for implementing a dissemination measure

Practical and interactive methods are also important for the implementation of dissemination measures but each practical exercise should be preceded by a theoretical part. In addition to (hospital) internal training, the intranet was also mentioned as a dissemination vector which could provide information for all employees in everyday work.

The importance of a child protection expert for every medical workplace was also emphasized. These would then also be specially qualified to carry out appropriate dissemination measures.

With regard to the sustainability of dissemination measures, one idea that was brought up was to offer regular knowledge refreshers in addition to the dissemination of basic knowledge about child protection. Established structures such as newsletters or notices could also be used for such a purpose.

By repeatedly making it the subject of discussion. [...] Maybe to tackle the topic twice, with an event as an intro and the second as a consolidation and then six months later, again and again, as a refresher.
/// Female doctor on sustainability in continuing education

4. Discussion

The aim of the online course "Child protection in medicine – a basic course for all health professionals" is to impart knowledge and capacities in the field of child protection to health professionals. The contents of the online course has already been evaluated positively and as relevant for everyday medical work. However, it was also shown that the range of continuing medical education courses on child protection in medicine is seen as being too small overall and that there is often not enough time to complete the online course [7]. In order to achieve a sustainable and comprehensive transfer of knowledge and capacity in child protection among medical staff – in addition to a general quantitative evaluation of the course – data on individual and detailed opinions on motivation, obstacles and implementation options in the area of active and targeted distribution (dissemination) of content from the online course through qualitative, semi-structured interviews with professionals who had completed the online course, were gathered and evaluated. In these interviews, those were asked to speak from the perspective of future multipliers.

It was shown that 60.3% of the doctors who had completed the course had already disseminated contents or materials from the online course due to the need for further training among colleagues and the suitability of the contents and materials. The qualitative interviews also made it clear that the dissemination of knowledge about child protection among health professionals is considered

necessary by the respondents, although there are often concerns about the motivation for further training in this area. This is due, among other things, to the already recognized overload of health professionals [1], [2], [3]. Furthermore, a lack of knowledge can also lead to fear of contact with the topic. The level of awareness of child protection as a topic in medicine is still seen as being low.
However, the interviews also showed that various parameters play an important role in motivating doctors with regard to further training in general and dissemination of information in the area of child protection in particular. Based on this, conclusions can be drawn for different areas of the health care system.

4.1. Opportunities on the part of public institutions

Further and continuing education in the medical field in Germany is regulated by the Federal Medical Council, as the national committee above the regional medical councils [25]. The topic of child protection is currently only mandatory for specialization in pediatric and adolescent medicine, pediatric surgery, pediatric radiology and forensic medicine [26].
But since child abuse can cross into a wide range of specialist areas, doctors in other specializations should also have a basic knowledge of this area. Child protection must therefore be included in the continuing education curricula of all disciplines that work with children or adolescents.
In addition, the responsibility of creating more jobs for specialists who are primarily dealing with child protection issues is the responsibility of the state. This was also confirmed by the recommendation of the German Medical Conference of 2017, which recommends the establishment of child protection groups in all facilities that care for children [27]. Increasing the presence of the topic in the media could also raise awareness of the issue.

4.2. Opportunities on the part of in-patient and out-patient facilities

The results of the interviews confirmed that release from work, appropriate activities counting as working time or remuneration would motivate employees to offer or take part in dissemination measures. In addition, institutions should provide the opportunity to regularly participate in child protection training courses and on the current state of affairs. The intranet can also be made available as an exchange platform for contents and materials.

4.3. Opportunities on the part of the multipliers

The dissemination of knowledge ultimately lies with the multipliers. It is essential to pass on the content as concisely as possible and to prioritize key aspects. The measures should also be designed in such a way that in the long term they lead to time savings in everyday work. This should be made clear before any event in order to increase the motivation of the target group.
A mix of theoretical and practical methods is also important when implementing the measures. Theoretical methods can be used to introduce and acquire basic knowledge, practical methods to acquire practical skills. Continuing Medical Education Points are also mentioned as a strong motivation for participation in training events. Appropriate certification of dissemination measures can be requested from the relevant regional medical councils. Due to crowded schedules of health professionals, the underlying continuing education offer should provide ready-made dissemination materials.

4.4. Limitations

In conclusion, it must be mentioned as a limiting factor that the interviewees represent only a selection of health professionals. Doctors are key actors in the field of continuing education of health professionals and the results are therefore a good basis for drawing further conclusions about other medical professions. It was not examined whether the results can be transferred to all doctors or to other medical areas. It can be assumed that especially those who have an increased interest in the topic of child protection and who rated the online course positively participated in the interviews. Since the aim of the investigation was to identify possibilities and obstacles to dissemination and not to evaluate the online course, the composition of the interviewees is appropriate. Furthermore, social desirability may be affecting the answers. In order to counteract this, it was made clear that the interviews were judgment-free, and the questions in the interview guide were worded openly in order to avoid influencing the answers. The data was pseudonymized or anonymized, this was communicated to the participants before the respective survey in order to avoid answers seen as socially desirable.

5. Conclusion

In summary, the interviewees report a high need and the importance of further training in child protection in medicine. It also shows a motivation to act as a multiplier and to carry out dissemination measures under certain conditions. The contents of the online course “Child protection in medicine - a basic course for all health professionals” is well suited to being disseminated. However, this contents should be converted into appropriate materials, such as presentation templates or exercises, in a way that allows the contents to be disseminated by multipliers as easily and effectively as possible.

6. Declarations

7.1. Ethics

A positive ethics committee vote of the medical faculty of the University of Ulm has been received. It does not constitute medical research on humans, therefore compliance with the ethical standards of the Helsinki Declaration and the Geneva Declaration is given.

7.2. Author contributions

AM developed the research design, carried out the data collection, evaluated the results and wrote the manuscript. MR, UH and JMF gave assistance at all stages of the study and contributed to the interpretation of the data and the creation of the final manuscript. All authors have read and approved the final manuscript.

7.3. Financial support

The project Development of an e-learning program “Child protection in medicine - a basic course for all health professionals” is funded by the Federal Ministry of Health as part of the “Promotion of Child Health” under the funding code [ZMVI1-2515KIG002]. Planning, conducting and evaluating the interviews and preparing the manuscript is part of the doctoral thesis by AM and therefore did not receive any financial support.

7.4. Interview materials used

Maier A. Dissemination of the contents of the online course “Child protection in medicine - a basic course for all health professionals” [motivations, obstacles, implementation options and methods]. Telephone interview.

Acknowledgements

Our thanks go to all 25 volunteers who made themselves available for an interview and who thus significantly supported the research project.
Mrs. Anne Straube and Mrs. Lena Preiss supported the work by carrying out the intercoder reliability check.
Our thanks also go to the “Birgit Maier Transcription Office” who transcribed the interviews.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from
https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001303.shtml

1. Attachment_1.pdf (184 KB)
   Interview Guide
2. Attachment_2.pdf (103 KB)
   Method sheet

References

1. Osterloh F. Krankenhausreform: Der Personalmangel wird bleiben. Dtsch Arztebl Intern. 2015;112(45):A1859. Zugänglich unter/available from: http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=172845
2. Marburger Bund. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung: Gesamtauswertung. MB-Monitor 2017. Berlin: Marburger Bund; 2017. Zugänglich unter/available from: https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017
3. Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden: Destatis; 2016. Zugänglich unter/available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html
4. Fegert JM, Jud A, Plener PL. Kinder- und Betroffenenschutz in der Medizin. Nervenheilkunde. 2013;32(11):834-840. DOI: 10.1055/s-0038-1628556
5. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Kopenhagen: Wolrld Health Organization; 2013.
6. Sethi D, Yon Y, Parekh N, Anderson T, Huber J, Rakovac I, Meinck F. European status report on preventing child maltreatment. Kopenhagen: WHO; 2018. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30280-3
7. Maier A, Hoffmann U, Plener PL, Fegert JM. Ärztliche Kompetenzentwicklung im Kinderschutz durch E-Learning. Nervenheilkunde. 2018;37(10):730-737. DOI: 10.1055/s-0038-1674272
8. Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation. Who should do what? Ann New York Acad Sci. 1993;703:226-357. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x
9. Green LW, Ottoson JM, García C, Hiatt RA, Roditis ML. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration. Front Public Health Serv Syst Res. 2014;3(1):3.
10. Vollmar HC, Santos S, de Jong A, Meyer G, Wilm S. Wie gelangt Wissen in die Versorgung?: Implementierungsforschung und Wissenszirkulation. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2017;60(10):1139-1146. DOI: 10.1007/s00103-017-2612-z
11. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. DOI: 10.1007/978-3-531-92076-4
12. Schulze G. Einführung in die Methoden der empirischen Sozialforschung. Bamberg: Universität Bamberg; 2008.
13. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz; 2016.
14. Heistinger A. Qualitative Interviews: Ein Leitfaden zu Vorbereitung und Durchführung inklusive einiger theoretischer Anmerkungen. Innsbruck: Universität Innsbruck; 2006. Zugänglich unter/available from:: https://www.uibk.ac.at/iezw/mitarbeiterinnen/senior-lecturer/bernd_lederer/downloads/durchfuehrung_von_qualitativen_interviews_uniwien.pdf

15. Kromrey H, Roose J, Strübing J. Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit Annotationen aus qualitativ-interpretativer Perspektive. 13., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK; UVK/Lucius; 2016. Zugänglich unter/available from: http://www.utb-studi-e-book.de/9783838586816

16. WolfVision GmbH. Comparison of 5 different presentation methods. Klaus, Österreich: WolfVision GmbH; 2018. Zugänglich unter/available from: https://www.wolfvision.com/wolf/comparison-of-5-presentation-methods_e.pdf

17. Döring KW. Handbuch Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2008.

18. Gesellschaft für Arbeit, Chancengleichheit und Innovation. Werkzeuge für das Personalmanagement - Methoden der Weiterbildung. Berlin, Duisburg: Gesellschaft für Arbeit, Chancengleichheit und Innvation. Zugänglich unter/available from: http://www.wertpunktarbeit.de/images/File/Methoden%20der%20Weiterbildung.pdf

19. IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2018.

20. Mayring P. Combination and Integration of Qualitative and Quantitative Analysis. Forum Qual Sozialforsch. 2001;2(1):Art 6. Zugänglich unter/available from: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/967/2111

21. Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Mit 87 Tabellen. 4., überarb. Aufl., limitierte Sonderausg. Berlin: Springer; 2015.

22. Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; 2010.

23. Nickerson RS. A note on long-term recognition memory for pictorial material. Psychon Sci. 1968;11(2):58. DOI: 10.3758/BF03330991

24. Mayering P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz; 2015.

25. Bundesärztekammer. Aufgaben der Bundesärztekammer. Berlin: Bundesärztekammer. Zugänglich unter/available from: http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/

26. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung. Berlin: Bundesärztekammer; 2018. Zugänglich unter/available from:: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf

27. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll: 120. Deutscher Ärztetag. Berlin: Bundesärztekammer; 2017. Zugänglich unter/available from: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

Corresponding author:
Jörg M. Fegert
Universityhospital of Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Steinhöfelstr. 5
D-89075 Ulm, Germany
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Please cite as
Maier A, Rassenhofer M, Hoffmann U, Fegert JM. Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. GMS J Med Educ. 2020;37(1):Doc10.
DOI: 10.3205/zma001303, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013037

This article is freely available from
https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001303.shtml

Received: *2019-06-03*
Revised: *2019-11-09*
Accepted: *2019-12-12*
Published: *2020-02-17*

Copyright
©2020 Maier et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

Möglichkeiten der Dissemination von Fachwissen und Handlungskompetenzen im Bereich Kinderschutz in der Medizin: eine qualitative Erhebung

Anna Maier[1]
Miriam Rassenhofer[1]
Ulrike Hoffmann[1]
Jörg M. Fegert[1]

1 Uniklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Ulm, Deutschland

Zusammenfassung

Zielsetzung: Fachkräftemangel und zeitliche Überlastung erschweren die Fortbildung von Gesundheitsfachkräften. Kinderschutz ist zudem kein systematischer Bestandteil des Medizinstudiums. Die Evaluation eines Online-Kurses zu Kinderschutz in der Medizin zeigt dessen positive Beurteilung, aber auch, dass der Hauptgrund für den Abbruch der Kursbearbeitung Zeitmangel ist. Dissemination, als aktive zielgerichtete Verbreitung von Wissen, kann helfen, Wissen zu Kinderschutz weiter in der Zielgruppe zu verbreiten. Ziel dieses Beitrages ist es, zu untersuchen, ob und wie die Inhalte des Online-Kurses von Absolvent_innen disseminiert werden können.
Methodik: Die Daten wurden mittels einer quantitativen Online-Evaluation und qualitativer Telefoninterviews mit ärztlichen Absolvent_innen des Online-Kurses erhoben und mit einer interpretativ-reduktiven Analyse ausgewertet.
Ergebnisse: Der Bedarf an Fortbildungen und Disseminationsmaßnahmen zum Thema Kinderschutz in der Medizin wird von den Befragten als hoch angesehen. Zeitmangel, eine zu geringe Relevanz des Themas wären allerdings Hürden für die Durchführung solcher Maßnahmen. Die Sinnhaftigkeit, eine Freistellung von der Arbeit oder Entlohnung würde wiederrum Anreize zur Durchführung schaffen. Teilnehmende an Disseminationsmaßnahmen könnten, z.B. durch Fortbildungspunkte, motiviert werden. Des Weiteren konnten Ansätze für die Umsetzung solcher Maßnahmen ermittelt werden.
Schlussfolgerung: Verschiedene Parameter beeinflussen die Motivation von Ärzt_innen bzgl. Durchführung/Wahrnehmung von Disseminationsmaßnahmen. Basierend darauf werden Handlungsempfehlungen für verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems gegeben, wie z.B. die Ergänzung der Ausbildungscurricula und das Angebot von vorgefertigten Disseminationsmaterialien.

Schlüsselwörter: Gesundheitsfachkräfte, Dissemination, Fortbildung, Kindesmisshandlung, Qualitative Forschung

1. Einleitung

Der Fachkräftemangel und die damit einhergehende zeitliche Überlastung in der Medizin sind ein bekanntes und aktuelles Thema [1], [2], [3]. Gerade im medizinischen Bereich, mit stetig neuen Entwicklungen und Erkenntnissen, ist Fortbildung, die aber mit zeitlichem Mehraufwand verbunden ist, besonders wichtig. Auch im Bereich des medizinischen Kinderschutzes gab und gibt es zahlreiche neue Erkenntnisse und Gesetzesänderungen, die noch zu wenig bekannt sind und zu Unsicherheiten in der Handlungsbefugnis bei Gesundheitsfachkräften führen [4]. Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass 90% der Missbrauchsfälle in medizinischen Institutionen nicht wahrgenommen werden [5].
Wissen bzw. Bildung zur Thematik ist eine wichtige Kompetenz beim Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Misshandlungen [6]. Daher ist es wichtig, möglichst viele Gesundheitsfachkräfte zu schulen, da Fälle von Kindeswohlgefährdung in allen Bereichen der Medizin zu Tage treten können. Je weiter diesbezüglich essentielles Wissen also in der Zielgruppe verbreitet wird, desto besser kann mit (Verdachts-) Fällen umgegangen bzw. Kinder und Jugendliche entsprechenden Hilfen zugeführt werden. Der durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Uniklinik Ulm greift diese Problematik auf [https://grundkurs.

elearning-kinderschutz.de/]. Der Kurs ist modular aufgebaut und enthält Lerneinheiten zu verschiedenen Themen des Kinderschutzes. Neben der Vermittlung von theoretischem Wissen durch Grundlagen- und Rechtstexte wird besonderer Wert auf fallbasiertes Lernen und den Aufbau von praktischen Handlungs- und emotionalen Kompetenzen und somit den Abbau von Handlungsunsicherheiten im Bereich des Kinderschutzes gelegt. Die Kursteilnahme ist in der Förderphase bis September 2020 kostenlos.
Die pseudonymisierte Evaluation des Kurses durch die ärztlichen Absolvent_innen zeigt eine große Zufriedenheit mit den Inhalten und deren Relevanz für die medizinische Berufspraxis. Daher ist es besonders wichtig dieses Potential zu nutzen. Deutlich wurde zudem, dass Fortbildungen zur Thematik Kinderschutz in der Medizin von den Fachkräften als zu gering eingeschätzt werden und der Zugang zu diesen flexibler werden muss. Der häufigste Grund, warum der Kurs nicht abgeschlossen wurde, ist Zeitmangel [7].
Neben der klassischen Vermittlung von Wissen, durch z.B. Fachzeitschriften oder durch externe Fortbildungsveranstaltungen, gewinnt die aktive und zielgerichtete Verbreitung von bereits vorhandenem Wissen (Dissemination) durch Kolleg_innen, Vorgesetzte etc. (Multiplikator_innen) als Teil der Fortbildung von Gesundheitsfachkräften immer mehr an Bedeutung bei der Überwindung der Problematik von Zeitmangel für Fortbildung im medizinischen Bereich [8], [9], [10].
Ziel dieses Artikels ist es daher, zu untersuchen, inwiefern eine Dissemination der Lerninhalte des Online-Kurses von Absolvent_innen an Kolleg_innen effektiv durchgeführt werden kann. Der Fokus liegt hierbei auf Motivationen und Hürden für zukünftige Teilnehmende und Multiplikator_innen, aber auch auf konkreten Möglichkeiten der Umsetzung.

2. Methoden

2.1. Teilnehmendenrekrutierung

Die Voraussetzung für die Teilnahme an einem Interview war der erfolgreiche Abschluss des Pilot-Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ von Juni bis November 2016, an welchem alle Gesundheitsfachkräfte teilnehmen konnten, und die Approbation als Ärzt_in. Im November 2016 wurden alle ärztlichen Absolvent_innen des Kurses schriftlich um ein Telefoninterview gebeten. Interessent_innen konnten sich einen Monat lang online registrieren und wurden anschließend mit Terminvorschlägen für das Interview kontaktiert (siehe Abbildung 1).
Mit der Teilnahme an den Interviews verpflichteten die Interviewten sich nicht zu einer Tätigkeit als Multiplikator_innen, sondern bezeugten lediglich ihr Interesse daran und wurden gebeten im Interview aus Sicht einer/eines zukünftigen Multiplikator_in zu sprechen.
Die Interviews wurden im Januar und Februar 2017 durchgeführt.

2.2. Datenerhebung

Alle Absolvent_innen des Online-Kurses mussten diesen in einem quantitativen Online-Fragebogen evaluieren. Der Fragebogen erhob auch, ob und wie Inhalte und Materialien des Online-Kurses von den Absolvent_innen bereits disseminiert wurden. Zuvor wurde den Evaluierenden erklärt, was unter Dissemination von Inhalten und Materialien des Online-Kurses verstanden wird.
Um Hypothesen generieren zu können, wie die Dissemination von Inhalten des Online-Kurses möglichst effektiv gestaltet werden kann, wurden, über die quantitative Befragung hinaus, individuelle und detaillierte Meinungen zu Motivation, Hürden und Umsetzungsmöglichkeiten mit einem qualitativen Forschungsdesign anhand halbstrukturierter, leitfadengestützter, telefonischer Einzelinterviews erhoben. Die strukturelle und inhaltliche Konzeption des Interviewleitfadens wurde, basierend auf Fachliteratur und Vorerfahrungen der Autor_innen, diskutiert und entwickelt.
Zu Beginn der Interviews wurden demographische Daten abgefragt und eine stimulierende Einstiegsfrage gestellt. Der Interviewleitfaden beinhaltete die Bereiche „Fortbildungen im Bereich Kinderschutz in der Medizin“, „Dissemination der Lerninhalte des Online-Kurses“ und „Tätigkeit als Multiplikator_in“ und befragte, getrennt nach Hürden und Motivation, zur Teilnahme/Durchführung einer Disseminationsmaßnahme. Abgeschlossen wurden die Interviews jeweils mit einer resümierenden Frage, die zum Bilanzieren der Thematik anregen sollte [11], [12], [13], [14], [15] (siehe Leitfaden im Anhang 1).
Um den Interviewten den Zugang zu gängigen Methoden der Erwachsenenbildung zu erleichtern, da im Online-Kurs selbst keine diesbezüglichen didaktischen Kompetenzen vermittelt werden, wurde ein Methodenblatt entwickelt [16], [17], [18] (siehe Anhang 2). Dieses wurde den Interviewten zusammen mit einem Infoblatt, in welchem u.a. das Ziel des Interviews dargestellt wurde, per E-Mail zugesandt.
Die Dauer des Interviews war auf circa 30 Minuten angelegt.

2.3. Transkription

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewten mit einem Diktiergerät aufgenommen. Anschließend wurden die Daten anonymisiert und vollständig transkribiert. Jedes Interviewtranskript wurde anschließend nochmals mit den Originalaufnahmen verglichen, um Fehler zu korrigieren und nonverbale Aspekte zu definieren.

2.4. Datenauswertung

Die quantitativen Daten aus dem Online-Fragebogen zu bisherigen Disseminationstätigkeiten wurden anhand der Analysesoftware SPSS® Version 25 ausgewertet [19].
Für die Auswertung der qualitativen Interviews wurde die interpretativ-reduktive Analyse als eine Kombination von

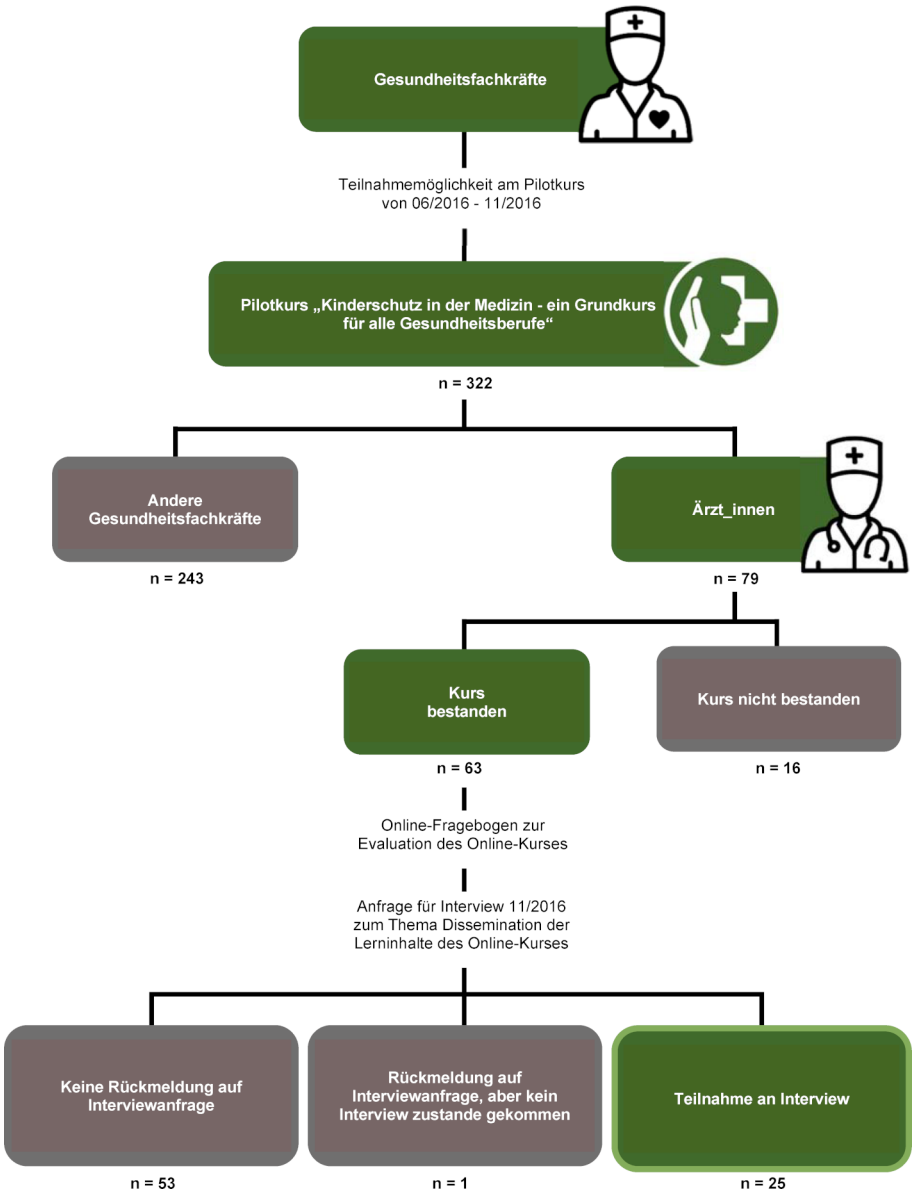


Abbildung 1: Rekrutierung der Teilnehmenden zur Evaluation des Online-Kurses und der Interviewpartner_innen.

qualitativen und quantitativen Analysen durchgeführt. Diese ordnet und kategorisiert die analysierten Daten zunächst, um anschließend relevante Aspekte herauszuarbeiten. Somit konnten starke Tendenzen sowie neue Aspekte und Innovationen aus den Interviews ermittelt werden [13], [20], [21], [22], [23]. Um die Objektivität der Auswertung so weit wie möglich abzusichern, haben unabhängige Rater mittels einer Intercoder-Reliabilitätsprüfung zwölf zufällig ausgewählte Interviews ebenfalls analysiert und Kategorien aus deren Inhalten erstellt [24].

2.5. Ethikvotum

Es liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Ulm vom 16.06.2016 für das quantitative Forschungsdesign und vom 20.09.2016 für das qualitative Forschungsdesign vor.

3. Ergebnisse

An dem Online-Kurs nahmen im Pilot-Kurs insgesamt 79 Ärzt_innen teil, 63 (79,7%) haben den Kurs bestanden. Die verbleibenden 16 (20,3%) brachen den Kurs vorzeitig ab (siehe Abbildung 1). Die Hauptursache hierfür war Zeitmangel. Die Kursevaluation des Online-Kurses zeigte, dass 60,3% (n=38) der ärztlichen Absolvent_innen bereits Inhalte oder Materialien des Kurses disseminiert hatten. 88% (n=16) der verbleibenden 25 ärztlichen Absolvent_innen könnten sich vorstellen, die Inhalte oder Materialien des Kurses künftig zu disseminieren. Gründe für die Dissemination von Inhalten und Materialien waren Fortbildungsbedarf bei Kolleg_innen und die Eignung der Materialien und Inhalte aus dem Kurs. Die Weitergabe fand überwiegend mündlich und im informellen Rahmen statt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Disseminationstätigkeiten der ärztlichen Absolvent_innen des Online-Kurses

DISSEMINATIONSTÄTIGKEITEN DER ÄRZTLICHEN ABSOLVENT_INNEN DES ONLINE-KURSES (N=38)

ART DER DISSEMINATION	Inhalte (mündlich) und Materialien		Materialien		Inhalte (mündlich)	
	n	%	n	%	n	%
	10	26,3	2	5,3	26	68,4

RAHMEN DER DISSEMINATION	Betriebliche Veranstaltung		Private Veranstaltung		Informeller Rahmen	
	n	%	n	%	n	%
	3	7,9	1	2,6	34	89,5

GRÜNDE FÜR DIE DISSEMINATION	Stimme gar nicht zu		Stimme überwiegend nicht zu		Stimme eher nicht zu		Stimme eher zu		Stimme überwiegend zu		Stimme voll zu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Weiterbildungsbedarf im Kolleg_innenkreis	1	2,6	0	0	0	0	7	18,4	13	34,2	17	44,7
Inhalte und Materialien geeignet für die Dissemination der Thematik	1	2,6	0	0	0	0	2	5,3	16	42,1	19	50
Fehlende Zeit bei den Kolleg_innen den Online-Kurs zu absolvieren	4	10,5	11	28,9	5	13,2	12	31,6	2	5,3	4	10,5
Direkte Bitte von Kolleg_innen	14	36,8	3	7,9	6	15,8	8	21,1	3	7,9	4	10,5
Direkte Bitte von Vorgesetzten	28	36,8	3	7,9	6	15,8	8	21,1	3	7,9	4	10,5

Mit 25 der 63 ärztlichen Absolvent_innen konnte schließlich ein Interview geführt werden. Tabelle 2 zeigt die demographischen Charakteristika der Interviewten.
Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews bezüglich Motivation, Hürden und Umsetzungsmöglichkeiten der Dissemination von Lerninhalten aus dem Online-Kurs durch die Absolvent_innen dargestellt.

3.1. Bewusstsein und Bedeutung

In den Interviews zeigte sich, dass laut Meinung der Befragten ein zu geringes Bewusstsein für Kinderschutz in der Medizin bestehe. Dieses müsse stärker gefördert werden, um dem Thema die notwendige Aufmerksamkeit entgegen zu bringen. Die Dissemination von Wissen könne dieses Bewusstsein erhöhen, da sie über das reine Lesen von Texten hinaus hin zum Austausch mit Kolleg_innen gehe. Außerdem solle auch die mediale Verbreitung des Themas zunehmen.

3.2. Motivation zur Teilnahme an einer Disseminationsmaßnahme

Der Beurteilung der Relevanz des Themas Kinderschutz für die eigene Arbeitsrealität wird großer Einfluss für die Motivation zur Fortbildung zugeschrieben. Facharztrichtung, Konfrontation mit einem akuten Fall und Aktualität des Themas in den Medien seien wichtige Faktoren für die Beurteilung der Relevanz von Kinderschutz.
Eine weitere Motivation für Ärzt_innen sei der Zugewinn an Wissen, zu z.B. Abläufen, Rollen und Vernetzungspartner_innen im Kinderschutz, und somit an Handlungssicherheit. Dies baue Berührungs- und andere Ängste, z.B. falsche Entscheidungen zu treffen oder jemanden zu Unrecht zu beschuldigen, ab und schaffe Vertrauen in die eigenen Kompetenzen. Zudem führe dies langfristig auch zu einer Zeitersparnis, was wiederrum motivierend wirken würde.

> *„Und weil viel Nichtwissen auch zum Weggucken führt [...]. Oder zum Nicht-Hin-Gucken führt."*
>
> /// Ärztin zur Bedeutung von Wissen im Kinderschutz

Eine starke Motivation für Ärzt_innen, sich fortzubilden, seien zudem Fortbildungspunkte.

3.3. Motivation für die Durchführung einer Disseminationsmaßnahme durch Multiplikator_innen

Das Problem mangelnder Zeitressourcen im medizinischen Bereich ist bekannt und auch bei den potentiellen Multiplikator_innen von Bedeutung. Eine Freistellung von der Arbeit zur Vorbereitung/Durchführung einer Disseminationsmaßnahme in der Arbeitszeit würde die Interviewten motivieren, sich als Multiplikator_in zu engagieren. Die Interviewten nannten auch Bezahlung oder Aufwandsentschädigung als möglichen Anreiz.
Zudem sei die Relevanz des Themas als Motivation für das Engagement als Multiplikator_in bedeutend. Wissen zum Thema Kinderschutz im Kolleg_innen-Kreis weiterzugeben und somit schlussendlich Kindern helfen zu können, sei für viele der Interviewten eine große Motivation. Die Tatsache, dass das Fortbildungsangebot im Bereich Kinderschutz in der Medizin noch stark lückenhaft ist, würde diese intrinsische Motivation noch verstärken.

> *„Sinnhaftigkeit."*
>
> /// Arzt auf die Frage, was ihn motiviert, Inhalte zum Thema Kinderschutz weiterzugeben.

Wie auch schon in der quantitativen Befragung ersichtlich wurde, seien die Inhalte des Online-Kurses nach Meinung der Interviewten geeignet zur Dissemination, müssten allerdings für eine solche Maßnahme entsprechend auf-

Tabelle 2: Charakteristika der Interviewten.

CHARAKTERISTIKA DER INTERVIEWTEN (N=25)

VARIABLE	Ø	STDAW
ALTER	48	8,6
BERUFSERFAHRUNG	15	8,1
	n	**%**
WEIBLICH	18	72
ARBEITSFELD		
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	9	36
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin	4	16
Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie (Erwachsene)	1	4
Öffentlicher Gesundheitsdienst	7	28
Praxis sonstige	1	4
Sonstiges	3	12
FORTBILDUNGSTÄTIGKEIT (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)		
Leitende Aufgabe	3	12
Am Arbeitsplatz	21	84
Außerhalb der Arbeitszeit	1	4
Ehrenamtlich	1	4

STDAW = Standardabweichung

bereitet werden. Diesbezüglich bereits vorbereitete Materialien würden die Motivation zur Durchführung einer Disseminationsmaßnahme fördern. Solche Materialien könnten konkret, z.B. Präsentationsvorlagen und Übungen, aber auch Materialien zum Mitgeben oder Aushängen sein. Bei allen Materialien sollte eine Anleitung zur Umsetzung beigefügt werden, da im Online-Kurs keine didaktischen Fähigkeiten zur Dissemination vermittelt werden.

3.4. Hürden für die Teilnahme und Durchführung einer Disseminationsmaßnahme

Aufgrund des bestehenden Zeitmangels müssten Disseminationsmaßnahmen sowohl für Teilnehmende als auch für Multiplikator_innen in den Arbeitsalltag integrierbar und verpflichtend sein. Anrechnung von Arbeitszeit oder die Aufnahme des Themas Kinderschutz in das Facharztcurriculum oder in die bestehenden Fortbildungsstrukturen im Arbeitsalltag wären dabei eine Option. Für die Teilnehmenden sei zudem eine Hürde, dass Kinderschutz häufig nicht als ursprünglich medizinisches Thema angesehen werde. Ursächlich hierfür könnte der oftmals präventive Charakter des Kinderschutzes sein, der dem ursprünglich kurativen Auftrag der Medizin nicht entspreche.

> *„Wir werden erst tätig, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist."*
>
> /// Ärztin zu Bewusstsein für Kinderschutz in der Medizin

3.5. Möglichkeiten und Ideen der Umsetzung einer Disseminationsmaßnahme

Für die Umsetzung der Disseminationsmaßnahmen seien auch praktische und interaktive Methoden wichtig, wobei jeder praktischen Übung ein Theorieteil vorausgehen sollte. Als Möglichkeit der Dissemination im Arbeitsalltag wurden, neben (klinik)-internen Fortbildungen, auch das Intranet angeführt, welches Informationen für alle Mitarbeitenden bereitstellen könnte.

Es wurde zudem die Wichtigkeit eines/einer Kinderschutzexpert_in für jeden medizinischen Arbeitsplatz hervorgehoben. Diese wären dann auch im Speziellen dafür qualifiziert entsprechende Disseminationsmaßnahmen durchzuführen.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit einer Disseminationsmaßnahme wurde die Idee eingebracht, neben der Verbreitung von grundlegenden Kenntnissen zu Kinderschutz regelmäßige Auffrischungen des erlernten Wissens anzubieten. Hierfür könnten ebenfalls etablierte Strukturen, wie z.B. Newsletter oder Aushänge, genutzt werden.

> *Indem ich das halt immer wieder thematisiere. [...] Vielleicht zweimal das Thema habe, mit einer Veranstaltung als Intro und die zweite als Vertiefung und dann ein halbes Jahr später, immer wieder als Refresher.*
>
> /// Ärztin zum Thema Nachhaltigkeit in der Fortbildung

4. Diskussion

Der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsbereiche“ hat zum Ziel, Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz an Gesundheitsfachkräfte zu vermitteln. Die Inhalte des Online-Kurses wurden bereits positiv und als relevant für den medizinischen Berufsalltag evaluiert, allerdings zeigte sich auch, dass das Angebot an Fortbildungen zu Kinderschutz in der Medizin insgesamt als zu niedrig empfunden wird und oftmals die zeitlichen Ressourcen fehlen, um den Online-Kurs abzuschließen [7]. Um eine nachhaltige und umfassende Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zu Kinderschutz unter medizinischem Personal zu erreichen, wurden, neben einer allgemeinen quantitativen Evaluation des Kurses, über qualitative, halbstrukturierte Interviews mit Absolvent_innen individuelle und detaillierte Meinungen zu Motivation, Hürden und Umsetzungsmöglichkeiten im Bereich der aktiven und zielgerichteten Verbreitung (Dissemination) von Inhalten aus dem Online-Kurs erhoben und ausgewertet. Die Absolvent_innen sollten dabei aus der Perspektive von künftigen Multiplikator_innen sprechen.
Es zeigte sich, dass 60,3% der ärztlichen Absolvent_innen bereits von sich aus Inhalte oder Materialien des Online-Kurses, auf Grund von Fortbildungsbedarf im Kolleg_innenkreis und der Eignung der Inhalte und Materialien, disseminiert hatten. In den qualitativen Interviews wurde dann ergänzend deutlich, dass Dissemination von Wissen zu Kinderschutz unter Gesundheitsfachkräften von den Befragten als notwendig angesehen wird, wobei oft Bedenken bezüglich der Motivation zur Fortbildung auf diesem Gebiet bestehen. Dies ist unter anderem auf die bereits bekannte Überlastung von Gesundheitsfachkräften zurückzuführen [1], [2], [3]. Des Weiteren kann ein Mangel an Wissen auch zu Berührungsängsten mit der Thematik führen. Das Bewusstsein für das Thema Kinderschutz in der Medizin wird noch als gering eingeschätzt. Die Interviews zeigten aber auch, dass verschiedene Parameter eine wichtige Rolle für die Motivation von Ärzt_innen bezüglich der Fortbildung allgemein und der Dissemination im Speziellen im Bereich Kinderschutz spielen. Basierend darauf können Schlussfolgerungen für verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems gezogen werden.

4.1. Möglichkeiten auf Seiten öffentlicher Institutionen

Fort- und Weiterbildungen im ärztlichen Bereich sind in Deutschland durch die Bundesärztekammer, als bundesweites Gremium der Landesärztekammern, geregelt [25]. Aktuell ist das Thema Kinderschutz lediglich für die Facharztweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie und Rechtsmedizin verpflichtend [26].
Da Kindesmisshandlung aber verschiedenste Fachgebiete tangieren kann, sollten auch Ärzt_innen in anderen Facharztweiterbildungen Grundkenntnisse hierzu besitzen. Daher muss Kinderschutz in die Weiterbildungscurricula aller Fachrichtungen, die mit Kindern oder Jugendlichen arbeiten, aufgenommen werden.
Zudem liegt es in den Händen des Staates, mehr Stellen für Fachkräfte zu schaffen, die sich überwiegend dem Kinderschutz widmen. Dies bestätigt auch die Empfehlung des Deutschen Ärztetages von 2017, welcher die Etablierung von Kinderschutzgruppen in allen Einrichtungen, die Kinder betreuen, empfiehlt [27]. Die Steigerung medialer Präsenz könnte außerdem eine Möglichkeit sein, dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

4.2. Möglichkeiten auf Seiten stationärer und ambulanter Einrichtungen

Die Ergebnisse der Interviews haben bestätigt, dass Mitarbeitende durch die Freistellung bzw. Anrechnung von Arbeitszeit oder Entlohnung dazu motiviert würden, Disseminationsmaßnahmen anzubieten bzw. wahrzunehmen. Darüber hinaus sollten Einrichtungen die Möglichkeit schaffen, eine Kinderschutzfortbildung regelmäßig und zum aktuellen Stand abzuhalten. Außerdem kann das Intranet als Austauschplattform für Inhalte und Materialien zur Verfügung gestellt werden.

4.3. Möglichkeiten auf Seiten der Multiplikator_innen

Die finale Wissensdissemination liegt bei den Multiplikator_innen. Ein wesentlicher Punkt dabei ist, die Inhalte in möglichst knapper Form weiterzugeben und Priorisierungen vorzunehmen. Die Maßnahmen sollten außerdem so gestaltet sein, dass sie langfristig zu einer Zeitersparnis im Arbeitsalltag führen. Dies sollte schon vor der Veranstaltung klar verdeutlicht werden, um die Motivation der Zielgruppe zu steigern.
Wichtig bei der Umsetzung der Maßnahmen ist außerdem ein Mix zwischen Theorie- und Praxismethoden. Theoriemethoden können dabei der Einführung und dem Erlangen grundlegenden Wissens, Praxismethoden dem Erlernen praktischer Fähigkeiten dienen. Zudem werden Fortbildungspunkte als starke Motivation zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen genannt. Eine entsprechende Zertifizierung der Disseminationsmaßnahme kann bei der entsprechenden Landesärztekammer beantragt werden.
Auf Grund der begrenzten zeitlichen Ressourcen von Gesundheitsfachkräften sollte das zu Grunde liegende Fortbildungsangebot bereits vorbereitete Disseminationsmaterialien bereitstellen.

4.4. Limitationen

Abschließend muss einschränkend erwähnt werden, dass die Interviewten nur eine Auswahl an Gesundheitsfachkräften darstellen. Ärzt_innen sind maßgebliche Akteur_innen im Bereich der Fortbildung von Gesundheitsfachkräften und die Ergebnisse aus diesem Grund eine gute Basis

für weitere Rückschlüsse auf andere medizinische Berufsgruppen. Ob die Ergebnisse aber auf die Gesamtgruppe der Ärzt_innen bzw. auf andere Gesundheitsbereiche übertragbar sind, wurde nicht untersucht. Es kann davon ausgegangen werden, dass vor allem diejenigen, die ein erhöhtes Interesse am Thema Kinderschutz haben und den Online-Kurs positiv beurteilen, an einem Interview teilgenommen haben. Da Ziel der Untersuchung die Identifikation von Möglichkeiten und Hürden von Dissemination und nicht eine Evaluation des Online-Kurses war, ist die Zusammensetzung der Interviewten aber angebracht. Des Weiteren kann soziale Erwünschtheit bei den Antworten auftreten. Um dem entgegenzuwirken, wurde im Interview auf die Wertungsfreiheit aufmerksam gemacht, die Fragen im Interview-Leitfaden wurden offen formuliert, um Vorabbeeinflussungen auszuschließen. Die Daten wurden pseudo- bzw. anonymisiert, dies wurde den Teilnehmenden vor der jeweiligen Befragung mitgeteilt, um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden.

5. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend berichten die Interviewten von einem hohen Bedarf und der Wichtigkeit von Fortbildungen zum Thema Kinderschutz in der Medizin. Es zeigt sich außerdem die Motivation, unter bestimmten Voraussetzungen eine Disseminationsmaßnahme durchzuführen und als Multiplikator_in zu fungieren. Dabei sind die Inhalte des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ gut geeignet, um disseminiert zu werden. Diese sollten aber in entsprechenden Materialien, wie z.B. Präsentationsvorlagen oder Übungen, so aufbereitet werden, dass die Inhalte möglichst einfach und effektiv von Multiplikator_innen disseminiert werden können.

6. Erklärungen

7.1. Ethik

Ein positives Ethikvotum der medizinischen Fakultät der Universität Ulm liegt vor. Es handelt sich nicht um medizinische Forschung am Menschen, daher ist die Übereinstimmung mit den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki und dem Genfer Gelöbnis gegeben.

7.2. Beiträge der Autor_innen

AM entwickelte das Forschungsdesign, führte die Datenerhebung durch, wertete die Ergebnisse aus und verfasste das Manuskript. MR, UH und JMF unterstützen bei allen Schritten der Studie, und trugen zur Interpretation der Daten und der Erstellung des endgültigen Manuskriptes bei. Alle Autor_innen haben das endgültige Manuskript gelesen und genehmigt.

7.3. Finanzielle Unterstützung

Das Projekt „Entwicklung eines E-Learning Programms „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe““ wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen „Förderung der Kindergesundheit“ unter dem Förderkennzeichen [ZMVI1-2515KIG002] gefördert. Planung, Durchführung und Auswertung der Interviews und Erstellung des Manuskriptes ist Teil der Doktorarbeit von AM und erhielt somit keine finanzielle Unterstützung.

7.4. Verwendetes Interviewmaterial

Maier A. Dissemination von Inhalten des Online-Kurses "Kinderschutz in der Medizin - ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" [Motivationen, Hürden, Umsetzungsmöglichkeiten und Methoden]. Telefoninterview.

Danksagung

Dank geht an alle 25 Freiwilligen, welche für ein Interview zur Verfügung standen und das Forschungsprojekt somit maßgeblich unterstützt haben.
Frau Anne Straube und Frau Lena Preiß unterstützten die Arbeit mit der Durchführung der Intercoder-Reliabilitätsprüfung.
Dank geht außerdem an das „Transkriptionsbüro Birgit Maier“, welches die Interviews transkribiert hat.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter
https://www.egms.de/de/journals/zma/2020-37/zma001303.shtml

1. Anhang_1.pdf (194 KB)
   Interviewleitfaden
2. Anhang_2.pdf (107 KB)
   Methodenblatt

Literatur

1. Osterloh F. Krankenhausreform: Der Personalmangel wird bleiben. Dtsch Arztebl Intern. 2015;112(45):A1859. Zugänglich unter/available from: http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=172845
2. Marburger Bund. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung: Gesamtauswertung. MB-Monitor 2017. Berlin: Marburger Bund; 2017. Zugänglich unter/available from: https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017

3. Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden: Destatis; 2016. Zugänglich unter/available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html

4. Fegert JM, Jud A, Plener PL. Kinder- und Betroffenenschutz in der Medizin. Nervenheilkunde. 2013;32(11):834-840. DOI: 10.1055/s-0038-1628556

5. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Kopenhagen: Wolrld Health Organization; 2013.

6. Sethi D, Yon Y, Parekh N, Anderson T, Huber J, Rakovac I, Meinck F. European status report on preventing child maltreatment. Kopenhagen: WHO; 2018. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30280-3

7. Maier A, Hoffmann U, Plener PL, Fegert JM. Ärztliche Kompetenzentwicklung im Kinderschutz durch E-Learning. Nervenheilkunde. 2018;37(10):730-737. DOI: 10.1055/s-0038-1674272

8. Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation. Who should do what? Ann New York Acad Sci. 1993;703:226-357. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x

9. Green LW, Ottoson JM, García C, Hiatt RA, Roditis ML. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration. Front Public Health Serv Syst Res. 2014;3(1):3.

10. Vollmar HC, Santos S, de Jong A, Meyer G, Wilm S. Wie gelangt Wissen in die Versorgung?: Implementierungsforschung und Wissenszirkulation. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2017;60(10):1139-1146. DOI: 10.1007/s00103-017-2612-z

11. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. DOI: 10.1007/978-3-531-92076-4

12. Schulze G. Einführung in die Methoden der empirischen Sozialforschung. Bamberg: Universität Bamberg; 2008.

13. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz; 2016.

14. Heistinger A. Qualitative Interviews: Ein Leitfaden zu Vorbereitung und Durchführung inklusive einiger theoretischer Anmerkungen. Innsbruck: Universität Innsbruck; 2006. Zugänglich unter/available from:: https://www.uibk.ac.at/iezw/mitarbeiterinnen/senior-lecturer/bernd_lederer/downloads/durchfuehrung_von_qualitativen_interviews_uniwien.pdf

15. Kromrey H, Roose J, Strübing J. Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit Annotationen aus qualitativ-interpretativer Perspektive. 13., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK; UVK/Lucius; 2016. Zugänglich unter/available from: http://www.utb-studi-e-book.de/9783838586816

16. WolfVision GmbH. Comparison of 5 different presentation methods. Klaus, Österreich: WolfVision GmbH; 2018. Zugänglich unter/available from: https://www.wolfvision.com/wolf/comparison-of-5-presentation-methods_e.pdf

17. Döring KW. Handbuch Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2008.

18. Gesellschaft für Arbeit, Chancengleichheit und Innovation. Werkzeuge für das Personalmanagement - Methoden der Weiterbildung. Berlin, Duisburg: Gesellschaft für Arbeit, Chancengleichheit und Innvation. Zugänglich unter/available from: http://www.wertpunktarbeit.de/images/File/Methoden%20der%20Weiterbildung.pdf

19. IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2018.

20. Mayring P. Combination and Integration of Qualitative and Quantitative Analysis. Forum Qual Sozialforsch. 2001;2(1):Art 6. Zugänglich unter/available from: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/967/2111

21. Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Mit 87 Tabellen. 4., überarb. Aufl., limitierte Sonderausg. Berlin: Springer; 2015.

22. Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; 2010.

23. Nickerson RS. A note on long-term recognition memory for pictorial material. Psychon Sci. 1968;11(2):58. DOI: 10.3758/BF03330991

24. Mayering P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz; 2015.

25. Bundesärztekammer. Aufgaben der Bundesärztekammer. Berlin: Bundesärztekammer. Zugänglich unter/available from: http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/

26. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung. Berlin: Bundesärztekammer; 2018. Zugänglich unter/available from:: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf

27. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll: 120. Deutscher Ärztetag. Berlin: Bundesärztekammer; 2017. Zugänglich unter/available from: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf

Korrespondenzadresse:
Jörg M. Fegert
Uniklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm, Deutschland
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Bitte zitieren als
Maier A, Rassenhofer M, Hoffmann U, Fegert JM. Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. GMS J Med Educ. 2020;37(1):Doc10.
DOI: 10.3205/zma001303, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013037

Artikel online frei zugänglich unter
https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001303.shtml

Eingereicht: *03.06.2019*
Überarbeitet: *09.11.2019*
Angenommen: *12.12.2019*
Veröffentlicht: *17.02.2020*

Copyright
©2020 Maier et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

7.1.3. Publikation C: Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz: Dissemination der Inhalte eines Online-Kurses unter Gesundheitsfachkräften.

Darstellung des Eigenanteils:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projektes, Entwicklung des Forschungsdesigns, Hauptverantwortung für die Gewinnung der Proband*innen, Hauptverantwortung für Datenpflege, -bereinigung und -auswertung, Zusammenführung des Datensatzes mit dem Datensatz der Kursevaluation, Durchführung der Datenauswertung sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskriptes inkl. der Erstellung von Tabellen und Abbildungen, Umsetzung der Anmerkung von Co-Autor*innen und Peer-Reviewer*innen, Korrekturlesen der Druckfahne.

Referenz:

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020b). Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1 (Open Access. Dieser Artikel wurde unter der Lizenz CC BY 4.0 veröffentlicht (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0).)

Präv Gesundheitsf
https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1
Eingegangen: 12. Februar 2020
Angenommen: 7. April 2020

© Der/die Autor(en) 2020

Anna Maier · Jörg M. Fegert · Ulrike Hoffmann

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz

Dissemination der Inhalte eines Online-Kurses unter Gesundheitsfachkräften

Hinführung zum Thema

Das Ziel 16.2 der von den Vereinten Nationen formulierten Nachhaltigkeitsziele thematisiert die Beendigung von Missbrauch und Ausbeutung von Kindern, Kinderhandel, Folter und alle Formen von Gewalt gegen Kinder bis zum Jahr 2030 [14]. In Europa sind Kinder und Jugendliche im zweistelligen Millionenbereich von verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung betroffen. Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) geht zudem davon aus, dass 90 % dieser Fälle von Fachkräften in Institutionen übersehen werden [10].

Hintergrund

Auch in Deutschland zeigt sich eine anhaltend hohe Prävalenz von Kindesmisshandlung (Vernachlässigung, körperliche und emotionale Misshandlung und sexueller Missbrauch). Kinderschutz sollte also auch hierzulande ein wichtiges Thema sein, ist aber oftmals noch nicht von durchgehender Bedeutung für Gesellschaft und Politik [10, 17]. Zudem ist eine Misshandlungserfahrung in Kindheit und Jugend ein Risikofaktor für psychische und physische Folgeerkrankungen und soziale Folgeerscheinungen [1, 4, 9, 12, 13, 16]. *Kindesmisshandlung* ist somit eine der Hauptursachen für gesundheitliche Ungleichheit und soziale Ungerechtigkeit [11]. Hierdurch entstehen hohe gesellschaftliche Folgekosten, u. a. auch hohe Belastungen für das Gesundheitssystem [5].

Daher ist es wichtig, Wege zu finden, um Kindern ein gewaltfreies Aufwachsen bzw. ein frühzeitiges Erkennen von Misshandlungen und eine adäquate Unterstützung ermöglichen zu können. Nur so kann schwerwiegenden Langzeitfolgen vorgebeugt und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen gefördert werden. Wichtig beim Erkennen von Kindesmisshandlung und der Prävention von Folgeerkrankungen ist *Aufklärung und Sensibilisierung* für die Thematik durch Verbreitung von Wissen unter Gesundheitsfachkräften, da diese durch ihren regelmäßigen Kontakt mit Kindern und Jugendlichen wichtige Akteure im Kinderschutz sind. Andererseits sind Kinderschutzfälle aber auch belastend für die Gesundheitsfachkräfte, deren Gesundheit ebenfalls geschützt werden sollte. Bisher befindet sich das Thema gar nicht oder nur in zu geringen Anteilen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften wieder [2, 3]. Zudem besteht gerade im medizinischen Bereich ein großer Mangel an zeitlichen Ressourcen, welcher die Fortbildung erschwert [7].

Online-Kurs zu Kinderschutz

Seit 2015 wird unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsbereiche“ (www.grundkurs.elearning-kinderschutz.de) entwickelt. Der Online-Kurs vermittelt Wissen zu Kinderschutz und sensibilisiert für die Thematik. Die begleitende Evaluation zum Online-Kurs zeigt eine hohe Nutzerzufriedenheit mit den Inhalten und deren Relevanz für die medizinische und therapeutische Praxis. Aus den Anmeldezahlen wird deutlich, dass großes Interesse am Kurs besteht. Es zeigt sich jedoch auch, dass 35 % der Teilnehmenden, überwiegend aus zeitlichen Gründen, es nicht schaffen den Kurs abzuschließen [7].

Um trotzdem möglichst vielen Gesundheitsfachkräften Wissen über Kinderschutz zu vermitteln, wurde beim Aufbau des Kurses auch überlegt, die Stellung von Kursabsolvent*innen in deren Einrichtungen zu nutzen. Denn diese haben als Multiplikator*innen einen privilegierten Zugang zu ihren Kolleg*innen und können somit das im Online-Kurs gewonnene Wissen weitergeben.

Die Dissemination von Wissen

Eine Möglichkeit, wie die Weitergabe von Wissen möglichst nachhaltig und effektiv stattfinden kann, ist die Dissemination als aktive, zielgruppenorientierte Verbreitung von Wissen [15]. 25 ärztliche Absolvent*innen des Online-Kurses wurden zu Chancen und Hürden der Dissemination interviewt. Es wurde speziell die Berufsgruppe der Ärzt*innen ausgewählt, weil dies die größte Grup-

Abkürzungen

MW	Mittelwert
Stdabw	Standardabweichung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Published online: 27 April 2020



Abb. 1 ▲ Disseminationsmaterialien zur Thematik Gesprächsführung im Kinderschutz

pe der Absolvent*innen am Online-Kurs ist. Als Motivationsgründe für die Durchführung einer Disseminationsmaßnahme gaben diese u. a. speziell für die Dissemination geeignete Materialien an. Zudem hielten die Befragten v. a. einen Mix aus theorie- und praxisbasierten Methoden für die Durchführung für sinnvoll [8].

Disseminationsmaterialien zum Online-Kurs

Daher wurden verschiedene Disseminationsmaterialien zu den von den Absolvent*innen als besonders relevant erachteten Themen des Online-Kurses entwickelt [8].

Wie in den Interviews angeregt, liegen als Disseminationsmaterialien nun Präsentationen, Gruppenarbeiten und Anleitungen für praktische Übungen für alle teilnehmenden Berufsgruppen vor. Im Zuge der Qualitätssicherung stehen die Materialien erst dann zur Verfügung, wenn die Teilnehmenden durch die Absolvierung des Kurses nachprüfbar Wissen erworben haben. Die Materialien enthalten ausgewählte Inhalte des Online-Kurses in aufbereiteter Form und Quellen für weiterführende Informationen. Zu allen Materialien gibt es außerdem eine methodische Anleitung zur Vorbereitung und Durchführung der Disseminationsmaßnahme. Die Disseminationsmaterialien können von allen Absolvent*innen aller Berufsgruppen des Online-Kurses genutzt werden, um die Lerninhalte an Kolleg*innen weiterzugeben. Das Ziel der Disseminationsmaterialien ist, möglichst viele Absolvent*innen zu motivieren, ihr Wissen weiterzugeben, um möglichst vielen Gesundheitsfachkräften Grundkenntnisse im Kinderschutz zu vermitteln. Somit kann deren *Handlungssicherheit* erhöht werden, Kindesmisshandlungen früher zu erkennen und adäquat damit umzugehen. Auf diese Weise kann sowohl schweren Folgeerkrankungen bei den Betroffenen als auch belastungsbedingten Erkrankungen bei den behandelten Gesundheitsfachkräften präventiv entgegengewirkt werden.

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie die Nutzenden die Disseminationsmaterialien, deren Inhalte und Anwendung evaluiert haben und welche Optimierungen noch durchgeführt werden sollten, um möglichst viele Gesundheitsfachkräfte zu erreichen (**Abb. 1**).

Evaluationsmethodik

Alle Absolvent*innen des Online-Kurses nahmen nach Abschluss des Kurses an einer Abschlussevaluation teil. Im Rahmen dieser Befragung wurden erste Fragen bezüglich bisheriger Disseminationstätigkeiten erfasst.

Die Evaluation der Disseminationsmaterialien war freiwillig und wurde ebenfalls mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt. Die Evaluation erfolgte überwiegend über Aussagen, denen die Multiplikator*innen mit Hilfe einer sechsstufigen Likert-Skala zustimmen mussten (1 = „stimme gar nicht zu" bis 6 = „stimme voll und ganz zu"). Je höher der Wert, desto höher war die Zufriedenheit mit den Disseminationsmaterialien. Es konnten alle Materialien oder nur einzelne genutzt werden. Die Multiplikator*innen wurden konkret nur zu den Materialien befragt, die sie auch genutzt haben. Zudem wurde der Nutzen der Disseminationsmaßnahme an sich erhoben. Die Daten der Evaluationsbefragung wurden mit Stand zum 30. Juni 2019 ausgewertet.

Die Auswertung der Daten erfolgte über die Datenanalysesoftware SPSS™ (IBM Corp., Armonk, NY: Version 25.0, [6]). Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät vom 16.06.2016 liegt vor. Die Regelungen der Deklaration von Helsinki wurden eingehalten.

Bereitschaft zur Dissemination

Von Juni 2016 bis Ende Juni 2019 haben 1305 Gesundheitsfachkräfte den Kurs erfolgreich abgeschlossen (**Tab. 1**).

Die Befragung zur Dissemination von Kursinhalten ohne die speziell vorbereitenden Disseminationsmaterialien ergab, dass 60,2 % ($n = 786$) der Absolvent*innen bereits Lerninhalte des Online-Kurses (z. B. Texte, Fallverläufe, Handouts) an Kolleg*innen weitergegeben hatten (**Abb. 2**).

Zudem wurde deutlich, dass der häufigste Grund, warum keine Dissemination stattgefunden habe, Zeitmangel seitens der Absolvent*innen ($n = 336$; 64,7 % von 519) und seitens der Kolleg*innen ($n = 317$; 61,1 % von 519) war. Die häufigsten Gründe für die Weitergabe von Inhalten des Kurses an Kolleg*innen waren die gute Beurteilung der Eignung der Inhalte zur Weitergabe ($n = 772$; 98,2 % von

Präv Gesundheitsf https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1
© Der/die Autor(en) 2020

A. Maier · J. M. Fegert · U. Hoffmann

Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz. Dissemination der Inhalte eines Online-Kurses unter Gesundheitsfachkräften

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Prävalenz von Kindesmisshandlung in Deutschland ist anhaltend hoch und eine der Hauptursachen für gesundheitliche Ungleichheit. Gesundheitsfachkräfte sind wichtige Akteure beim Erkennen von und Umgang mit Kindesmisshandlung, daher ist eine umfassende Fortbildung zum Thema bedeutsam. Der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin" wurde positiv evaluiert, es wurde aber deutlich, dass viele Teilnehmende den Kurs aus zeitlichen Gründen nicht abschließen konnten. Um trotzdem möglichst viele Gesundheitsfachkräfte zum Thema Kinderschutz fortzubilden, wurden zusätzlich Materialien zur Dissemination der bedeutendsten Inhalte des Kurses entwickelt.

Fragestellung. Diese Arbeit stellt die Evaluation der Disseminationsmaterialien vor und zeigt weitere Schritte in diese Richtung auf.

Material und Methoden. Die Disseminationsmaterialien stehen allen Absolvent*innen des Online-Kurses zur Verfügung. Zu allen Materialien gibt es eine methodische Anleitung, um die Durchführung einfach zu gestalten. Anschließend können die Materialien online evaluiert werden.

Ergebnisse. Die Disseminationsmaterialien haben 55 der 1305 Absolvent*innen als Multiplikator*innen genutzt und evaluiert. Es zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit den Materialien über alle Berufsgruppen hinweg. Es konnten theoretische, aber auch praktische Kenntnisse im Kinderschutz vermittelt werden. Ein Großteil gab zudem an, dass ohne die Materialien keine Disseminationsmaßnahme stattgefunden hätte.

Diskussion. Künftig sollen noch mehr Absolvent*innen motiviert werden die Materialien zu nutzen und zu evaluieren. Der Online-Kurs kann somit als Multiplikator*innenschulung dienen und bei der Umsetzung von Inhouse-Fortbildung unterstützen. Somit kann Wissen zu Kinderschutz in der Medizin breit disseminiert werden.

Schlüsselwörter

Kindesmisshandlung · Kinder und Jugendliche · Fortbildung · Multiplikator*innen · Kompetenzaufbau

Health promotion by increasing knowledge about child protection. Disseminating of the contents from an online course to health professionals

Abstract

Background. The prevalence of child maltreatment (child abuse) in Germany is persistently high and one of the main causes of health inequalities and social injustice. Health professionals are important in recognizing and dealing with child maltreatment, so comprehensive continuing education on the subject is important. The online course "Child Protection in Medicine" was evaluated positively but it became clear that many participants were unable to complete the course due to time constraints. To train as many health professionals as possible on the subject of child protection, additional materials to disseminate the most important contents of the course were developed.

Objectives. This paper presents the evaluation of the dissemination materials and points out further steps in this direction.

Materials and methods. The dissemination materials are available to all graduates of the online course. For all materials there is a methodological guide to make the implementation easy. The materials can be evaluated online afterwards.

Results. In all, 55 of 1305 graduates used and evaluated the dissemination materials as multipliers. A high level of satisfaction with the materials was revealed across all professional groups. Both theoretical and practical knowledge in child protection could be imparted. The majority also stated that without the materials, no dissemination measures would have taken place.

Discussion. In the future, even more graduates should be motivated to use and evaluate the materials. The online course can thus serve as multiplier training and support the implementation of in-house training. Thus, knowledge about child protection in medicine can be disseminated widely.

Keywords

Child maltreatment · Children and adolescents · Continuing medical education · Multipliers · Capacity building

786), Weiterbildungsbedarf im Arbeitsumfeld ($n = 735$; 93,5 % von 786) und fehlende zeitliche Ressourcen bei den entsprechenden Kolleg*innen, den Online-Kurs selbst zu absolvieren ($n = 430$; 54,7 % von 786).

Ab August 2018 wurden dann die speziell vorbereitete Disseminationsmaterialien zum Online-Kurs für die Absolvent*innen zur Verfügung gestellt (**Abb. 3**).

Evaluation der Disseminationsmaterialien

Den Evaluationsfragebogen zu den Disseminationsmaterialien haben 55 Absolvent*innen des Kurses ausgefüllt, überwiegend Ärzt*innen ($n = 21$), Psychotherapeut*innen ($n = 13$) und Pflegekräfte ($n = 10$). Wie viele Absolvent*innen die Materialien aber tatsächlich genutzt haben, kann nicht überprüft werden. Der Anteil derjenigen, die die Materialien genutzt und evaluiert haben, entsprechen lediglich 4,2 % aller Absolvent*innen des Online-Kurses. Bei der Betrachtung der Gesamtgruppe aller Absolvent*innen zeigt sich allerdings, dass diese durch die Gruppe der Evaluierenden der Disseminationsmaterialien gut wiedergespiegelt wird.

Die Absolvent*innen, die die Disseminationsmaterialien genutzt und evaluiert haben, waren im Mittel 43 Jahre alt (Standardabweichung [Stdabw]: 10,2) und hat-

Tab. 1 Demographische Darstellung der Absolvent*innen des Online-Kurses

		MW	Stabw
Alter (Jahre)		42	10,4
Berufserfahrung (Jahre)		13	9,8
		n	**% (von 1305)**
Geschlecht	Weiblich	1.105	84,7
	Männlich	198	15,2
	Divers	2	0,2
Berufsgruppe	Ärzt*innen	545	41,8
	Psychotherapeut*innen	233	17,9
	Pflegekräfte	236	18,1
	Nicht-approbierte Therapeut*innen	159	12,2
	Sonstige	132	10,1

MW Mittelwert, ***Stabw*** Standardabweichung

Infobox für mehr Informationen

Der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitskräfte": Eine kostenlose Anmeldung ist noch bis zum 30.09.2020 unter https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/ möglich.
Die Medizinische Kinderschutzhotline: Bundesweites, kostenfreies und 24 h erreichbares telefonisches Beratungsangebot bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlungen für Gesundheitsfachkräfte. 0800/19 210 00; www.kinderschutzhotline.de

ten eine Berufserfahrung von 13 Jahren (Stdabw: 9,8). 87,3 % waren weiblich und 12,7 % männlich.

In **Tab. 2** wird die Beurteilung der unterschiedlichen Materialien getrennt nach Berufsgruppen dargestellt.

Es zeigt sich eine hohe Zufriedenheit der Evaluierenden mit den angebotenen Disseminationsmaterialien über alle Berufsgruppen hinweg.

Durch die vorgefertigten Präsentationen wird es sehr erleichtert, die Inhalte weiterzugeben, insbesondere an uns medizinisches Fachpersonal […]. So können die wichtigsten Inhalte mit nur kurzem Vorbereitungsaufwand adäquat übermittelt werden. (Nutzerin der Disseminationsmaterialien)

Einige der Multiplikator*innen hätten sich allerdings noch mehr bzw. detaillierte und anschauliche Informationen zu Themen des Kinderschutzes gewünscht sowie weitere Praxis- und Fallbeispiele.

Evaluation der Disseminationsmaßnahme

Darüber hinaus wurden auch die gesamten Disseminationsmaßnahmen evaluiert. Dabei gaben 87,3 % ($n = 48$) der Evaluierenden an, dass sie dem Thema Kinderschutz durch die Disseminationsmaßnahme an ihrem Arbeitsplatz mehr Aufmerksamkeit verschaffen konnten. 81,8 % ($n = 45$) konnten bei ihren Kolleg*innen mehr Interesse für das Thema wecken und 69,1 % ($n = 38$) diese sogar zu weiteren Fortbildungen zu Kinderschutz motivieren.

Ich finde die Materialien in Inhalt und Umfang gut, um Kollegen einen Eindruck zu vermitteln ohne zu viel Input zu geben. (Nutzerin der Disseminationsmaterialien)

Zudem gaben 87,3 % ($n = 48$) an, dass sie theoretisches und 80 % ($n = 44$), dass sie praktisches Wissen im Bereich Kinderschutz vermitteln konnten. 89,1 % ($n = 49$) wurden durch die bereitgestellten, vorgefertigten Disseminationsmaterialien stark motiviert, eine Disseminationsmaßnahme an ihrem Arbeitsplatz anzubieten, 61,8 % ($n = 34$) gaben sogar an, dass sie ohne die Disseminationsmaterialien keine Disseminationsmaßnahme angeboten hätten.

Diskussion

Kindesmisshandlungen haben deutschlandweit immer noch eine anhaltend hohe Prävalenz [17]. Gesundheitsfachkräfte sind wichtige Akteure im Kinderschutz, diese verfügen aber oftmals über zu wenig Wissen und somit eine *unzureichende Sensibilisierung* für die Thematik Kinderschutz. Dies kann ein Übersehen von Misshandlungsfällen zur Folge haben. Dabei wurden mittlerweile zahlreiche Maßnahmen zur Unterstützung von Betroffenen von Misshandlungen installiert. Damit diese auch genutzt werden, mit (Verdachts-)fällen und den Betroffenen adäquat umgegangen und die Belastung vermindert werden kann, ist es wichtig, dass Fachkräfte, die regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen, hinreichend Wissen zu der Thematik Kindesmisshandlung und Kinderschutz besitzen.

Um mehr Grundkenntnisse zu Kinderschutz unter Gesundheitsfachkräften zu verbreiten, bietet der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" Disseminationsmaterialien an, die von den Absolvent*innen des Kurses als Multiplikator*innen genutzt werden können.

55 Absolvent*innen evaluierten in ihrer Tätigkeit als Multiplikator*innen die Disseminationsmaterialien und waren sehr zufrieden mit diesen. Dies zeigt sich über alle Berufsgruppen hinweg. Es zeigt sich zudem, dass viele *Disseminationsmaßnahmen* ohne die vorbereiteten Materialien nicht stattgefunden hätten. Man kann also davon ausgehen, dass die Materialien eine wichtige Unterstützung der Multiplikator*innen aus allen Gesundheitsberufe sind, aber auch, dass Eigenmotivation notwendig ist, um eine Disseminationsmaßnahme anzubieten. Die Disseminationsmaterialien können diese Eigenmotivation und somit die effektive und umfassende Verbreitung des Wissens maßgeblich unterstützen. Der geringe Anteil derjenigen Absolvent*innen, welche die Disseminationsmaterialien letztendlich genutzt und auch evaluiert haben darf bei der Interpretation der Ergebnisse aber nicht vernachlässigt werden. Die deutlich positiven Ergebnisse können aber eine Tendenz der Bewertung und des Effekts der Disseminationsmaterialien aufzeigen.

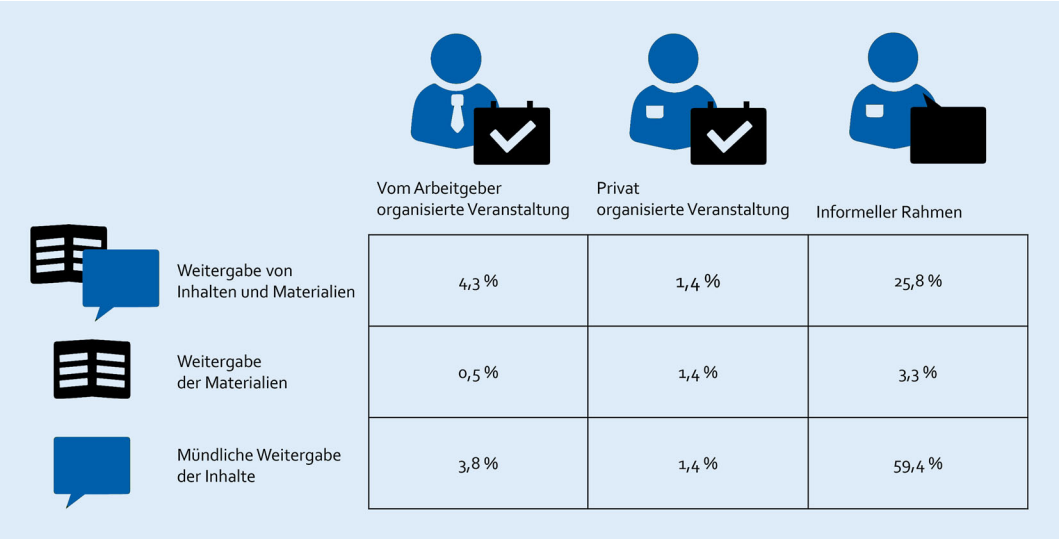


Abb. 2 ◀ Art und Rahmen der durchgeführten Disseminationsmaßnahmen ($n = 786$)

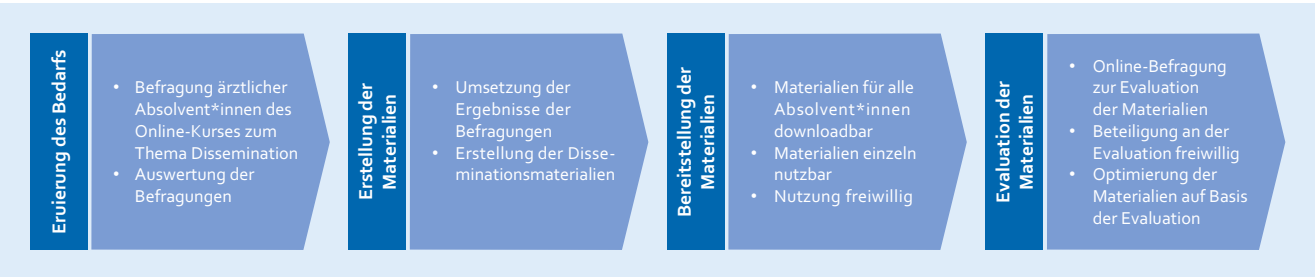


Abb. 3 ▲ Zeitlicher Verlauf der Entwicklung der Disseminationsmaterialien

Ziel für die Zukunft sollte nun sein, noch mehr Absolvent*innen des Online-Kurses zu motivieren, die Materialien zu verwenden, Disseminationsmaßnahmen für Kolleg*innen anzubieten und die Materialien zu evaluieren. Der Online-Kurs kann als Multiplikator*innenschulung dienen und helfen, Inhouse-Fortbildungen in zahlreichen medizinischen Einrichtungen, aus denen die Absolvent*innen des Online-Kurses kommen, zu realisieren. Somit kann eine weite Verbreitung von Wissen zur Thematik Kinderschutz unter Gesundheitsfachkräften erreicht werden.

Zudem sollte überlegt werden weitere Inhalte des Online-Kurses als Disseminationsmaterialien aufzubereiten. Bisher wird deutlich, dass die Evaluierenden der Disseminationsmaterialien sich u. a. noch mehr Inhaltliches zu den Themen Gesprächsführung und Vernetzung mit anderen Akteuren wünschen. Es ist geplant, dass diese Materialien in einem weiteren Schritt entwickelt werden.

Grundsätzlich zeigen die Evaluationsergebnisse, dass Dissemination unter Gesundheitsfachkräften gut funktionieren kann [15]. Daher wäre ein solches Vorgehen auch für andere medizinische Bereiche überlegenswert. Das Wichtige bei der Dissemination ist die Orientierung an der entsprechenden Zielgruppe. Da Zeitmangel im medizinischen Bereich ein fachbereichsübergreifendes Thema darstellt, ist es empfehlenswert zu versuchen, dabei den zusätzlichen Aufwand für die Multiplikator*innen möglichst gering zu halten. Disseminationsmaterialien sollten daher so erstellt werden, dass sie ohne weitere Anpassung durch die Multiplikator*innen verwendet werden können. Zu allen Materialien sollte es außerdem eine methodische Anleitung geben, um die Vorbereitung und Durchführung der Disseminationsmaßnahme für die Multiplikator*innen zu vereinfachen. Da die Erstellung von Disseminationsmaterialien zeitliche und finanzielle Ressourcen benötigt, sollte die Möglichkeit der Dissemination von Anfang an beim Aufbau einer Fortbildung mitgedacht werden. Bei der Evaluation von Fortbildungsangeboten ist zudem zu empfehlen, Themen von den Teilnehmenden benennen zu lassen, die diese als besonders wichtig und geeignet für eine Disseminationsmaßnahme erachten.

Die Befragung zu Dissemination von Wissen der ärztlichen Absolvent*innen des Online-Kurses und auch der Bericht der WHO zum Stand der Prävention von Kindesmisshandlungen in Europa zeigen, dass v. a. die Sensibilisierung für Kindesmisshandlung und deren Prävalenz, Risikofaktoren, Hinweiszeichen, Symptome und Folgen sehr bedeutend für die Ausbildung und den Aufbau von Kompetenzen zur angemessenen Unterstützung von Betroffenen von Misshandlungen sind [8, 11]. All diese Themen werden sowohl durch den Online-Kurs als auch mit den Disseminationsmaterialien vermittelt. Der Online-Kurs wird bezüglich der Ausbildung und dem Aufbau von Kompetenzen im Kinderschutz zusammen

Tab. 2 Evaluation der Disseminationsmaterialien nach Berufsgruppen

	Art des Materials								
	Präsentationsvorlage zu Themen des Kinderschutzes						Anleitung zu Gruppenarbeit zu Themen des Kinderschutzes		Anleitung zu praktischen Übungen zu Themen des Kinderschutzes
	Definitionen, Epidemiologie und Relevanz	Anamnese	Vorgehen	Rechtliche Grundlagen	Vernetzung	Gesprächsführung	Vernetzung	Gesprächsführung	
Berufsgruppe	**Mittelwert[a]; Standardabweichung (*n*)**								
*Ärzt*innen*	5,56; 0,64 (18)	5,58; 0,67 (18)	5,67; 0,51 (18)	5,56; 0,58 (17)	5,50; 0,69 (18)	5,68; 0,50 (17)	5,59; 0,66 (16)	5,63; 0,48 (15)	5,72; 0,45 (16)
Pflegekräfte	5,75; 0,54 (10)	5,75; 0,42 (10)	5,75; 0,42 (10)	5,85; 0,24 (10)	5,72; 0,36 (9)	5,83; 0,35 (9)	5,79; 0,42 (10)	5,89; 0,33 (9)	5,79; 0,39 (7)
*Psychotherapeut*innen*	5,73; 0,33 (13)	5,62; 0,55 (13)	5,63; 0,48 (12)	5,50; 0,48 (12)	5,50; 065 (13)	5,50; 0,54 (13)	5,41; 0,66 (11)	5,54; 0,66 (12)	5,63; 0,64 (12)
Sonstige Gesundheitsfachkräfte	5,73; 0,34 (11)	5,77; 0,47 (11)	5,68; 0,51 (11)	5,68; 0,51 (11)	5,73; 0,47 (11)	5,50; 0,71 (10)	5,39; 0,93 (9)	5,44; 0,68 (9)	5,55; 0,69 (10)

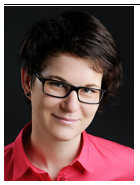
[a](Min: 1; Max: 6); je höher der Wert, desto höher die Zufriedenheit mit den Disseminationsmaterialien

mit der medizinischen Kinderschutzhotline (https://www.kinderschutzhotline.de/) im genannten WHO-Bericht als Leuchtturmprojekt hervorgehoben und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung bei Kindern. Die Kinderschutzhotline berät Gesundheitsfachkräfte bei Verdachtsfällen auf Kindesmisshandlung und holt somit Rückmeldungen zu relevanten Themen aus der Praxis ein, auf denen basierend der Online-Kurs inhaltlich weiterentwickelt und ergänzt wird [11]. Die Dissemination von Wissen zu Kinderschutz in der Medizin über den Online-Kurs hinaus kann zum einen dazu führen, dass mehr Fälle von Kindesmisshandlung erkannt werden und den adäquaten Umgang mit solchen verbessern, aber auch die Handlungssicherheit bei Gesundheitsfachkräften erhöhen und somit die Belastungen von Gesundheitsfachkräften durch Misshandlungsfälle vermindern. Dies ist eine bedeutende Chance, *Missbrauch und Gewalt gegen Kinder* frühzeitig zu erkennen und langfristig zu helfen, das Risiko für schwere und lebenslange Folgeerkrankungen zu verringern.

Fazit für die Praxis

- **Die Prävalenzen von Kindesmisshandlungen sind anhaltend hoch.**
- **Es kann davon ausgegangen werden, dass zahlreiche Misshandlungsfälle in Einrichtungen übersehen werden.**
- **Misshandlungserfahrungen erhöhen das Risiko für spätere, teilweise lebenslange Folgeerkrankungen.**
- **Gesundheitsfachkräfte sind wichtige Akteure beim Erkennen von und dem Umgang mit Misshandlungsfällen.**
- **Ein Online-Kurs zu Kinderschutz für Gesundheitsfachkräfte wurde von den Absolvent*innen durchweg positiv evaluiert.**
- **Um die Inhalte des Online-Kurses noch weiter zu verbreiten wurden Materialien zur Dissemination der Inhalte entwickelt.**
- **Die Absolvent*innen des Online-Kurses konnten diese Materialien als Multiplikator*innen nutzen.**
- **Sowohl Inhalt als auch Methoden der Disseminationsmaterialien wurden sehr positiv beurteilt.**
- **Künftig sollten noch mehr Gesundheitsfachkräfte motiviert werden die Materialien zu nutzen und noch weitere Themengebieten durch die Disseminationsmaterialien abgedeckt werden.**

Korrespondenzadresse



Anna Maier
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5,
89075 Ulm, Deutschland
Anna.Maier@uniklinik-ulm.de

Danksagung. Die Autor*innen danken alle Absolvent*innen des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe", die Arbeit und Zeit zur Dissemination der Lerninhalte des Online-Kurses und der Evaluation dieser investiert haben.

Förderung. Die Entwicklung des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" und dessen Evaluation wird im Rahmen des Projektes „Entwicklung eines E-Learning Programms ‚Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe'" vom Bundesministerium für Gesundheit im Zeitraum Juni 2015 bis September 2020 gefördert.

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Maier, J.M. Fegert und U. Hoffmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät der Universität Ulm, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Proband*innen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Literatur

1. Corso PS, Edwards VJ, Fang X et al (2008) Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. Am J Public Health 98(6):1094–1100
2. Fegert JM, Jud A, Plener PL (2013) Kinder- und Betroffenenschutz in der Medizin. Nervenheilkunde 32(11):834–840
3. Fegert JM, Rassenhofer M, Schneider T et al (Hrsg) (2013) Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Beltz Juventa, Weinheim, Basel (Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann. Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz)
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K et al (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 373(9657):68–81
5. Habetha S, Bleich S, Weidenhammer J et al (2012) A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 6(1):35
6. IBM Corp. (2018) IBM SPSS Statistics for Windows (released 2018), Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp
7. Maier A, Hoffmann U, Fegert JM (2019) Kinderschutz in der Medizin. E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz [Child protection in the medical field—e-learning curriculum for acquiring basic knowledge and competence to act]. MMW Fortschr Med 161(Suppl 4):1–8
8. Maier A, Rassenhofer M, Hoffmann U, Fegert JM (2020) Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: A qualitative survey. GMS J Med Educ 37(1):Doc10
9. Norman RE, Byambaa M, De R et al (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect. A systematic review and meta-analysis. PLoS Med 9(11):e1001349
10. Sethi D, Bellis M, Hughes K et al (2013) European report on preventing child maltreatment
11. Sethi D, Yon Y, Parekh N et al (2018) European status report on preventing child maltreatment
12. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM et al (2004) Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective study in males and females. Br J Psychiatry 184:416–421
13. Teicher MH, Samson JA (2013) Childhood maltreatment and psychopathology. A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. Am J Psychiatry 170(10):1114–1133
14. United Nations (2020) Sustainable development goal 16. https://sustainabledevelopment.un.org/sdg16. Zugegriffen: 11. Febr. 2020
15. Vollmar HC, Santos S, de Jong A et al (2017) Wie gelangt Wissen in die Versorgung? Implementierungsforschung und Wissenszirkulation [How does knowledge reach health care practice?: Implementation research and knowledge circulation]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 60(10):1139–1146
16. Weber S, Jud A, Landolt MA (2016) Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment. A systematic review. Qual Life Res 25(2):237–255
17. Witt A, Brown RC, Plener PL et al (2017) Child maltreatment in Germany. Prevalence rates in the general population. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 11:47

7.2. Methodenübersicht für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Methodenübersicht für ärztliche Absolvent*innen des Online-Kurses “Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsfachkräfte”, die an einem telefonischen Interview zum Thema Dissemination der Lerninhalte des Kurses durch Multipliktator*innen teilgenommen haben, zur Vorbereitung auf das Interview.

Publiziert in

Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. GMS Journal for Medical Education, 37(1), Artikel 10. https://doi.org/10.3205/zma001303 (Open Access. Dieser Artikel wurde unter der Lizenz CC BY 4.0 veröffentlicht (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0).).

Methodenübersicht für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Sie haben sich zur Teilnahme an einem qualitativen Telefoninterview zum Online Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe" und der Verbreitung der Lerninhalte des Kurses bereiterklärt. Das Ziel der Interviews ist unter anderem auf Basis Ihrer Rückmeldungen Unterstützungsangebote zu Methoden zu entwickeln, die den Absolventinnen und Absolventen des Online-Kurses künftig zur Verfügung gestellt werden sollen.

Zur Vorbereitung auf das Interview erhalten Sie hier eine Übersicht verschiedener Methoden, die im Bereich der Weiterbildung Anwendung finden und auch für die Weiterverbreitung des Online-Kurses genutzt werden können.

Die Methoden werden jeweils kurz grundsätzlich erläutert und dann beschrieben wie Unterstützungsangebote zu den Methoden von Seiten des Projektteams aussehen würden. Unter ‚Materialien' wird aufgelistet welches Equipment Sie zusätzlich benötigen, ‚Zusätzliche Vorbereitung' nennt die Dinge, die neben der Auseinandersetzung mit der Thematik und der Methode noch vorbereitet werden müssen.

Bitte lesen Sie die Übersicht durch, wir werden im Telefoninterview Ihre Meinungen bzw. Erfahrungen zu den verschiedenen Methoden abfragen.

Vielen Dank
Das Projektteam

© KJPP Ulm, Universitätsklinikum Ulm 2016

1. Methoden zur Theorievermittlung[1,2]

Ziel ist jeweils die schnelle Vermittlung von theoretischen Fachinhalten und Entscheidungsgrundlagen von Handlungsoptionen. Alle Methoden setzen die Auseinandersetzung mit der Thematik (Texte(e) zu den Lerninhalten und ggf. weiterführende Literatur) voraus.

1.1 Präsentation ohne visuelle Hilfsmittel

Methode	Vortrag zur Vermittlung von Wissen
Umsetzungshilfe	• Leitfaden für den Vortrag • Zusammenfassung zu den jeweiligen Themen (kann als Handout genutzt werden)
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit dem Vortragsleitfaden

1.2 Präsentation mit FlipChart/Poster

Methode	Vortrag mit Unterstützung/Visualisierung durch ein Poster bzw. ein gestaltetes Flipchart, anhand dessen die Inhalte erklärt und verdeutlicht werden können.
Umsetzungshilfe	Poster oder Vorlage für ein Flipchart, das während des Vortrags gestaltet werden kann.
Material	ggf. Flipchart und Flipchartmarker (bei Verwendung des FlipCharts)
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit dem Vortragsleitfaden und der Poster-/Flipchart-vorlage

[1]https://www.m-c-p.ch/downloads/produktedaten/category/77-wolfvision-prospekte.html?download=105:wolfvision-5-praesentations-methoden
[2]http://www.wertarbeitgmbh.de/images/File/Methoden%20oder%20Weiterbildung.pdf

© KJPP Ulm, Universitätsklinikum Ulm 2016

1.3 Präsentation mit PowerPoint / Prezi

Methode	Vortrag mit Unterstützung und Visualisierung durch Power-Point-Folien / Prezi-Präsentation[3].
Umsetzungshilfe	• Inhalt aufbereitet in Power-Point- / Prezi-Präsentation[4] • ergänzende Informationen für den Vortrag
Material	Laptop und Beamer
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit der Präsentation

1.4 Interaktive Präsentation

Methode	Vortrag, der mit interaktiven Elementen belebt wird (z.B. Ausfüllen eines Schaubildes gemeinsam mit den Teilnehmenden). Als Medium können hier z.B. Power-Point-Folien oder ein Visualizer dienen.
Umsetzungshilfe	• Leitfaden für den Vortrag • Zusammenfassung zu den jeweiligen Themen • Materialien zur gemeinsamen Erarbeitung (z.B. Arbeitsblätter, Übungen)
Material	Projektor / Visualizer
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Materialien, die erarbeitet werden sollen

1.5 Gruppenarbeit

Methode	Ziel ist das selbstgesteuerte Gruppenlernen durch die Lösung einer vorgegebenen Aufgabenstellung. Die Gruppenarbeit wird gegebenenfalls von einer Moderatorin/einem Moderator begleitet.
Umsetzungshilfe	• Verschiedenen Aufgabenstellungen für die Gruppe • Impulsfragen, die zur Anregung des Diskussionsprozesses gestellt werden können
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Arbeitsaufträgen

[3] Prezi-Präsentationen bewegen sich durch ein größeres Gesamtbild und gehen immer wieder detailliert auf Punkte ein.
[4] Beispiele: https://prezi.com/de/gallery/

© KJPP Ulm, Universitätsklinikum Ulm 2016

2. Praxisorientierte Methoden[5,6,7]

Ziel ist jeweils die Vermittlung von Handlungskompetenzen und das Lernen aus Situationen bzw. Erfahrungen durch Aktivierung der Teilnehmenden. Alle Methoden setzen zunächst die theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik (Texte(e) zu den Lerninhalten und ggf. weiterführende Literatur) durch die Multiplikatorin /den Multiplikator voraus. Eine genaue Anleitung zu den Methoden würde ebenfalls zu jeder Methode vom Projektteam bereitgestellt werden.

2.1 Die 4-Stufen Methode

Methode	Eine in vier Lernschritte aufgebaute Methode. Ziel ist die Reflexion und Erweiterung des Verhaltensrepertoires. Vorbereitungsstufe: Theoretische Einführung, Feststecken der Lernziele und Abklären der Vorkenntnisse Vorführungsstufe: Einführung in die Situation, Vorführung und Erklärung des richtigen Vorgehens Nachahmungsstufe: Vorgehen wird von Teilnehmenden nachgeahmt und hinterfragt, bis sich die Teilnehmenden in Ihrem Handeln sicher sind. Abschlussstufe: Abschließende Betrachtung und Evaluation
Umsetzungshilfe	• mögliche Situationen, die in den 4-Stufen aufbereitet werden können • Vorgaben für das richtige Vorgehen • Checkliste mit möglichen Fehlerquellen, auf die im Besonderen geachtet werden muss • Vorschläge für aktivierende Impulse in der Simulation • Vorschläge für die Evaluation des Prozedere
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Arbeitsaufträgen

[5]nach http://www.wertarbeitgmbh.de/images/File/Methoden%20oder%20Weiterbildung.pdf
[6]Döring, Klaus w. & Ritter-Mamczek, Bettina: Lehren und Trainieren in der Weiterbildung – Ein praxisorientierter Leitfaden. BELTZ , 7. Auflage, Weinheim, 1999.
[7] Nach http://www.kollegiale-beratung.de/Ebene1/methode.html

© KJPP Ulm, Universitätsklinikum Ulm 2016

2.2 Die kleine Simulation

Methode	Simulation einer 3-10 minütigen, berufsrelevanten Übungssituation. Die Simulation wird theoretisch eingebettet, erklärt und nach der Darstellung besprochen und evaluiert. In der Übung wird tendenziell improvisiert.
Umsetzungshilfe	• Vorgabe von möglichen Situationen • Checkliste mit möglichen Fehlerquellen, auf die während der Simulation im Besonderen geachtet werden muss • Vorschläge für aktivierende Impulse in der Simulation • Vorschläge für die Evaluation des Prozedere.
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Arbeitsaufträgen

2.3 Das Rollenspiel

Methode	Genau vorbereitete Arbeitsgrundlage für eine aufwendigere Simulation von komplexeren Arbeitssituationen. Das Rollenspiel wird vor- und nachbereitet.
Umsetzungshilfe	• Vorbereitete und ausgearbeitet Arbeitsgrundlage • Rollenbeschreibungen für die Teilnehmenden • Vorschläge für die Evaluation des Rollenspiels
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Arbeitsaufträgen

2.4 Supervision im Team

Methode	Form der Beratung, die berufliche Zusammenhänge thematisiert. Ziel ist die Verbesserung beruflicher Praxis. Fälle aus der beruflichen Praxis werden gemeinsam mit anderen Teammitgliedern diskutiert und bearbeitet.
Umsetzungshilfe	Fallbeispiele, falls sich aus der Berufspraxis der Teilnehmenden keine ergeben.
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Arbeitsaufträgen

© KJPP Ulm, Universitätsklinikum Ulm 2016

2.5 Kollegiale Beratung nach dem Heilsbronner Modell

Methode	Systematisches Beratungsgespräch, in dem Kollegen sich nach vorgegebener Gesprächsstruktur wechselseitig beraten und gemeinsam Lösungen entwickeln.[8]
Umsetzungshilfe	Fallbeispiele, falls sich aus der Berufspraxis der Teilnehmenden keine ergeben.
Material	-
Zusätzliche Vorbereitung	Auseinandersetzung mit den Arbeitsaufträgen

[8] http://www.rpz-heilsbronn.de/arbeitsbereiche/seelsorge-und-beratung/kollegiale-beratung.html

© KJPP Ulm, Universitätsklinikum Ulm 2016

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt folgenden Personen, die mich während der Erstellung meiner Dissertation unterstützt haben.

Professor Dr. Jörg M. Fegert für die Übernahme der Betreuung meiner Arbeit. Für seine fachliche und menschliche Unterstützung in allen Phasen der Arbeit. Und für die Motivation, die Ideen und den richtigen Rat zur richtigen Zeit.

Dr. Ulrike Hoffmann für die kontinuierliche fachliche und freundschaftliche Unterstützung meines Tuns und das Vertrauen in mich sowie die viele Zeit, die sie sich genommen hat.

Prof. Dr. Miriam Rassenhofer für die unterstützende Zusammenarbeit bei Manuskripten und die vielen wertvollen Ratschläge.

Prof. Dr. Böckers für das Begutachten dieser Arbeit.

Prof. Dr. Michael Kölch und Prof. Dr. Gündel für das Prüfen dieser Arbeit.

Allen Ärzt*innen, die sich bereit erklärt haben, an einem der qualitativen Interviews teilzunehmen und mein Projekt zu unterstützen. Die Telefonate haben mich sehr in meinem Tun bestärkt und motiviert.

Meinen (ehemaligen) Kolleginnen Elisa König, Sarah Hähnle, Johanna Thiele, Jelena Gerke, Lina Hermeling. Martin Rosenfelder, Esther Michi und Katrin Stern für die Zusammenarbeit und Unterstützung und den Mitarbeiter*innen von Soon-Systems für die technische Hilfe bei der Erhebung der Daten. Besonderer Dank geht auch an Lea Autenrieth für die Unterstützung bei der Erstellung von Abbildungen für diese Arbeit und den Publikationen hierzu.

Michael Hager für die pädagogische und didaktische Expertise bei der Entwicklung der Methodenübersicht zu den qualitativen Interviews.

Hannah Schell und Lena-Marie Marzian für das Lektorat dieser Arbeit.

Meinen Freunden für die Unterstützung, die Ratschläge, das Zuhören und auch das auf andere Gedanken Bringen.

Meiner Familie für ihre Unterstützung und ihren steten Glauben an mich.

Benjamin Eberhardt für seine Geduld, seine Diskussionsfreude, seine Zeit und die bedingungslose Unterstützung.

Curriculum Vitae

Anna Maier

Akademische Laufbahn	Seit 09/2015 Universitätsklinikum Ulm Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie bei Herrn Prof. Dr. Fegert (seit Oktober 2019: stellvertretende Arbeitsgruppenleitung) 10/2013 – 08/2015 Universitätsklinikum Würzburg Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin/Infektionsepidemiologie bei Herrn Prof. Dr. Liese
Berufsnahe Tätigkeiten	01/2013 – 09/2013 BKK Landesverband Bayern Studentische Hilfskraft im Bereich Integrierte Versorgung 04/2011 – 09/2011 Universität Regensburg Studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Medizinsoziologie, Frau Prof. Dr. Loss 10/2009 – 03/2010 Universität Bamberg Studentische Hilfskraft an der Professur für Soziologie, Herr Prof. Dr. Rieger
Universitätsstudium	**Promotion (Humanbiologie)** 04/2016 – 01/2021 Universität Ulm Medizinische Fakultät Dissertation: Kinderschutz in der Medizin – Bedarf, Chancen und Herausforderungen der Wissensdissemination und des Kompetenzaufbaus, Doktorvater: Prof. Dr. Fegert **Masterstudium** 10/2011 – 09/2013 Ludwigs-Maximilians-Universität München Public Health Masterarbeit: „Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei an Hypertonie und/oder Diabetes erkrankten Personen in KORA Age II“ in Kooperation mit dem Helmholtz Zentrum München **Bachelorstudium** 10/2008 – 09/2011 Otto-Friedrich-Universität Bamberg Soziologie Bachelorarbeit: “Der Zusammenhang von Lebensstil und Morbidität bei Jugendlichen“

Schulische Laufbahn	Allgemeine Hochschulreife 09/1999 – 06/2008 Gymnasium Donauwörth Schwerpunkt: Mathematisch-Naturwissenschaftlich 09/1995 – 07/1999 Graf-Heinrich-Volksschule Kaisheim
Praktika	09/2012 – 01/2013 Helmholtz Zentrum München Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Herr Prof. Dr. Holle 09/2010 – 03/2011 Universität Regensburg Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Frau Prof. Dr. Loss
Berufliche Weiterbildung	Seit 09/2015: Zahlreiche Fortbildungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, medizinischen Didaktik und Präventionsforschung 04/2020 – 08/2020: Mitarbeiterführung (OnCampus) 10/2018 – 02/2019: Anwendungsmöglichkeiten digitaler Werkzeuge und Methoden (HND BW) 06/2018: Workshop zur Auswertung qualitativer Interviews (Prof. Dr. Cornelia Helfferich) 03/2017: Medienworkshop: Forschungsergebnisse erfolgreich präsentieren und kommunizieren (DGKJP) 12/2014: Weiterbildung zur Betreuung von Promovierenden in der Medizin (Universität Würzburg)

Publikationsliste

Zeitschriftenartikel

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020c). Vermittlung sensibler Themen via E-Learning: Sexueller Missbrauch und Kindesmisshandlung - Erfahrungen mit Herausforderungen und Ansätzen bei der Vermittlung sensibler Themen via E-Learning. eLearning Journal. https://www.elearning-journal.com/2020/05/20/vermittlung-sensibler-themen/

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020). Dissemination von Wissen als Fortbildungsmöglichkeit von Fachkräften in der Medizin: Ein systematisches Literaturreview. Berufsbildung, 74(184), 45–48.

Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. & Rassenhofer, M. (2020). Dissemination von Wissen in der Medizin - Herausforderungen und Chancen. Das Krankenhaus (8), 699-703.

Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2020b). Gesundheitsförderung durch mehr Wissen im Kinderschutz. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-020-00781-1

Maier, A., Rassenhofer, M., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2020). Possibilities of dissemination of specialist knowledge and acting capacity in the field of child protection in medicine: a qualitative survey. GMS Journal for Medical Education, 37 (1).
Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2019). Weiterbildung für Pflegekräfte zum Thema Kinderschutz: Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“. Kinderkrankenschwester, 35(1), 4-9.
Maier, A., Hoffmann, U. & Fegert, J. M. (2019). Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz. MMW – Fortschritte der Medizin, 161(54), 1-85.
Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2019). Vor Kindesmisshandlung schützen: Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe. Ergotherapie & Rehabilitation, 58(7), 14-18.
Liese, J. G., Schoen, C., van der Linden, M., Lehmann, L., Goettler, D., Keller, S., Maier, A., Segerer, F., Rose, M. A. & Streng, A. (2019). Changes in the incidence and bacterial aetiology of paediatric parapneumonic pleural effusions/empyema in Germany, 2010-2017: a nationwide surveillance study. Clinical Microbiology and Infection, 25(7), 857-864.
Maier, A., Brown, R. C. & Fegert, J. M. (2018). Knowledge transfer: a worldwide challenge in child mental health: a recommendation to the readership of CAPMH concerning the revised version of the IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Child and adolescent psychiatry and mental health, 12, 14.
Maier, A., Hoffmann, U., Plener, P. L. & Fegert, J. M. (2018). Ärztliche Kompetenzentwicklung im Kinderschutz durch E-Learning: Das Projekt „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe”. Nervenheilkunde, 37(10), 730-737.
Hoffmann, U., Maier, A. & Fegert, J. M. (2018). Online-Fortbildung für Fachkräfte der Heilberufe - Die Sinne schärfen für den Kinderschutz. Pflegezeitschrift, 71(8), 50-52.
Segerer, F. J., Seeger, K., Maier, A., Hagemann, C., Schoen, C., van der Linden, M., Streng, A., Rose, M. A. & Liese, J. G. (2017). Therapy of 645 children with parapneumonic effusion and empyema—A German nationwide surveillance study. Pediatric Pulmonology, 52(4), 540-547.
Fegert, J. M., Hoffmann, U. & Maier, A. (2016). Kindesmisshandlung: Epidemiologie, Erkennen und Handeln. Die Pflegezeitschrift, 69(10), 577-581.

Beiträge an Kongressen und Fachtagungen

Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2019). *Child protection in medicine - closing gaps in continuing education through E-Learning*. E-Poster, 12th European Public Health Conference, 20. - 23.11.2019, Marseille (Frankreich).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2019). *Dissemination von Wissen im Kinderschutz durch E-Learning und Multiplikator*innen*. Vortrag, Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung, 25. - 28.09.2019, Frankfurt am Main (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. (2019). *„Also halte ich lieber den Mund“ – Was Ärztinnen und Ärzte brauchen um bei einem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch adäquat zu handeln*. Vortrag, Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung, 25. - 28.09.2019, Frankfurt am Main (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2019). *Beratung und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften im Kinderschutz via Telekommunikation – Bedeutung und Möglichkeiten.* Vortrag, Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie /

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 16. - 18.09. 2019, Düsseldorf (Deutschland).
Maier, A. (2019). *Transfer of expertise on child protection in medicine by the use of a basic e-learning training for health professionals*. Vortrag, Kongress der European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 30.06. - 02.07.2019, Wien (Österreich).
Maier, A. (2019). *Multiplying knowledge: Dissemination of contents of e-learning courses by course participants*. Vortrag, Kongress der European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 30.06. - 02.07.2019, Wien (Österreich).
Maier, A. (2019). *Versorgung durch Weiterbildung verbessern – Der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe".* Vortrag, Fachtagung Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus, 07.06.2019, Berlin (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2019). *Modern Times in Fort- und Weiterbildung: Der Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe"*. Vortrag, Kongress Deutscher Verband der Ergotherapie, 23. - 25.05.2019, Osnabrück (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2019). *Kinderschutz in der Medizin – Bedeutung und Fortbildung*. Vortrag, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 17. - 18.05.2019, Lünen (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2018). *Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe*. Vortrag im Rahmen des Symposiums „E-Learning in der Fort- und Weiterbildung von Fachkräften in therapeutischen und medizinischen Berufen". Vortrag, Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 28.11. - 01.12.2018, Berlin (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. (2018). *Forschung: Dissemination von Wissen – Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung im Bereich Kinderschutz in der Medizin*. Vortrag, Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung, 19. - 22.09.2018, Wien (Österreich).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2018). *Forschung: Vermittlung von Wissen und Kompetenzen an Ärzt*innen mittels eines webbasierten Fortbildungsangebotes im Bereich Kinderschutz in der Medizin*. Vortrag, Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung, 19. - 22.09.2018, Wien (Österreich).
Maier, A., Hoffmann, U., König, E., Fegert, J. M. (2018). *Dissemination of knowledge in the field of child protection in medicine among physicians - possibilities, limitations and methods.* Posterpräsentation, 23$_{nd}$ World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 23. -27.07.2018, Prag (Tschechien).
Maier, A. (2018). *Transfer of expertise on child protection in medicine by the use of a basic e-learning training for health professionals*. Symposiums-Vorstellung, 23nd World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 23. - 27.07.2018, Prag (Tschechien).
Maier, A., Hoffmann, U., Fegert, J. M. (2018). *Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz mittels eines webbasierten Fortbildungsangebotes - das Projekt "Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe"*. Posterpräsentation, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 04. - 05.05.2018, Kassel (Deutschland).
Maier, A., Hoffmann, U., Plener, P. L., Fegert, J. M. (2018). *Wissen- und Kompetenzvermittlung im Kinderschutz durch E-Learning – das Projekt "Kinderschutz in*

der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe". Vortrag, Forschungstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., 01. - 02. März 2018, Tübingen (Deutschland).

Fleischer, S., Maier, A., Herbst, M., Segerer, F., Frosch, M., Weißbrich, B., Schubert-Unkmeir, A., Streng, A., Kreth, H-W., Liese, J.G. (2015). *Masernimpfstatus, -impfantikörper und -impfbereitschaft von Würzburger Medizinstudenten 2004 bis 2014.* Posterpräsentation, 4. Nationale Impfkonferenz, 18. - 19.06.2015, Berlin (Deutschland).

Maier, A., Schoen, C., van der Linden, M., Hagemann, C., Segerer, F., Streng, A., Rose, M., Liese, J.G. (2015). *Decrease of Streptococcus pneumoniae (SPN)-associated paediatric parapneumonic empyema (PPE/PE) and increase of Streptococcus pyogenes (SPY) – Associated PPE/PE in Germany, 2010-2014.* Posterpräsentation, 33nd Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases, 12. - 16.05.2015, Leipzig (Deutschland).

Fleischer, S., Maier, A., Herbst, M., Segerer, F., Frosch, M., Weißbrich, B., Schubert-Unkmeir, A., Streng, A., Kreth, H-W., Liese, J.G. (2015). *Vaccination status of german medical students against vaccine-preventable infectious diseases (VPID) from 2004 to 2014*. Posterpräsentation, 33nd Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases, 12. - 16.05.2015, Leipzig (Deutschland).

Maier, A., Schoen, C., van der Linden, M., Hagemann, C., Segerer, F., Streng, A., Rose, M., Liese, J. (2015). *Decrease of Streptococcus Pneumoniae (SPN)-associated paediatric parapneumonic empyema (PPE) in Germany*, *2010-2014.* Posterpräsentation, 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, 23. - 25.04.2015, Freiburg (Deutschland).

Fleischer, S., Maier, A., Herbst, M., Segerer, F., Frosch, M., Weißbrich, B., Schubert-Unkmeir, A., Streng, A., Kreth, H-W., Liese, J. (2015). *Vaccination status of German medical students against vaccine-preventable infectious diseases (VPID) from 2004 to 2014*. Posterpräsentation, 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, 23. - 25.04.2015, Freiburg (Deutschland).

Maier, A., Keller, S., Hagemann, C., Segerer, F., Schoen, C., van der Linden, M., Streng, A., Rose, M., Liese, J. G. (2014). *Pneumokokken-assoziierte Pleuraempyeme in Deutschland - Ergebnisse der ESPED-Studie 2010–2013*. Posterpräsentation, 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, 11. - 14.09.2014, Leipzig (Deutschland).

Liese, J., Hagemann, C., Maier, A., Segerer, F., Schoen, C., van der Linden, M., Streng, A., Rose, M. (2014). *Paediatric parapneumonic empyema (PPE) in Germany 2010-2013 – microbiological results from 666 children*. Posterpräsentation, 32nd Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), 06. - 10.05.2014, Dublin (Irland).