Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Frühes Risikoscreening im Kinderschutz: Untersuchung der Auswertungsobjektivität des Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm**

Simone Carolin Botzenhart
Ulm
2013

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Ute Ziegenhain

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

Tag der Promotion: 08.05.2014

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis **III**

1 Einleitung **1**

1.1 Definitionen der unterschiedlichen Formen von Kindeswohlgefährdung . . 4

1.2 Folgen von Kindeswohlgefährdung 9

1.3 Frühe Prävention 13

1.4 „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ 16

1.5 Testgütekriterien 18

1.6 Fragestellung 19

2 Material und Methoden **21**

2.1 Entwicklung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ 21

2.2 Konstruktion der Fallvignetten 25

2.3 Untersuchungsgruppen 28

2.4 Datenerhebung 32

2.5 Auswertung der erhobenen Daten 36

3 Ergebnisse **39**

3.1 Erkennen von mindestens einem Risikofaktor innerhalb der einzelnen Fälle 39

3.2 Richtige Beurteilung der Fälle eins bis sechs auf das Vorliegen von Risikofaktoren 41

3.3 Item A) Soziale Belastung 42

3.4 Item B) Fehlende U-Untersuchungen 45

3.5 Item C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen 48

3.6 Item D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes 51
3.7 Item E) Zukunftsangst 54

4 Diskussion **57**
4.1 Fallvignetten 57
4.2 Untersuchungsgruppen 59
4.3 Diskussion der Ergebnisse 60
4.4 Beantwortung der Fragestellungen 68

5 Zusammenfassung **70**

6 Literaturverzeichnis **72**

Anhang **80**

Abbildungsverzeichnis **111**

Tabellenverzeichnis **112**

Danksagung **113**

Lebenslauf **114**

Abkürzungsverzeichnis

χ^2	Prüfgröße des Chi-Quadrat-Tests
χ^2-Test	Chi-Quadrat-Test
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
df	degrees of freedom, in der Physik und der Statistik ein Parameter eines Systems, wird auch als Freiheitsgrad bezeichnet
DJI	Deutsches Jugendinstitut
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Klinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
N	Personenanzahl
p	p-Wert; Signifikanzwert
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Strafgesetzbuch

1 Einleitung

Seit einigen Jahren findet die Thematik der Kindeswohlgefährdung zunehmend den Weg ins öffentliche Bewusstsein, wenngleich die Medien hauptsächlich über extreme Misshandlungs- und Tötungsfälle berichten, so etwa über den tragischen Fall der fünfjährigen Lea-Sophie, die 2007 an den Folgen massiver Unterernährung starb. Auch wenn es in den meisten Fällen glücklicherweise nicht zum Tode des Kindes kommt, so ist das Thema dennoch überaus wichtig, da die betroffenen Kinder in ihrer weiteren Entwicklung maßgeblich beeinträchtigt sind.
Kindeswohlgefährdung ist keine vereinzelt auftretende Erscheinung in Deutschland, viele Kinder sind davon betroffen. So gibt die polizeiliche Kriminalstatistik für die Misshandlung Schutzbefohlener nach §225 StGB für das Jahr 2008 insgesamt 4567 Anzeigen an. Die Fälle der Verletzung der Fürsorgepflicht oder Erziehungspflicht nach §171 StGB werden für 2008 mit 1761 beziffert [44]. Umso erschreckender ist, dass die Dunkelziffer im Bereich der Kindeswohlgefährdungen nach Expertenmeinung um ein Vielfaches höher ist. So schätzten Esser und Weinel bereits 1990 allein die Zahl der vernachlässigten Kinder bis sechs Jahre in Deutschland auf 5–10% [8]. Auch die Politik beschäftigt sich seit Jahren zunehmend mit dem Thema Kindeswohlgefährdung. Sowohl auf kommunaler als auch auf Landes- und Bundesebene wurden viele Projekte initiiert und es wird diskutiert, mit welchen Maßnahmen sich Kindeswohlgefährdungen am besten präventiv vermeiden lassen.

Präventivmaßnahmen sind sinnvoll, da viele Fälle von Kindeswohlgefährdung schon sehr früh im Säuglingsalter mit schleichender Vernachlässigung beginnen, die sich dann häufig bis hin zur Kindeswohlgefährdung steigert [49]. Viele derzeitige Hilfen wie etwa die Unterstützung einer Familie durch das Jugendamt etc. setzen erst dann an, wenn es bereits zu

deutlichen Auffälligkeiten der Kinder oder zu körperlichen Misshandlungen gekommen ist. Es ist aber notwendig, dass die entsprechenden Hilfen für gefährdete Familien möglichst früh und präventiv anlaufen, bevor Kinder massiv gefährdet sind.
Auf Grund dieser Tatsache wurden zahlreiche Modellprojekte zum Thema „Frühe Hilfen“ ins Leben gerufen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, präventive Unterstützungs- und Hilfsangebote anzubieten, die sich über den Zeitraum von Beginn der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes erstrecken und sich hauptsächlich an Familien richten, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden und über geringe soziale Ressourcen verfügen [46]. Die Frühen Hilfen bieten den Familien eine praktische Unterstützung im Alltag an, wollen aber auch die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern fördern. Die zahlreichen Angebote der Frühen Hilfen reichen von allgemein bis hin zu spezifisch, sind aufeinander bezogen und ergänzen sich gegenseitig. In ihrer Arbeit mit den Familien tragen die Frühen Hilfen dazu bei, „… dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden“ [34].

Ein solches Modellprojekt ist beispielsweise „Guter Start ins Kinderleben“, das es sich zum Ziel gesetzt hat, die elterlichen Kompetenzen im Hinblick auf die Beziehung und die Erziehung ihrer Kinder zu fördern und verstärken, um schon möglichst früh im Leben eines Kindes eine Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung zu schaffen.
Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelten „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“. Zweck des „Anhaltsbogens“ ist es, eine frühe und vor allem präventive Risikoeinschätzung in der Zeit rund um die Geburt zu liefern, da es in diesem Zeitraum gute Möglichkeiten für einen niederschwelligen Zugang zu den Eltern gibt, der für diese wenig stigmatisierend ist [49]. Der „Anhaltsbogen“ soll somit als Grobscreening die Grundlage für spätere Gespräche mit den Eltern legen und des Weiteren eine Orientierungshilfe beim Angebot weiterführender präventiver Hilfen sein [28].
Der „Anhaltsbogen“ wird bereits in zahlreichen Geburtskliniken in Deutschland eingesetzt

und erfreut sich in der Praxis einer großen Beliebtheit. Eine empirische Überprüfung seiner Testgütekriterien steht aber bislang noch aus. Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, empirisch das Testgütekriterium Objektivität des „Anhaltsbogens“ zu überprüfen. Im Fokus lag dabei die Untersuchung der Auswertungsobjektivität, die beschreibt, inwieweit unterschiedliche Auswerter eines Testes oder Fragebogens zu den gleichen Ergebnissen kommen. Dies war insbesondere von Interesse um herauszuarbeiten, ob der „Anhaltsbogen“ gleichermaßen von erfahrenen Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Ärztinnen und Ärzten eingesetzt werden kann wie auch von Personen, die über noch keine Erfahrung insbesondere im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz verfügen.

Die im Folgenden dargestellte Untersuchung gliedert sich in vier Abschnitte: im ersten Teil werden nach der Definition verschiedener Begrifflichkeiten zum Thema Kindeswohlgefährdung die Folgen von Kindeswohlgefährdungen für die betroffenen Kinder dargestellt. Anschließend erfolgt eine kurze Darstellung zum Thema der Frühen Hilfen mit Schwerpunkt auf der Erläuterung der Notwendigkeit der Stärkung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen sowie der Notwendigkeit einer interdisziplinären Kooperation, da dies wichtige Bausteine für eine gelingende Prävention von Kindeswohlgefährdung sind.
Nach der Vorstellung des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ werden die Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität definiert. Abschließend werden die Fragestellungen für die vorliegende Arbeit abgeleitet.
Im zweiten Abschnitt, der sich mit der Methodik beschäftigt, wird die Entwicklung des „Anhaltsbogens“, sein Aufbau und seine Funktionsweise besprochen. Anschließend wird auf die Konstruktion der Fallvignetten zur Untersuchung des Anhaltsbogens, die Untersuchungsgruppe sowie den Ablauf der Untersuchung eingegangen.
Teil drei behandelt die Ergebnisse, die im vierten Abschnitt diskutiert werden. Den Abschluss der vorliegenden Arbeit bildet eine Zusammenfassung.

1.1 Definitionen der unterschiedlichen Formen von Kindeswohlgefährdung

Der Begriff Kindeswohlgefährdung umfasst im Allgemeinen ein relativ breites Definitionsspektrum. Ihm werden meist Vernachlässigung, psychische und physische Misshandlung, wie auch das Münchhausen-by-proxy-Syndrom als besondere Form der Kindesmisshandlung, sowie der sexuelle Missbrauch zugerechnet [40]. Die Kindeswohlgefährdung ist laut §1666 Abs.1 des BGB „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt.“ Schmid und Meysen leiten daraus drei Kriterien ab, die gleichzeitig erfüllt sein müssen, um den Tatbestand der Kindeswohlgefährdung festzustellen [40]:

- Kriterium eins bezeichnet eine gegenwärtig vorhandene Gefahr, also ob sich das Kind aktuell in einer Situation oder Umgebung befindet, die eine Gefahr für die Psyche oder Physis des Kindes darstellt.
- Kriterium zwei umfasst die Erheblichkeit der Schädigung, also die Frage, in wie weit das Kind Schaden von der aktuellen Situation nimmt.
- Kriterium drei bezeichnet die Sicherheit der Vorhersage, also wie wahrscheinlich es ist, dass es tatsächlich zu einer Schädigung des Kindes im weiteren Entwicklungsverlauf kommt.

Anhand der aufgeführten Definition wird deutlich, dass die Kindeswohlgefährdung rechtlich gesehen nicht nur Diagnose, sondern auch Prognose ist: auch wenn momentan noch keine akute Gefahr für das Kind vorliegt, sich in der Zukunft aber mit hoher Wahrscheinlichkeit entwickeln wird, so sieht das Gesetz einen Handlungsbedarf.

Es ist also nicht möglich, bei jedem Fall ein bestimmtes Schema anzuwenden, nach welchem man beurteilen kann, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Vielmehr ist es notwendig, in jedem Einzelfall abzuwägen, ob die verschiedenen Bedürfnisse des Kindes erfüllt werden oder ob eine Kindeswohlgefährdung akut oder prognostisch vorliegt. Abbildung 1 dient zur

Veranschaulichung der verschiedenen Formen von Kindeswohlgefährdung, auf die im weiteren Text genauer eingegangen wird.

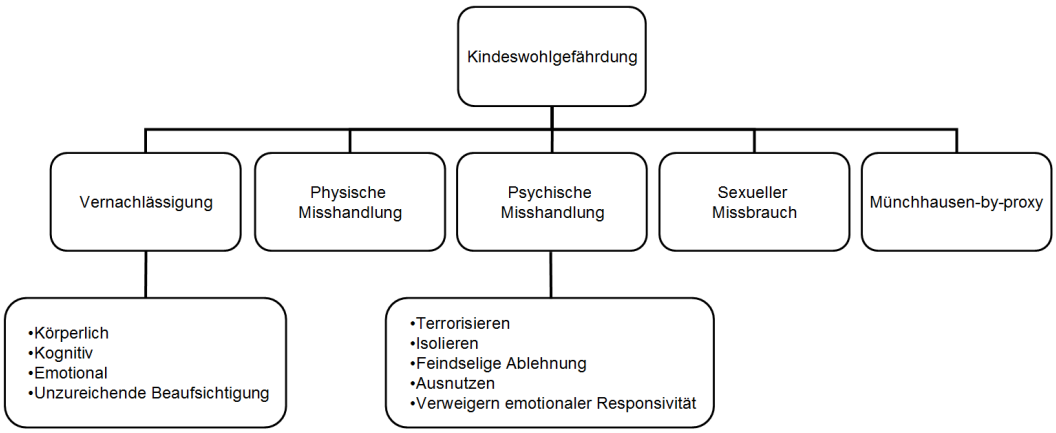


Abbildung 1: *Darstellung der unterschiedlichen Formen der Kindeswohlgefährdung*

1.1.1 Vernachlässigung

Die wohl häufigste Form der Kindeswohlgefährdung ist die Vernachlässigung. Kindler sieht sie, abgeleitet von §1666 BGB „als andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter (...), das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet.“ Er unterteilt die Vernachlässigung in verschiedene Unterformen, die im Folgenden aufgelistet werden [27]:

- **körperliche Vernachlässigung**: hierunter fallen beispielsweise mangelnde Ernährung, fehlende körperliche Hygiene des Kindes sowie das Leben in einer verdreckten Wohnung.

- **kognitive und erzieherische Vernachlässigung**: hierzu zählen exemplarisch die mangelnde geistige Beschäftigung mit dem Kind, aber auch fehlendes erzieherisches Engagement der Eltern hinsichtlich der Vermittlung von Regeln und Werten.
- **emotionale Vernachlässigung**: diese Form der Vernachlässigung wird vor allem gekennzeichnet durch mangelnde Wärme und Nähe zum Kind sowie durch fehlende Reaktionen auf emotionale Bedürfnisse des Kindes.
- **unzureichende Beaufsichtigung**: hierunter versteht man, dass das Kind seinem Alter entsprechend unverhältnismäßig lange sich selbst überlassen wird und somit die Gefahr groß ist, dass das Kind sich verletzt.

1.1.2 Misshandlung

Eine weitere Form der Kindeswohlgefährdung ist die Misshandlung eines Kindes, wobei man grundsätzlich zwischen zwei verschiedenen Arten unterscheidet, der psychischen und der physischen Misshandlung.

1.1.2.1 psychische Misshandlung

Die psychische Misshandlung, oft auch als emotionale oder seelische Misshandlung bezeichnet, stellt ebenfalls einen Teilaspekt der Kindeswohlgefährdung dar. Auch hierbei handelt es sich nicht um eine einzelne Misshandlungsform. Kindler differenziert hier fünf Subformen [26]:

- **feindselige Ablehnung**: dem Kind wird vermittelt, dass es ungeliebt und ungewollt ist, beispielsweise durch ständiges Demütigen und Kleinmachen.
- **Ausnutzen oder Korrumpieren**: hierunter versteht man unter anderem das Anhalten zu strafbarem Verhalten, wie etwa Diebstahl.
- **Terrorisieren**: bei dieser Subform wird dem Kind durch persistierende Strafandrohung, wie etwa Schläge, Angst gemacht.

- **Isolieren**: das Kind wird hierbei von Gleichaltrigen ferngehalten, etwa durch den fehlenden Besuch des Kindergartens.
- **Verweigerung emotionaler Responsivität**: hierbei wird dem Kind emotionale Zuwendung verweigert.

Ein großes Problem dieser Misshandlungsart ist, dass sie von Außenstehenden häufig nicht bemerkt bzw. nicht richtig eingeschätzt wird, da sich keine körperlichen Verletzungen feststellen lassen.

1.1.2.2 physische Misshandlung

Eine weitere Form der Kindeswohlgefährdung ist die körperliche Misshandlung. Kindler versteht hierunter „(...) alle Handlungen von Eltern oder Bezugspersonen (...), die durch die Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt (...) vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen“ [25]. Es handelt sich also um absichtliche, massive, körperliche Verletzungen eines Kindes die, je nach Schwere der Verletzung, sehr schnell – abgesehen von den dramatischen psychischen Folgen für das Kind – zu einer Gefahr für Leib und Leben des Kindes werden.

1.1.3 sexueller Missbrauch

Die wohl in der Öffentlichkeit bekannteste Form der Kindeswohlgefährdung ist der sexuelle Missbrauch. In der Kinder- und Jugendhilfe findet man häufig die Begrifflichkeiten „enge“ und „weite“ Definitionen des sexuellen Missbrauchs, die 1998 von Wipplinger und Amann postuliert wurden. Laut Wipplinger und Amann umfassen enge Definitionen lediglich Handlungen, die einen eindeutig sexuellen Körperkontakt voraussetzen wie etwa oralen, analen und genitalen Geschlechtsverkehr [47].
Der Vorteil dieser engen Definitionen ist, dass sie sehr eindeutig sind und bestimmte Handlungen klar als Missbrauch abgrenzen. Doch viele Fälle von sexuellem Missbrauch an Kin-

dern, wie etwa Exhibitionismus, die keinen direkten körperlichen Kontakt beinhalten, fallen bei den engen Definitionen durchs Raster und werden nicht als Kindesmissbrauch wahrgenommen. Dies ist jedoch notwendig, da auch die Missbrauchsformen ohne direkte körperliche Übergriffe die Entwicklung von Kindern massiv negativ beeinflussen können und sie, genau wie die körperlichen sexuellen Missbrauchsformen, unter Strafe gestellt sind. Deshalb wird in der Kinder- und Jugendhilfe auch überwiegend mit den sogenannten „weiten“ Definitionen gearbeitet. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in ihren Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter eine solche „weite“ Definition geliefert und versteht unter sexuellem Missbrauch „(...) sexuelle Handlungen mit Körperkontakt (...) sowie Vorzeigen von pornographischem Material bzw. das Herstellen von pornographischen Fotos, Filmen etc. und Exhibitionismus (...) durch einen wesentlich älteren Jugendlichen oder eine erwachsene Person (...)“ [6].

1.1.4 Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Eine vielfach unerkannte Form der Kindeswohlgefährdung ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom, bei dem vor allem Kinder unter fünf Jahren betroffen sind. Laut Kindler wird hierbei die Erkrankung des Kindes durch eine Bezugsperson (in den meisten Fällen die Mutter) vorgetäuscht, es wird also anamnestisch eine Erkrankung angegeben, die real gar nicht existiert oder künstlich erzeugt wird [24]. Beispielsweise werden Durchfälle des Kindes von der Mutter artifiziell durch Laxantien hervorgerufen. Die Kinder werden weiterhin sehr häufig zur medizinischen Abklärung vorgestellt, wobei die verursachende Person ihr Wissen um die Entstehung der Krankheit verheimlicht. Deshalb werden die betroffenen Kinder sehr häufig völlig unnötigen Eingriffen unterzogen, um die scheinbare Erkrankung abzuklären. Kindler weist auch darauf hin, dass sich die Symptome bzw. Beschwerden sich bei einer Trennung von der verursachenden Person relativ schnell zurückbilden. Die Leitsymptome, mit denen die Kinder vorgestellt werden, sind überaus vielfältig, wobei am häufigsten „(...)

Atemschwierigkeiten, Essstörungen, Durchfälle, unklare Blutungen, Krämpfe, Allergien und Fieber [zu beobachten waren]“ [24].

Es bleibt festzuhalten, dass es auch innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe keine einheitlichen Definitionen der verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung gibt und dass die im jeweiligen Fall angewandte Definition stets aufs Neue überprüft, hinterfragt und im Hinblick auf den Kontext untersucht werden muss.

1.2 Folgen von Kindeswohlgefährdung

Ebenso vielschichtig und verschieden wie die Definitionen der einzelnen Formen von Kindeswohlgefährdung sind auch ihre kurz- und langfristigen Folgen, die je nach Form, Intensität und Chronifizierung der Kindeswohlgefährdung variieren.

1.2.1 Vernachlässigungsfolgen

Die Vernachlässigung wird in der Allgemeinheit meist als die harmloseste Art der Kindeswohlgefährdung mit den wenigsten Spätfolgen für die Kindesentwicklung angesehen. Diese Einschätzung ist jedoch falsch und fatal. Zwar gibt es für die Bundesrepublik keine Statistik zur Häufigkeit von Vernachlässigungsfolgen, aber Untersuchungen aus anderen Ländern legen nahe, dass auch in Deutschland die Vernachlässigung die häufigste Kindeswohlgefährdung darstellt [7]. Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern kann diese Form der Kindeswohlgefährdung rasch zu akuten Gefährdungen führen durch das erhöhte Unfallrisiko oder auch durch das schnelle Austrocknen bei mangelnder Flüssigkeitszufuhr [36].

Neben diesen unmittelbaren Folgen gibt es aber auch eine Reihe von Spätfolgen, deren ganzes Ausmaß sich erst im weiteren Verlauf der Kindesentwicklung zeigt, wie etwa „(...) Verzögerungen im körperlichen Wachstum und Rückstände in der motorischen Entwicklung (...)“ [23].
Laut O‘Connor ließ sich weiterhin bei schwerer Vernachlässigung ein verlangsamtes Gehirn-

wachstum in den ersten Lebensjahren sowie ein herabgesetzter Stoffwechsel in verschiedenen Hirnarealen feststellen [35]. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsverzögerung massiv ansteigt. Hinsichtlich der sozioemotionalen Entwicklung zeigen diese Kleinkinder häufig eine deutliche Desorganisation in der Bindungsbeziehung zur Mutter [5]. Die Desorganisation, also das Fehlen einer Anpassungsstrategie der Kinder, zeigt sich vor allem in Konfliktsituationen und äußert sich in häufig bizarren Verhaltensweisen, wie etwa körperlichem Erstarren, Blickvermeidung oder auch unregelmäßiger Atmung [51]. Diese Kinder können also keine wirklich vertrauensvolle Beziehung zu ihrer primären Bezugsperson aufbauen und wissen häufig nicht, wie sie sich ihr gegenüber verhalten sollen.

Solche desorganisierten ersten Bindungsbeziehungen haben natürlich auch einen Einfluss auf die Beziehungen zu Menschen, die das Kind später eingehen wird. Vernachlässigte Kinder haben häufig große Probleme, anderen Menschen zu vertrauen, außerdem finden sich laut Kindler erhöhte Häufigkeiten von Suizidalität, depressiven Erkrankungen sowie Suchterkrankungen [23].
Eine besonders alarmierende Zahl hinsichtlich der Vernachlässigungsfolgen liefern Bolger und Patterson [3]: in ihrer Forschungsübersicht zu vorliegenden Längsstudien kommen sie zu der Erkenntnis, dass weniger als 10% der Kinder, die einem Vernachlässigungshintergrund entstammen, einen positiven, „regulären“ Lebensweg einschlagen.

1.2.2 Folgen psychischer Misshandlungen

Nicht nur Vernachlässigungen sondern auch psychische Misshandlungen hinterlassen deutliche Spuren im Leben der betroffenen Kinder. Bei psychischen Misshandlungen finden sich sowohl nach innen gerichtete (z.B. Angst, Depression) als auch nach außen gerichtete (z.B. Aggression, Unruhe) Folgeerscheinungen. Eine relativ umfassende Zusammenstellung möglicher Folgen von psychischer Misshandlung liefert Herrmann, der unter anderem ein niedriges Selbstwertgefühl, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, antisoziales Verhalten, Bindungsprobleme, aber auch niedrige Sympathie und Empathie für Andere sowie verzerrte Moralvorstellungen und psychosomatische Störungen aufführt[17].

Das Problem sowohl der Vernachlässigung als auch der psychischen Misshandlung ist, dass beide Formen nicht unmittelbar entdeckt werden, da sich keine körperlichen Verletzungen zeigen, die bei Untersuchungen auffallen könnten. Doch die gravierenden Folgen für das spätere Leben der Kinder machen deutlich, dass diesen Formen der Kindeswohlgefährdung die gleiche Aufmerksamkeit entgegengebracht werden muss wie den körperlichen Misshandlungen.

1.2.3 Folgen physischer Misshandlungen

Diese Misshandlungsform kann auf Grund der teilweise unmittelbar sichtbaren massiven körperlichen Anzeichen leichter erkannt werden als die Vernachlässigung oder die psychische Misshandlung. Aber nicht alle körperlichen Misshandlungsfolgen zeigen sich sofort (siehe 1.2.4). Beispielsweise kann ein durch Schütteln ausgelöstes Hirntrauma zu schwersten Verletzungen „(...) in Form von oft gravierenden Entwicklungsstörungen, schweren Seh-, Hör- und Sprachausfällen bis hin zu bleibenden Behinderungen oder Tod [führen]“ [19].
Diese Folgen, natürlich abgesehen vom Tod des Kindes, kristallisieren sich oft erst im Laufe der Zeit heraus und sind häufig irreversibel. Auch bei dieser Misshandlungsform zeigen sich für die betroffenen Kinder oft schwere seelische Verletzungsfolgen. Diese überschneiden sich oftmals mit den Folgen bei psychischer Misshandlung (siehe 1.3.2). Silverman et al. fanden bei ihren Untersuchungen heraus, dass 80% der von ihnen untersuchten männlichen Erwachsenen, die im Kindesalter eine physische Misshandlung erfahren hatten, aktuell an mindestens einer psychiatrischen Störung litten. Der Anteil der gleichaltrigen Frauen belief sich auf 58%. Zudem fanden sie heraus, dass sich die Rate der posttraumatischen Belastungsstörungen bei körperlich misshandelten Kindern auf 10–40% beläuft [42].
Anhand dieser erschreckenden Zahlen wird deutlich, wie häufig und wie massiv die körperliche Misshandlung Kinder ihr ganzes Leben lang prägen kann.

1.2.4 Folgen von sexuellem Missbrauch

Die Folgen von sexuellen Missbrauchserfahrungen von Kindern sind vielfältig und zeigen sich oft erst im späteren Leben der Kinder. Grundsätzlich kann man zwischen physischen und psychischen Verletzungen eines Kindes unterscheiden.

Der physische Nachweis, dass ein sexueller Missbrauch vorliegt, ist äußerst schwierig, da sich bei vielen Formen des sexuellen Missbrauchs, wie etwa dem Exhibitionismus, keine körperlichen Verletzungen des Kindes ergeben. Auch bei Kindern, die physisch missbraucht wurden, waren über 50% körperlich unauffällig [1]. Dies liegt unter anderem daran, dass viele missbrauchte Kinder nicht unmittelbar nach einem Missbrauch beim Arzt vorgestellt werden und dass sich Spuren von sexuellem Missbrauch, wie etwa Sperma, nur wenige Tage nachweisen lassen. Außerdem sind die entstehenden Verletzungen häufig diffus, wie etwa Hämatome, Schwellungen oder Kratzspuren im Anogenitalbereich und können ohne die Aussage des Kindes häufig nicht als Beweise dienen.
Eine körperliche Untersuchung zum Nachweis eines sexuellen Missbrauchs sollte allerdings nur mit dem Einverständnis des Kindes gemacht werden und bei jedem weiteren Schritt abgeklärt werden, ob das Kind dies auch möchte, da sonst die Gefahr einer erneuten Traumatisierung besteht [21].

Neben den physischen Folgen kann es auch zu gravierenden psychischen Problemen in der weiteren Entwicklung eines sexuell missbrauchten Kindes kommen. Kendall-Tackett et al. nennen in ihrer Übersichtsarbeit als Folgen Internalisierungen wie etwa Angst, Furcht, Depressionen und geringes Selbstwertgefühl sowie Externalisierungen, die sich häufig in Form von aggressivem, delinquentem Verhalten und Hyperaktivität zeigen [22].
Diese geschilderten Folgen der Kindeswohlgefährdung sind häufig so gravierend, dass unbedingt die Notwendigkeit zur Prävention von Kindeswohlgefährdung besteht. Eine Art der Prävention ist beispielsweise der Einsatz von Screeninginstrumenten, wie etwa dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“, mit dem sich diese Arbeit beschäftigt. Diese Screeninginstrumente ermöglichen es, drohende Kindeswohlgefährdungen frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren.

1.3 Frühe Prävention

Die oben beschriebenen Folgen machen deutlich, dass besonders Säuglinge und Kleinkinder bei Misshandlung und Vernachlässigung gefährdet sind. Deshalb ist eine frühzeitige Prävention möglicher Gefährdungen in Form von früher Unterstützung von Familien sowie früher Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zwingend notwendig [48].

Leider gibt es für den deutschsprachigen Raum keine genauen Daten bezüglich der Prävalenz von Kindeswohlgefährdung. Allerdings ermittelten Künster et al. bei einer Pilotstudie in Kinderbetreuungseinrichtungen in Vorarlberg, Österreich, an der nur freiwillige Familien teilnahmen, bereits eine Prävalenz von 5,3% für Vernachlässigung, sowie 1,2% für Kindesmisshandlung [31]. Auch Häuser et al. ermittelten 2010 erschreckend hohe Zahlen. In der von ihnen durchgeführten Studie berichteten 6,6% der befragten Studienteilnehmer über schwere emotionale und 10,8% über schwere körperliche Vernachlässigung. Weiterhin gaben 1,6% der Befragten schweren emotionalen, 2,8% schweren körperlichen und 1,9% schweren sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend an [15]. Es zeigt sich also auf Grund der Anzahl der betroffenen Kinder, dass sich frühe und präventive Angebote an die Eltern lohnen.

1.3.1 Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen

Die bereits oben erwähnte Beratung und Unterstützung junger Eltern ist jedoch nicht nur für besonders belastete Familien wichtig. So weist Ziegenhain darauf hin, dass eine wachsende Anzahl junger Eltern aller gesellschaftlichen Schichten in Bezug auf Umgang und Erziehung ihrer Kinder verunsichert oder überfordert ist [48]. Die Hilfen, welche die Eltern benötigen, reichen dabei von Informationen rund um Säuglinge bis zu spezifischer Unterstützung und Anleitung [50]. Allgemein lassen sich drei unterschiedliche Formen der Hilfe unterscheiden [43]:

- **Universell**: diese Angebote richten sich grundsätzlich an alle Familien, bei denen keine Risikofaktoren vorliegen, die aber die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit haben, Risikofaktoren zu entwickeln.
- **Selektiv**: hierunter werden Hilfen zusammengefasst, die sich spezifisch an Familien richten, bei denen die Wahrscheinlichkeit, Risikofaktoren zu entwickeln höher ist als im Durchschnitt.
- **Indiziert**: Diese Hilfen richten sich speziell an Familien, die klare Risikofaktoren aufweisen.

Interventionen im Bereich der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zeigen eine gute Wirksamkeit, die auch wissenschaftlich belegt ist. Allerdings nehmen gerade hoch belastete Familien ihnen angebotene Hilfen häufig nur dann an, wenn diese sehr niedrigschwellig sind [48].
Besonders offen für Hilfen sind viele Eltern in der Zeit rund um die Geburt, weshalb die präventiven Angebote auch in diesem Zeitraum angesiedelt werden sollten. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, dass die Grenzen zwischen Normalität, Belastung und Entwicklungsgefährdung fließend sind [48]. So kann eine Familie, die als stabil und gefestigt eingeschätzt wurde durch eine neue Situation wie z.B. plötzliche Arbeitslosigkeit mit einem Säugling schnell in eine Belastungssituation geraten. Deshalb sollten sich frühe und präventive Hilfen zur Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen an alle Eltern richten. Die Angebote sollten aber abgestuft und passgenau auf die einzelnen Familien angepasst werden, um auch hoch belastete Familien möglichst rechtzeitig zu erreichen. Die breite Anlegung der Angebote vermeidet laut Ziegenhain mögliche Stigmatisierungen und ermöglicht gleichzeitig frühe Kontakte zu belasteten Eltern [48].

1.3.2 Interdisziplinäre Kooperation

Angebote im Bereich der Frühen Hilfen sind laut Ziegenhain und Fegert häufig interdisziplinär anzusiedeln, da sie meist vielschichtig sind und sich vielfach nicht mit den Möglichkeiten und Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin abdecken lassen [50]. Diese

Interdisziplinarität erfordert eine große Kooperation und Vernetzung zwischen den einzelnen Fachgebieten.

Van Santen und Seckinger definieren Kooperation als ein Verfahren „(...) - also kein inhaltlich definierter Handlungsansatz - der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird“ [45]. Allerdings ist eine Kooperation langfristig nur dann erfolgreich, wenn das Arbeitsleben aller Beteiligten dadurch verbessert wird, wie etwa durch psychische Entlastung oder bessere Arbeitsergebnisse [41].

Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Die Jugendhilfe hat den eigentlichen Schutzauftrag und eine Wächterfunktion über das Wohl der Kinder. Sie ist dafür verantwortlich, hilfebedürftigen Eltern geeignete Hilfen zukommen zu lassen und im Falle einer akuten Kindeswohlgefährdung entsprechende Interventionen, wie etwa im schlimmsten Fall die Herausnahme eines Kindes aus der Familie, zu veranlassen [37]. In der Zeit rund um die Geburt haben allerdings meist nur Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen wie beispielsweise Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte Kontakt zum Säugling und den Eltern. Die Kinder- und Jugendhilfe tritt dagegen erst später z.B. in Form von Kindergärten auf. Verantwortlich ist sie aber von Beginn an für die Gewährleistung weiterer Hilfen, die sie im Rahmen ihres Mandates zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung verwaltet [37].

Es zeigt sich, dass Familien, die auf unterstützende Hilfsmaßnahmen angewiesen sind, häufig an diesen Schnittstellen, den Übergängen zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, durch das Hilfssystem fallen [49]. Dies liegt vor allem an Koordinations- und Vernetzungsproblemen beider Bereiche, zu denen etwa gegenseitige Unkenntnis der Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten, unklare Verfahrensabläufe, motivationale Aspekte und Kostendruck gerechnet werden können. Neben diesen Gesichtspunkten führt auch häufig mangelndes Wissen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der interdisziplinären Zusammenarbeit häufig zu Reibungsverlusten [9].

Diese Reibungsverluste führen, wie bereits oben erwähnt, in nicht wenigen Fällen dazu, dass unterstützungsbedürftige Familien durch das Hilfssystem fallen und dadurch die Gefahr einer möglichen Kindesvernachlässigung oder –misshandlung massiv ansteigt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gelingender Kinderschutz immer auch präventiv sein muss. Dies bedeutet, dass er vor einer akuten Gefährdung der Kinder beginnen muss. Hierfür ist eine intensivere interdisziplinäre Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe als auch eine genauere Kenntnis und ein gesteigertes Verständnis im Hinblick auf Datenschutzbestimmungen bzw. Schweigepflicht notwendig, als dies momentan der Fall ist.
Auch die fachliche Kompetenz des Klinikpersonals im Hinblick auf die Gesprächsführung mit den jungen Eltern trägt entscheidend zur Minimierung von Kindeswohlgefährdung bei und muss in der Zukunft weiter gefördert werden. Deshalb wurden in Deutschland zahlreiche Modellprojekte ins Leben gerufen, die sich mit der Verbesserung der oben genannten Punkte auseinandersetzen und somit eine möglichst effiziente frühe Prävention von Kindeswohlgefährdung anstreben.

1.4 „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“

Beispielhaft hierfür kann das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ genannt werden. Es wurde in einer gemeinsamen Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gefördert. Die Evaluation des Projektes wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen gefördert. Ziel dieses Modellprojektes ist es, die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von Eltern schon früh zu fördern und zu stärken und damit zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter beizutragen [54]. „Die wichtigste Grundlage des Modellprojektes ist dabei die Überzeugung, dass gelingender Kinderschutz interdisziplinär angelegt werden muss und nur

vor dem Hintergrund bestehender Angebote und Regelstrukturen nachhaltig wirksam gestaltet werden kann“ [10].

Im Rahmen dieses Modellprojektes wurden drei Expertisen angefertigt: Eine Expertise „Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen“ wurde von Meysen und Schönecker erstellt und analysiert die sozial- und datenschutzrechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen für eine bessere Kooperation im Bereich Früher Hilfen, im Besonderen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitshilfe und Kinder-und Jugendhilfe [33].
Die zweite Expertise „Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen“ liefert eine Zusammenfassung fachlicher Grundlagen eines Risikoinventars für den Bereich Frühe Hilfen und entwickelt daraus einen Vorschlag für ein neues Risikoinventar, den so genannten „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ [28]. Als Erweiterung bereits bestehender Instrumente und Methoden der Hilfeplanung in der Jugendhilfe wurde außerdem ein Unterstützungsbogen konzipiert, der sowohl Problemlagen als auch Ressourcen der Bezugspersonen erfasst und überdies hinaus Anregungen für mögliche Hilfestellungen beinhaltet [30].
In einer dritten Expertise wurde die Wirtschaftlichkeit des bereits etablierten Vernetzungs- und Hilfesystems an den Modellstandorten zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung und -vernachlässigung auf ihre finanzielle Rentabilität hin überprüft [32]. Ziel des aus der zweiten Expertise hervorgehenden „Anhaltsbogens“ ist eine frühe und präventive Risikoeinschätzung in der Zeit rund um die Geburt, da zu diesem Zeitpunkt gute Möglichkeiten eines Zugangs zu Eltern bestehen, die für diese wenig stigmatisierend sind. Nach bisheriger Erfahrung kann der „Anhaltsbogen“ schnell und einfach gehandhabt werden. Er wird bereits an einigen Modellstandorten des oben beschriebenen Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ in Geburtskliniken von Hebammen und Krankenschwestern sowie Frauenärztinnen und -ärzten als Grobscreening angewendet [12]. Ergeben sich hierbei Auffälligkeiten, dient der „Anhaltsbogen“ als Grundlage für Gespräche mit den Eltern, sowie für eine gezielte Vermittlung individueller und passgenauer präventiver Angebote für hilfebedürftige Eltern und ihre Säuglinge [49].

Um allerdings die bisherigen positiven Erfahrungen mit dem „Anhaltsbogen“ wissenschaftlich abzusichern und das Risikoinventar eventuell weiterentwickeln zu können, „. . . wäre die

Durchführung einer Reliabilitätsstudie anhand von Fallvignetten empfehlenswert“ [28]. Bevor allerdings die Reliabilität des „Anhaltsbogens“ untersucht werden kann, muss zunächst seine Objektivität sichergestellt werden. Dies versucht die vorliegende Arbeit anhand der Auswertungsobjektivität zu leisten.

1.5 Testgütekriterien

Die Qualität eines Fragebogens hängt von drei zentralen Testgütekriterien ab: der Objektivität, Reliabilität und Validität. Diese werden im Folgenden genauer definiert [4]:

- **Objektivität**: ist ein Test objektiv, so gelangen verschiedene Anwender des Testes zu den selben Resultaten; der Test ist also vom einzelnen Testanwender unabhängig.
- **Reliabilität**: auch Zuverlässigkeit genannt, gibt an, wie genau ein geprüftes Merkmal durch den Test gemessen wird. Die Reliabilität hängt von der Objektivität ab: ist ein Test nicht objektiv, so kann er auch nicht reliabel sein.
- **Validität**:sie gibt an, wie gut ein Test tatsächlich das misst, was er messen soll. Die Validität gilt als das wichtigste Testkriterium und hängt sowohl von der Reliabilität als auch von der Objektivität ab: ein Test kann also nur valide sein, wenn gesichert ist, dass er objektiv und reliabel ist.

Diese Definition macht deutlich, dass zunächst die Objektivität des „Anhaltsbogens“ abgesichert werden sollte, bevor die anderen Testgütekriterien untersucht werden. Die Objektivität lässt sich laut Bortz et al. in drei Teilbereiche gliedern [4]:

- Die Durchführungsobjektivität, die das Maß der Unabhängigkeit der Testergebnisse vom Untersuchungsleiter beschreibt.
- Die Auswertungsobjektivität, die beschreibt, dass das Ergebnis eines Testes unabhängig vom Testauswerter sein soll. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Testauswerter zu den gleichen Ergebnissen kommen sollten.

- Die Interpretationsobjektivität, die fordert, dass gleiche Testergebnisse auch immer gleich interpretiert werden sollten, beispielsweise anhand vorgegebener Vergleichswerte und individuelle Deutungen keinen Einfluss auf die Interpretation der Testergebnisse haben.

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit entschied sich, zunächst die Auswertungsobjektivität des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ zu überprüfen, da dieser Aspekt in der späteren klinischen Anwendung die entscheidende Rolle spielt. Die Durchführungsobjektivität ist in der Praxis nur bis zu einem gewissen Punkt realisierbar, da beispielsweise das Vertrauensverhältnis der jungen Mütter zu den verschiedenen Krankenschwestern und Hebammen unterschiedlich stark sein könnte. Davon abhängig wäre dann auch das Antwortverhalten der jungen Mütter bezüglich der erhobenen Risikofaktoren möglicherweise unterschiedlich, je nachdem, welche Fachperson die Befragung durchführt. Die Interpretationsobjektivität wurde als genügend abgesichert angesehen, da bei Vorliegen eines Risikofaktors dieser auf dem „Anhaltsbogen“ zu vermerken ist und bei der Konzeption des „Anhaltsbogens“ definiert wurde, dass bei Vorliegen eines oder mehrere Risikofaktoren ein vertiefendes Gespräch mit den Eltern zu führen ist. Der „Anhaltsbogen“ bietet somit keinen Spielraum für individuelle Deutungen der Testergebnisse.
In der vorliegenden Arbeit wurde, wie bereits erwähnt, die Auswertungsobjektivität untersucht, da dieser Aspekt der Objektivität der essenziell relevante für den späteren Praxiseinsatz des „Anhaltsbogens“ ist. Im Klinikalltag ist es entscheidend, Risikofaktoren möglichst schnell und umfassend zu detektieren. Dies sollte unabhängig davon sein, welche Fachperson den „Anhaltsbogen“ ausfüllt und über wie viel klinische Erfahrung diese Person verfügt.

1.6 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit soll die Auswertungsobjektivität des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ überprüft werden. Dazu wurden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Stimmen die Beurteilungen derselben Fälle mithilfe des „Anhaltsbogens“ durch verschiedene Beurteiler überein?
2. Stimmen die Beurteilungen derselben Fälle durch verschiedene Beurteiler mit unterschiedlichem Erfahrungsschatz bei der Anwendung des „Anhaltsbogens“ überein?

2 Material und Methoden

2.1 Entwicklung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“

Bisher gibt es in Deutschland leider noch kein Screeninginstrument, wie etwa einen Fragebogen, mit dem mögliche Risikofaktoren für eine drohende Kindeswohlgefährdung schon kurz nach der Geburt zu detektiert werden können. Allerdings entwickelte Kindler, wie bereits in der Einleitung erwähnt, im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ ein Risikoinventar, mit dem dies in Zukunft möglich sein könnte [28]. Zur Erstellung des Risikoinventars führte Kindler zunächst zwei Literaturrecherchen zu empirisch belegten Risikofaktoren durch.

2.1.1 Risikofaktoren für frühe Vernachlässigung bzw. Misshandlung

Bei der ersten Literaturrecherche wählte Kindler veröffentlichte Längsschnittstudien aus, „... in denen mögliche Risikofaktoren für Kindesvernachlässigung bzw. –misshandlung unabhängig und zeitlich vor einer Vernachlässigung bzw. Misshandlung erhoben worden waren“ [28]. Insgesamt konnten 15 Studien herausgefiltert werden. Um eine bessere Übersichtlichkeit zu erzielen, wurden die in diesen Studien belegten Risikofaktoren in acht Bereiche unterteilt [28]:

- Grobindikatoren der sozialen Lage der Familie
- Lebenssituation der Familie

- Persönliche Voraussetzungen von Mutter / Vater für die Bewältigung der Fürsorgeaufgabe
- Psychische Gesundheit Mutter / Vater
- Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber Schwangerschaft und dem Kind
- Fürsorgeanforderungen durch Kind und Geschwister sowie Geschichte der Fürsorge für andere Kinder
- Beobachtbares Fürsorgeverhalten Mutter / Vater gegenüber Kind

Im weiteren Verlauf berücksichtigte Kindler nur die Risikofaktoren, die sich in mindestens zwei Längsschnittstudien als Vorhersagefaktoren bewiesen hatten und damit am ehesten als gesichert betrachtet werden konnten. Diese Bedingungen erfüllten insgesamt 22 Faktoren aus 15 Studien.

2.1.2 Risikofaktoren für frühe Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten

Bei der zweiten Literaturrecherche wählte Kindler ebenfalls veröffentlichte Längsschnittstudien aus, „... in denen mögliche Risikofaktoren für frühe Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten unabhängig und zeitlich vor einem Untersuchungszeitpunkt (...) erhoben wurden“ [28]. Bei dieser Recherche berücksichtigte er nur solche Studien, in denen „... mindestens drei Faktoren auf eine mögliche Rolle als Risikofaktor hin getestet wurden“ [28]. Auch hier wurden die so gefundenen Risikofaktoren in die bereits oben aufgeführten acht Bereiche dieser Arbeit unterteilt. Ebenso wie bei der ersten Literaturrecherche wurden auch hier im weiteren Verlauf nur diejenigen Risikofaktoren in die Entwicklung des Risikoinventars aufgenommen, die sich in mindestens zwei Längsschnittstudien als Vorhersagefaktoren bewiesen hatten und damit als am ehesten gesichert betrachtet werden konnten. Diese Bedingungen erfüllten insgesamt 15 Faktoren aus 12 Studien.

2.1.3 Analyse international bereits vorliegender Risikoinventare im Bereich Frühe Hilfen

In einem weiteren Schritt führte Kindler eine Analyse von international vorliegenden Risikoinventaren durch und fand ein Set von 85 internationalen Projekten im Bereich der Frühen Hilfen, von denen 35 strukturierte Verfahren zur Risikoeinschätzung, also ein sogenanntes Risikoinventar, verwendeten [28]. Es kamen dabei mindestens 23 verschiedene Verfahren zum Einsatz. Die in den untersuchten Risikoinventaren herausgefilterten Risikofaktoren können, ähnlich wie in 1.4.1 und 1.4.2, in sechs unterschiedliche Bereiche unterteilt werden:

- Lebenssituation der Familie
- Persönliche Voraussetzungen von Mutter / Vater für die Bewältigung der Fürsorgeaufgabe
- Psychische Gesundheit Mutter / Vater
- Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber Schwangerschaft und dem Kind
- Fürsorgeanforderungen durch Kind und Geschwister sowie Geschichte der Fürsorge für andere Kinder
- Beobachtbares Fürsorgeverhalten Mutter / Vater gegenüber Kind

Auf Grundlage der belegten Risikofaktoren für frühe Kindesvernachlässigung bzw. –misshandlung und frühe Erziehungsschwierigkeiten bzw. Entwicklungsauffälligkeiten sowie der Analyse der internationalen Risikoinventare entwickelte Kindler schließlich den einseitigen „Anhaltsbogen“, der nur fünf Punkte enthält, aber ein ganzes Spektrum an Risikofaktoren abdeckt (siehe Anhang A):

- Mindestens eine besondere soziale Belastung (z.B. minderjährige Mutter)
- Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen / U-Untersuchungen
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen (z.B. Frühgeburt)

- Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptfürsorgeperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes
- Hauptfürsorgeperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

Da die Risikofaktoren relativ allgemein formuliert sind, entwickelte Kindler zusätzlich eine Auflistung zu jedem Risikofaktor, die genau definiert, welche Faktoren einem bestimmten Risikofaktor zugerechnet werden (siehe Anhang B).

2.1.4 Anwendung des „Anhaltsbogens“

Idealerweise sollte bei möglichst allen Frauen rund um die Geburt der „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ angewendet werden. Liegt einer der fünf oben genannten Risikofaktoren vor, so sollte dies auf dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ dokumentiert werden. Der „Anhaltsbogen“ soll dem Fachpersonal einen schnellen Überblick ermöglichen, in welchen Fällen welche Probleme vorliegen, so dass möglichst wenige Risikofälle übersehen werden. Wird schon ein Risikofaktor auf dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ vermerkt, dann sollte ein anschließendes Gespräch mit der Frau über ihre Probleme, Befürchtungen, aber auch die verschiedenen Hilfsangebote geführt werden.
Das dem ursprünglichen „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ beiliegende Erläuterungsblatt (siehe Anhang B) listet genau auf, bei welchen vorliegenden Gegebenheiten ein Risikofaktor auf dem „Anhaltsbogen“ als vorhanden vermerkt werden soll. Dieses Erläuterungsblatt wurde in den modifizierten „Anhaltsbögen“ in den „Anhaltsbogen“ selbst integriert, damit in der Praxis eine größere Zeitersparnis gegeben ist und damit vorliegende Risikofaktoren differenziert und auf einen Blick dargestellt werden können.

2.2 Konstruktion der Fallvignetten

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit stellte sich die Frage, mit welcher Art der Testung die Auswertungsobjektivität des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ am besten zu erfassen ist. Von Kindler kam der Vorschlag, dies mit Hilfe von sogenannten Fallvignetten zu tun [28].
Diese Fallvignetten sollten sich aus einem kurzen zur jeweiligen Situation hinführenden Text, sowie einer darauf folgenden Videosequenz einer Eltern-Kind-Interaktion zusammensetzen. Dieses Konzept wurde von allen an diesem Projekt Beteiligten als sinnvoll und praktikabel erachtet, auch, da es aus datenschutzrechtlicher Sicht überaus problematisch gewesen wäre, mit realen Patienten und Fällen zu arbeiten.

2.2.1 Konstruktion der Schrifttexte der Fallvignetten

Zunächst entwickelte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit die Schrifttexte, die einen Baustein der Fallvignetten darstellten. Diese Texte drehen sich jeweils um eine fiktive Frau kurz vor und nach dem Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes. Dabei wurden die im „Anhaltsbogen“ aufgeführten Risikofaktoren (siehe 2.1.3) von Fall zu Fall variiert. Es wurde versucht, eine Darstellungsform zu finden, die sich möglichst nahe am realen Ablauf auf einer Geburtsstation orientiert. Deshalb wurden die Teilnehmer der Untersuchungsgruppen im Text aktiv angesprochen und auch in die Situationen eingebettet, beispielsweise „(. . .) Bei der Anamnese berichtet Ihnen die junge Mutter (. . .)“. Hierbei wurde im Besonderen Wert auf eine realistische Schilderung der jeweiligen Situation gelegt. Dies versuchte die Verfasserin dadurch sicherzustellen, dass die einzelnen Falltexte jeweils mehrere Male von einer Krankenschwester, die auf einer Geburtsstation arbeitet und somit mit dieser Thematik vertraut ist, auf ihren Realitätsbezug hin überprüft wurden.
In den Texten sollten diejenigen Risikofaktoren abgehandelt werden, die auch in der Realität über allgemeine Gespräche mit der jungen Mutter bzw. über eine Anamnese eruierbar sind. Darunter fallen folgende im „Anhaltsbogen“ beschriebenen Risikofaktoren:

- Mindestens eine besondere soziale Belastung (z.B. minderjährige Mutter)
- Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen / U-Untersuchungen
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen (z.B. Frühgeburt)
- Hauptfürsorgeperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

Da Kindler eine genaue Auflistung (siehe Anhang B) entwickelt hatte, welche Faktoren definitionsgemäß zu den einzelnen Risikofaktoren gerechnet werden sollten, wurden auch diese Subtypen der Risikofaktoren in den einzelnen Texten berücksichtigt. Anhand der entstandenen Fallvignetten (siehe Anhang H) ist zu erkennen, dass in einigen Fällen mehrere Subtypen eines einzelnen Risikofaktors aufgegriffen wurden.

2.2.2 Auswahl der Videosequenzen

Nach Fertigstellung der Schrifttexte wurde nach dazu passenden Videosequenzen gesucht. Anfänglich war es das Ziel der Verfasserin, für jede Fallvignette eine reale Mutter-Kind-Interaktionssequenz zu verwenden. Dies stellte sich jedoch als datenschutzrechtlich nicht realisierbar heraus, da zu wenige solcher, von den Eltern freigegebener, Videos existierten. Teilweise waren die Kinder in den „echten“ Videosequenzen keine Neugeborenen mehr, sondern schon einige Monate alt, so dass sie auch Neugeborenen-unspezifische Verhaltensweisen, wie etwa ein selbstständiges Kopfheben zeigten. Dies wurde jedoch auf Grund der Authentizität dieser Videos in Kauf genommen und die Teilnehmer der Untersuchung wurden darauf hingewiesen. Für diejenigen Fallvignetten, für die keine reale Videosequenz gefunden werden konnte, wurden Sequenzen verwendet, die für ein anderes Projekt entwickelt wurden. Diese Videos stellen ebenfalls eine Mutter-Kind-Interaktion dar, wobei dies allerdings mit Hilfe einer Puppe geschieht [52].

Ziel des Einsatzes der Videosequenzen war es, denjenigen Risikofaktor des „Anhaltsbogens“ darzustellen, der nicht über ein Gespräch eruierbar ist, sondern lediglich durch die Beobachtung und Einschätzung der Mutter-Kind-Interaktion durch die Untersuchungsgruppen:

- Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptfürsorgeperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

Für diesen genannten Punkt führt Kindler in seiner Auflistung (siehe Anhang B) bestimmte Verhaltensweisen der Hauptfürsorgeperson an, welche diesen zu einem Risikofaktor machen. Diese verschiedenen Verhaltensweisen wurden in den unterschiedlichen Fallvignetten aufgegriffen.

2.2.3 Konstruktion der einzelnen Fälle

Bei der Konstruktion der Fälle wurde darauf geachtet, jeden Punkt, den der „Anhaltsbogen“ abhandelt, mit einzubeziehen, so dass alle Punkte des „Anhaltsbogens“ mit Hilfe des Begleittextes und des Videos beantwortet werden konnten.
Besonders wichtig erschien es, eine möglichst große Bandbreite an Schweregraden und Intensität bei den unterschiedlichen Fällen zu erzielen, wie sie auch in der täglichen Praxis vorkommt. So wurden sowohl Fälle konstruiert, die hinsichtlich der Risikofaktoren unauffällig waren, als auch solche Fälle, die mehrere Risikofaktoren abdecken und in der Realität einen schnellen Handlungsbedarf bedeuten würden. Ein besonderer Schwerpunkt wurde aber auf die Fälle gelegt, die sich zwischen den komplett unauffälligen und hochpathologischen Fällen befinden, da diese in der Praxis am häufigsten zu finden sind. Bei diesen Fällen ist es besonders wichtig, die vorhandenen diskreten Risikofaktoren zu erfassen, um eine mögliche spätere Gefährdung des Kindes zu verhindern. Insbesondere hinsichtlich der Erkennung dieser diskreten Risikofaktoren kann auch ermittelt werden, in wie weit der „Anhaltsbogen“ in der Praxis anwendbar ist.

Anfänglich wurden zwölf dieser Fallvignetten konstruiert. Diese Anzahl wurde im weiteren Verlauf auf zehn Fallvignetten reduziert, da die Datenerhebung die zeitlichen Kapazitäten

der teilnehmenden Hebammen und Krankenschwestern im Klinikalltag deutlich überschritten hätte. Von diesen zehn Fällen dienten zwei als sogenannte Übungsfälle, um den Untersuchungsteilnehmern die Anwendung des „Anhaltsbogens“ und den Ablauf der Untersuchung vorzustellen.

2.3 Untersuchungsgruppen

Es wurden drei Untersuchungsgruppen festgelegt: eine Gruppe bestehend aus Studenten, eine Fachpersonalgruppe, die sich aus Krankenschwestern und eine weitere Fachpersonalgruppe, die sich aus Hebammen zusammensetzte. Es wurde eine Gruppengröße von je 50 Probanden pro Gruppe angestrebt.

2.3.1 Testgruppe

Vor der eigentlichen Datenerhebung mit den Untersuchungsgruppen entschloss sich die Verfasserin der vorliegenden Arbeit, eine Probedatenerhebung mit einer Testgruppe durchzuführen. Dies hatte vor allem den Sinn, den zeitlichen Umfang der Datenerhebung besser abschätzen zu können, was später für die Rekrutierung der Untersuchungsgruppen eine wichtige Rolle spielte. Auch wurde diese Testgruppe dazu genutzt, den Ablauf der Datenerhebung auf seine Klarheit und inhaltliche Kongruenz zu überprüfen und eventuell noch optimieren zu können. Um eine wirkliche Abschätzbarkeit der Testgruppe hinsichtlich Dauer der Datenerhebung sowie auch Verständnis der Problematik zu gewährleisten, wurden als Testteilnehmer drei Medizinstudentinnen gewählt. Bei dieser Testdatenerhebung, die am 01.07.2010 stattfand, zeigte sich, dass die Dauer der Testung mit etwa zwei Stunden zu bemessen war. Dies wurde als angemessener Zeitraum angesehen, weswegen auch keine weiteren Modifikationen hinsichtlich der Länge der Datenerhebung vorgenommen wurden.

2.3.2 Medizinstudentengruppe

Die studentische Untersuchungsgruppe wurde aufgenommen, um herauszufinden, ob der „Anhaltsbogen“ auch für fachlich nicht geschultes und erfahrenes Personal handhabbar und verständlich ist. Grundsätzlich gab es kein Ausschlusskriterium, lediglich wären diejenigen Studenten, die bereits eine Ausbildung als Hebamme oder Krankenschwester / Krankenpfleger gemacht hätten und auch in diesem Bereich schon berufliche Erfahrungen gesammelt hätten nicht zur Studentengruppe gerechnet worden, sondern der jeweiligen Fachpersonalgruppe zugerechnet worden. Da dies jedoch bei keinem der Teilnehmer der Fall war, konnten alle Studenten in dieser Gruppe belassen werden. Hinsichtlich der Rekrutierung dieser Untersuchungsgruppe gab es Überlegungen in verschiedene Richtungen. Eine Möglichkeit, eine adäquate Teilnehmerzahl an Studenten zu gewinnen, stellte ein zweiwöchiger Psychologieblockkurs im Juli 2010 an der Universität Ulm dar, an dem Medizinstudenten des 2. Semesters teilnahmen. Da dieser Blockkurs in einzelnen Gruppen mit je etwa 20 Studenten stattfand, wurden Anfragen an die verschiedenen Dozenten gestellt. Von drei Dozenten erfolgten positive Zusagen, so dass die Datenerhebung an drei unterschiedlichen Terminen stattfand (19.07., 21.07. und 22.07.2010).
Einen Überblick über die Untersuchungsgruppe Studenten gibt Tabelle 1.

2.3.3 Fachpersonalgruppe

Die Gewinnung von Probanden sowohl für die Gruppe der Krankenschwestern als auch die Gruppe der Hebammen stellte sich teilweise als schwierig dar, da sich der zeitliche Aufwand für einige der angefragten Kliniken als zu groß darstellte. Deshalb wurde beschlossen, die anfänglich separaten Gruppen der Krankenschwestern und Hebammen zu einer gemeinsamen Gruppe zusammenzufügen, auch, um später im Vergleich mit der Medizinstudentengruppe eine annähernd gleiche Gruppenstärke zu erreichen. Zunächst wurden Anfragen an verschiedene Kliniken gestellt, woraufhin vom Klinikum Trier eine positive Rückmeldung erfolgte.
Des Weiteren ergab sich die Möglichkeit, im Zuge einer Mitarbeiterschulung innerhalb eines anderen Forschungsprojektes, das die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Tabelle 1: *Beschreibung der Untersuchungsgruppe Medizinstudenten*

Merkmal	Anzahl
Anzahl	50
vollständig bearbeitet	98% (49 Teilnehmer)
teilweise bearbeitet	2% (1 Teilnehmer)
männlich	44% (22 Teilnehmer)
weiblich	56% (28 Teilnehmer)
Altersdurchschnitt (Jahre)	22,91
eigene Kinder	2% (1 Teilnehmer)
berufliche Vorerfahrung	32% (16 Teilnehmer)
- Rettungsdienst	14% (7 Teilnehmer)
- Krankenpflege	6% (3 Teilnehmer)
- Soziologie	2% (1 Teilnehmer)
- andere medizinische Berufe	8% (4 Teilnehmer)
- keine Angabe	2% (1 Teilnehmer)

des Universitätsklinikums Ulm in Kooperation mit allen sechs Geburtskliniken des Ortenaukreises durchführte [55], weitere Teilnehmer für die hier vorgestellte Untersuchung zu gewinnen. Auch wurde auf weiteren Fortbildungen und Veranstaltungen auf die Datenerhebung aufmerksam gemacht, wobei hierbei leider keine positiven Rückmeldungen eingingen.
Bei der Fachpersonalgruppe soll im Folgenden ebenfalls ein kurzer Überblick hinsichtlich der Anzahl der Teilnehmer, des Geschlechts, der vollständigen Bearbeitung der Fallvignetten, des Altersdurchschnitts, sowie im Hinblick auf eigene Kinder und des Berufes gegeben werden (siehe Tabelle 2).

Die Angaben zum Beruf der Teilnehmer machen deutlich, dass sich diese Gruppe deutlich heterogener gestaltete als anfänglich angenommen. Da jedoch alle Teilnehmer über Erfahrung im Hinblick auf die Anwendung des „Anhaltsbogens“ hatten, wurde beschlossen, nicht nur die Krankenschwestern und Hebammen in die Datenauswertung mit einzubeziehen, sondern auch die Teilnehmer mit anderer beruflicher Vorerfahrung zu berücksichtigen.

Tabelle 2: *Beschreibung der Untersuchungsgruppe Fachpersonalgruppe*

Merkmal	Anzahl
Anzahl	40
Klinik Ortenaukreis	23
Klinik Trier	17
vollständig bearbeitet	42,5% (17 Teilnehmer)
teilweise bearbeitet	57,5% (23 Teilnehmer)
männlich	5% (2 Teilnehmer)
weiblich	95% (38 Teilnehmer)
Altersdurchschnitt (Jahre)	40,9
eigene Kinder	55% (22 Teilnehmer)
Beruf	97,5% (39 Teilnehmer)
	keine genaue Angabe: 2,5% (1 Teilnehmer)
- Hebamme	17,5% (7 Teilnehmer)
- Kinder- / Krankenschwester	42,5% (17 Teilnehmer)
- Arzt / Ärztin	12,5% (5 Teilnehmer)
- andere medizinische Berufe	2,5% (1 Teilnehmer)
- Sozialarbeit	7,5% (3 Teilnehmer)
- keine Angabe	17,5% (7 Teilnehmer)

2.4 Datenerhebung

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten bereits die Entwicklung der Fallvignetten, sowie die jeweiligen Untersuchungsgruppen beschrieben wurden, erfolgt nun die Darstellung des eigentlichen Ablaufes der Datenerhebung. Der Versuchsablauf fand in der Medizinstudentengruppe im Vergleich zur Fachpersonalgruppe in leicht modifizierter Form statt.

2.4.1 Datenerhebung Medizinstudentengruppe

Wie bereits erwähnt, fand die Datenerhebung der Medizinstudentengruppe am 19.07., 21.07. und 22.07.2010 im Rahmen des Psychologieblockkurses für Medizinstudenten des zweiten Semesters an der Universität Ulm statt. Diese Datenerhebungen wurden von Dr. Anne Katrin Künster sowie der Verfasserin der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Bei dieser Gruppe wurde mit der nicht modifizierten Form des „Anhaltsbogens“ (siehe Anhang A) gearbeitet.
Die Datenerhebung begann mit einer kurzen Begrüßung der Studenten und der Vorstellung der oben genannten Personen. Im Anschluss erfolgte eine Einführung zum Thema Kindeswohlgefährdung allgemein und warum diese Thematik in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Diese Einführung beinhaltete die Frage an die Medizinstudenten, was sie selbst unter Kindeswohlgefährdung verstehen, sowie die tatsächliche momentane gesetzliche Definition. Auch über die verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung, wie etwa Misshandlung, wurde ein Überblick gegeben. Des Weiteren wurde den Medizinstudenten der „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ vorgestellt und seine Bedeutung für die Praxis erläutert. Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, dass der „Anhaltsbogen“ noch nicht wissenschaftlich validiert ist und dass ein erster Schritt hin zur Validierung mit Hilfe ihrer Untersuchungsgruppe geleistet werden soll, da eine Voraussetzung der Validität die Objektivität des Verfahrens ist.
Im Anschluss wurde ein Codeblatt (siehe Anhang D) an jeden Studenten ausgeteilt, um später sowohl die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe hinsichtlich des Alters, Geschlechts und Berufserfahrung ermitteln zu können, als auch, um nachvollziehen zu können, ob diese einzelnen biographischen Punkte Einfluss auf die Bewertung der einzelnen Fall-

vignetten hatten. Da bei dieser Untersuchungsgruppe die Datenerhebung mit dem nichtmodifizierten Fragebogen (siehe 2.1.4) erfolgte, wurden den Untersuchungsteilnehmern zwei Erläuterungsblätter zum „Anhaltsbogen“ ausgehändigt (siehe Anhang B und C), wovon eines (siehe Anhang C) das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ und die Entstehung des „Anhaltsbogens“ erklärt. Das zweite Erläuterungsblatt (siehe Anhang B) enthält eine Auflistung, welche bestimmten Merkmale welchem Risikofaktor des „Anhaltsbogens“ zugerechnet werden.

Im Anschluss wurden den Medizinstudenten jeweils zehn „Anhaltsbögen“ ausgeteilt, mit der Bitte, jeden dieser Bögen mit ihrem Code, den sie auf dem Codeblatt (siehe Anhang D) eingetragen hatten, zu versehen, um später eine Zuordnung von Codeblatt und „Anhaltsbögen“ zu gewährleisten. Danach wurden die Studenten gebeten, die Erläuterungsblätter (siehe Anhang B und C) zu lesen und sich besonders mit der Auflistung der einzelnen Risikofaktoren auf dem zweiten Erläuterungsblatt (siehe Anhang B) vertraut zu machen.

Im Folgenden wurden zwei Probefälle bearbeitet (siehe Anhang G), um die Handhabung des „Anhaltsbogens“ zu erläutern und den Testablauf deutlich zu machen. Zunächst wurde der Schrifttext des ersten Falles gemeinsam gelesen und im Anschluss das dazu gehörende Video gezeigt. Es erfolgte ein nochmaliges Lesen der Fallbeschreibung und der Hinweis, dass die genauen Erläuterungen, welche Merkmale definitionsgemäß welchem Risikofaktor zugerechnet werden, auf dem zweiten Erläuterungsblatt (siehe Anhang B) zu finden sind und das dieses auch bei der späteren eigentlichen Datenerhebung verwendet werden darf. Danach erfolgte die Vorstellung der Musterlösung des ersten Übungsfalles, sowie die Durchführung des zweiten Übungsfalles nach dem gleichen Schema. Im Anschluss daran wurden noch bestehende Fragen seitens der Studenten geklärt und die Studenten wurden darauf hingewiesen bzw. gebeten, die Fälle alleine und selbstständig zu bearbeiten.

Die Bearbeitung der acht eigentlichen Fallvignetten (siehe Anhang H) erfolgte nach dem gleichen Procedere wie bei den Übungsfällen, ohne jedoch die Musterlösungen zu präsentieren. Nach der Datenerhebung wurden die „Anhaltsbögen“ wieder eingesammelt und die Musterlösungen wurden vorgestellt und erläutert (siehe Anhang I). Zu allen drei Erhebungszeitpunkten konnten alle acht Fallvignetten bearbeitet werden. Offene Fragen der Studenten

zur Musterlösung, aber auch zur Thematik der Kindeswohlgefährdung allgemein wurden im Anschluss noch geklärt. Die Vorstellung der Musterlösungen war aus zeitlichen Gründen wie bereits in 2.3.1 beschrieben, nur in der Gruppe vom 19.07.2010 möglich, die Dozenten der Gruppen von 21.07.2010 und 22.07.2010 erhielten die Musterlösungen jedoch per E-Mail und konnten sie ihren Gruppen bei Wunsch am folgenden Tag vorstellen.

2.4.2 Datenerhebung Ortenaukreis

Diese erste Datenerhebung der Fachpersonalgruppe fand im Rahmen einer Mitarbeiterschulung am 29.10.2011 in Offenburg im Ortenaukreis statt. Sowohl die Schulung als auch die Datenerhebung für die hier vorliegende Arbeit wurden von Frau Dipl. Päd. Leonore Thurn (wissenschaftliche Mitarbeiterin der KJPP Ulm) durchgeführt. Im Vorfeld der Untersuchung wurde von den Verantwortlichen um einen zusätzlichen Übungsfall gebeten, der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken darauf aufmerksam machen sollte, dass es in der Praxis Fälle geben kann, die alleine auf der Grundlage des ausgefüllten Bogens noch nicht nach weiterführenden Hilfen verlangen würden, durch die Qualität der beschriebenen Risiken aber auf jeden Fall Angebote der Frühen Hilfen bräuchten. Diesem Wunsch kam die Verfasserin der vorliegenden Arbeit nach und fertigte eine zusätzliche Fallvignette an, die es ermöglichte, diese Situation bei der Mitarbeiterschulung zu thematisieren (siehe Anhang J).

Der prinzipielle Ablauf der Datenerhebung entsprach dem der Medizinstudentengruppe mit der Ausnahme, dass die einführenden Worte rund um das Thema Kindeswohlgefährdung kürzer gehalten wurden, da es sich um eine Fachpersonalgruppe handelte, die bereits mit dem „Anhaltsbogen“ arbeitet und somit schon über Vorwissen verfügte.
Ein weiterer kleiner Unterschied war, dass dieser Gruppe die Erläuterungsblätter (siehe Anlage D und E), welche die Medizinstudentengruppe bekommen hatte, nicht ausgehändigt wurden, da Anlage E das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ im Allgemeinen erklärt und Anlage D beim ursprünglichen „Anhaltsbogen“ notwendig für die Bearbeitung ist. Bei der im Ortenaukreis angewendeten modifizierten Form ist diese Erläuterungsliste aber bereits in den „Anhaltsbogen“ selbst mit eingearbeitet worden (siehe Anlage G).

Da sich der Aufbau des hier verwendeten „Anhaltsbogens“ etwas vom ursprünglichen, auch in der Medizinstudentengruppe verwendeten Bogen unterscheidet, wurde auch die Darstellung der Musterlösungen entsprechend daran angepasst. So wurden die einzelnen Fälle beispielsweise nach dem hier verwendeten Ampelschema eingeteilt. Aus Zeitgründen der Untersuchungsteilnehmer konnten bei dieser Untersuchung nur sechs der eigentlich acht Fallvignetten bearbeitet werden und auch der zusätzliche, speziell für diese Datenerhebung konzipiert neunte Fall (siehe Anlage L), konnte nicht berücksichtigt werden.

2.4.3 Datenerhebung Trier

Die Datenerhebung in Trier fand am 07.12.2010 statt und wurde von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Da das Klinikum Trier ebenfalls ebenfalls schon mit dem „Anhaltsbogen“ (siehe Anhang F) in leicht modifizierter Form arbeitet und die Teilnehmer der Datenerhebung somit ebenfalls über ein gewisses Vorwissen im Bezug auf den „Anhaltsbogen“, sowie die gesamte Problematik und Tragweite der Kindeswohlgefährdung verfügten, wurde auch hier die Hinführung zur eigentlichen Datenerhebung gekürzt.
Ansonsten war das Procedere dasselbe wie bei der Medizinstudentengruppe und der Fachpersonalgruppe im Ortenaukreis. Auch hier war das Austeilen der bei der Medizinstudentengruppe verwendeten Erläuterungsblätter (siehe Anhang B und C) nicht notwendig, da die Definitionen, welche Merkmale welchen Risikofaktoren zuzurechnen sind (siehe Anhang B), auch in den „Anhaltsbogen“ selbst mit aufgenommen worden sind. Auf Grund dessen wurde auch hier die Darstellung der Musterlösung dem hier verwendeten „Anhaltsbogen“-Modell angepasst. Bei dieser Datenerhebung konnten alle acht Fallvignetten (siehe Anhang H) bearbeitet werden und nach Darstellung der Musterlösung (siehe Anhang I) ergab sich eine überaus interessante Gesprächsrunde mit den Teilnehmerinnen über ihre praktischen Erfahrungen in der Anwendung des „Anhaltsbogens“. Hierbei wurde seitens der Teilnehmerinnen wiederholt die gute Anwendbarkeit und auch die Relevanz eines derartigen Screening-Instruments betont.

2.5 Auswertung der erhobenen Daten

Die durch die Erhebungen gewonnenen Daten zum „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ wurden im Hinblick auf die Auswertungsobjektivität betrachtet.
Der erste Schritt der folgenden Datenanalyse beruhte auf dem Grundgedanken, dass bei der praktischen Anwendung des „Anhaltsbogens“ nur mit denjenigen Müttern ein vertiefendes Gespräch angestrebt wird, bei denen sich auf dem „Anhaltsbogen“ mindestens eine Auffälligkeit findet, also bei denen der Datenerheber mindestens einen der auf dem „Anhaltsbogen“ aufgeführten Risikofaktoren angekreuzt hat. Deshalb wurde zunächst nun primär darauf geachtet, ob die Teilnehmer mindestens einen Risikofaktor angekreuzt haben, unabhängig davon, ob der entsprechende Fall nur einen oder mehrere Risikofaktoren enthalten hat. Lediglich der achte Fall verfügt über keinerlei Risikofaktoren, was bedeutet, dass hier kein Kreuz zu setzen war. Auch dies wurde in der ersten Untersuchung berücksichtigt, da der „Anhaltsbogen“ lediglich die Mütter detektieren soll, bei denen Risikofaktoren vorliegen.
Dieser erste Schritt der Datenanalyse diente dazu zu ermitteln, ob die jeweiligen Fälle von den beiden Untersuchungsgruppen unterschiedlich gut hinsichtlich des Vorhandenseins von Risikofaktoren bewertet wurden.

In einem zweiten Schritt sollte erfasst werden, wie viele Fälle von den Teilnehmern insgesamt richtig erkannt wurden und ob Studenten und das Fachpersonal unterschiedlich gut in der Beurteilung der Fallvignetten abschneiden. Dazu wurden alle richtig erkannten Fälle aufsummiert (Fall eins bis sechs, da Fall sieben und acht nicht von allen Teilnehmern bearbeitet werden konnten). Die Anzahl richtiger Fälle wurde sowohl in Form von Häufigkeiten ausgezählt als auch mittels χ^2-Test miteinander verglichen, um eine mögliche Signifikanz zwischen den beiden Untersuchungsgruppen aufzuzeigen.
Des weiteren betrachtete die Verfasserin der vorliegenden Arbeit anhand der erhobenen Daten jeweils einen der auf dem „Anhaltsbogen“ aufgeführten Items (Risikofaktoren) für alle acht Fälle. Die einzelnen Items des Fragebogens werden im Folgenden nun aufgelistet, um dem Leser eine bessere Übersicht zu ermöglichen.

A) Soziale Belastung

B) Fehlende U-Untersuchungen

C) Erhöhte Fürsorgeansprüche

D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes

E) Zukunftsangst

Hinweis: Item D) wurde von den Teilnehmern durch Interpretation der gezeigten Videosequenz bewertet; im Begleittext wurden zu diesem Item keine weiterführenden Informationen geliefert.

Im letzten Schritt der Datenanalyse sollte untersucht werden, wie oft ein bestimmtes Item insgesamt richtig bewertet wurde. Dazu wurden alle richtigen Antworten bezüglich eines Items über alle Fälle hinweg aufsummiert (Fall eins bis Fall sechs, da Fall sieben und acht nicht von allen Teilnehmerinnen bearbeitet wurden). Die Anzahl richtiger Antworten wird zum einen im Form von Häufigkeiten ausgezählt als auch mittels χ^2-Test miteinander verglichen, um eine mögliche Signifikanz zwischen den beiden Untersuchungsgruppen aufzuzeigen.

Hinweise zur Datenauswertung:

- Medizinstudentengruppe: Der sechste Punkt des ursprünglichen Fragebogens („Keine Kriterien treffen zu“) (siehe Anhang A) wurde nicht mit in die Berechnung aufgenommen, da nicht genau ersichtlich war, warum dieser Punkt von den jeweiligen Teilnehmern nicht angekreuzt wurde: entweder weil er wirklich nicht zutraf oder weil er nicht beachtet wurde. Auch existiert dieser Punkt lediglich auf der ursprünglichen Form des „Anhaltsbogens“, mit der die Studenten gearbeitet haben; die leicht modifizierten Fragebögen der Fachpersonalgruppe verfügten nicht über diesen Punkt, so dass es später beim Vergleich der beiden Gruppen Schwierigkeiten bei der Interpretation der Testergebnisse gegeben hätte.
- Fachpersonalgruppe: Die gesamte Fachpersonalgruppe hat die ersten sechs Fälle bearbeitet. Die Fälle sieben und acht wurden lediglich von 17 Teilnehmern bearbeitet.

- Gesamtgruppe: Zusätzlich zur zur Medizinstudentengruppe und zur Fachpersonalgruppe wurden die jeweiligen Untersuchungen der Daten auch für die Gesamtgruppe, also die Summe von Medizinstudentengruppe und Fachpersonalgruppe vorgenommen, um die generellen Tendenzen der Datenauswertung unabhängig von der einzelnen Gruppe betrachten zu können.

3 Ergebnisse

Die durch die Erhebungen gewonnenen Daten zum „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ wurden im Hinblick auf die Auswertungsobjektivität von der Verfasserin ausgewertet und werden im Folgenden dargestellt.

3.1 Erkennen von mindestens einem Risikofaktor innerhalb der einzelnen Fälle

Darstellungsweise der Ergebnisse: die Ergebnisse der beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich der Frage, ob in den jeweiligen Fällen mindestens ein Risikofaktor vorliegt, werden im Folgenden tabellarisch aufgelistet. Zusätzlich wird die Musterlösung des Falles, also ob tatsächlich Risikofaktoren vorliegen oder nicht, vorangestellt. Ebenfalls enthalten in dieser tabellarischen Darstellung ist die Gesamtgruppe der Teilnehmer (N=90), also die Summe aus Fachpersonal und Medizinstudenten. Die Ergebnisse werden durch die Anzahl der Teilnehmer, die den Fall richtig erkennen, angegeben, die dazu äquivalente Prozentzahl wird in Klammern dahinter aufgeführt (siehe Tabelle 3).

Allgemein lässt sich eine deutliche Übereinstimmung der Antworten beider Testgruppen mit der Musterlösung feststellen.

Medizinstudentengruppe: Die Studentengruppe bewertete fünf Fälle (Fall eins bis fünf) zu 100% richtig bezüglich des Vorliegens von mindestens einem Risikofaktor. Die Fälle sieben und acht wurden zu 98% richtig beantwortet. Lediglich das Ergebnis des sechsten Falles

Tabelle 3: *numerische Verteilung der einzelnen Testgruppen auf das Vorhandensein von Risikofaktoren innerhalb der einzelnen Fälle (N = Personenanzahl)*

Fälle	Risikofaktoren in den Musterlösungen	Medizin-studentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40) Fall 7 und 8: N=17	Gesamtgruppe (N=90) Fall 7 und 8: N=67
Fall 1	Ja	50 (100%)	40 (100%)	90 (100%)
Fall 2	Ja	50 (100%)	40 (100%)	90 (100%)
Fall 3	Ja	50 (100%)	40 (100%)	90 (100%)
Fall 4	Ja	50 (100%)	39 (97,5%)	89 (98,9%)
Fall 5	Ja	50 (100%)	40 (100%)	90 (100%)
Fall 6	Ja	39 (78%)	39 (97,5%)	78 (86,7%)
Fall 7	Ja	49 (98%)	17 (100%)	66 (98,5%)
Fall 8	Nein	49 (98%)	17 (100%)	66 (98,5%)

hebt sich mit 78% (siehe Tabelle 3) deutlich von den hohen Übereinstimmungen der anderen Fälle ab.

Fachpersonalgruppe: Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch in der Fachpersonalgruppe ab. Hier wurde sechs Fälle (Fall eins, zwei, drei, fünf, sieben und acht) zu 100% richtig bewertet. Die Fälle vier und sechs wurden von dieser Gruppe zu 97,5% korrekt beantwortet.

Gesamtgruppe: Die Darstellung der Gesamtgruppe verdeutlicht, dass die beiden Testgruppen insgesamt vier Fälle (Fall eins, zwei, drei und fünf) zu 100% korrekt beantworten konnten. Fall drei wurde mit 98,9% korrekt beantwortet, die Fälle sieben und acht wurden zu 98,5% richtig bewertet. Auch in der Gesamtgruppe zeigt sich eine deutlichere Abweichung von der Musterlösung bei Fall sechs, der zu 86,7% korrekt bearbeitet wurde. Dies ist aber vornehmlich der Tatsache geschuldet, dass dieser Fall von der Medizinstudentengruppe lediglich zu 78% korrekt beantwortet wurde, während die Fachpersonalgruppe diesen Fall mit 97,5% korrekt beantwortet hat.

3.2 Richtige Beurteilung der Fälle eins bis sechs auf das Vorliegen von Risikofaktoren

Tabelle 4: *numerische Darstellung der einzelnen Testgruppen hinsichtlich der richtigen Beurteilung der Fälle eins bis sechs (N = Personenanzahl)*

Fälle richtig	Medizinstudentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40)	Gesamtgruppe (N=90)
5	11 (22%)	2 (5%)	13 (14,4%)
6	39 (78%)	38 (95%)	77 (85,6%)

Tabelle 4 zeigt die Gesamtzahl der korrekt beantworteten Fälle sowohl für die Medizinstudenten-, die Fachpersonal-, als auch die Gesamtgruppe. Hierbei wird nur Bezug auf die ersten sechs Fälle der Untersuchungsgruppen Bezug genommen, da diese von allen Teilnehmern bearbeitet worden sind. Insgesamt lässt sich erkennen, dass sowohl die Fachpersonal als auch die Medizinstudentengruppe mindestens fünf von sechs Fällen richtig erkannt haben.

Medizinstudentengruppe: In der Studentengruppe beantworteten elf Teilnehmer fünf Fälle richtig (22%) und 39 Teilnehmer (78%) alle sechs Fälle richtig (siehe Tabelle 4).

Fachpersonalgruppe: Hier sind die Ergebnisse noch besser als in der Studentengruppe. 38 Teilnehmer (95%) schätzten alle sechs Fälle richtig ein, lediglich 2 Teilnehmer (5%) erkannten nur fünf Fälle richtig.

Gesamtgruppe: Wie schon in den Einzelgruppen zeichnet sich daraus folgend auch in der Gesamtgruppe ein überaus positives Bild ab. 13 Teilnehmer (14,4%) beantworteten fünf Fälle richtig und 77 (85,4%) alle sechs Fälle (siehe Tabelle 4).

Zusätzlich wurde mit Hilfe der in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse ein χ^2-Test durchgeführt, um eine mögliche Signifikanz aufzuzeigen.

χ^2-Test: Der χ^2-Test wird signifikant, d.h. die Profigruppe beurteilte die Fälle eins bis sechs hinsichtlich des Vorhandenseins von Risikofaktoren signifikant häufiger richtig als die Studentengruppe (χ^2= 5,197; N=50; df=1; p=0,023).

3.3 Item A) Soziale Belastung

3.3.1 Betrachtung der Ergebnisse auf das Vorhandensein des Items A) Soziale Belastung in den einzelnen Fällen eins bis acht

Darstellungsweise der Ergebnisse: Auch hier erfolgt die Darstellung der Ergebnisse tabellarisch, wobei erneut zu Beginn der Tabelle die Musterlösung des jeweiligen Falles dargestellt wird, also ob der entsprechende Risikofaktor für den einzelnen Fall zutrifft oder nicht. Auch werden bei der folgenden Darstellung die Ergebnisse prozentual angegeben, die dazu äquivalente Teilnehmerzahl wird in Klammer hinter den prozentualen Ergebnissen aufgeführt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: *Darstellung der prozentualen Verteilung der einzelnen Testgruppen des Items A) Soziale Belastung auf die einzelnen Fälle (N = Personenanzahl)*

Fälle	Musterlösung: Es liegt eine soziale Belastung vor	Medizin-studentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40) Fall 7 und 8: N=17	Gesamtgruppe (N=90) Fall 7 und 8: N=67
Fall 1	Nein	50 (100%)	24 (60%)	74 (82,2%)
Fall 2	Ja	49 (98%)	40 (100%)	89 (98,9%)
Fall 3	Ja	50 (100%)	40 (100%)	90 (100%)
Fall 4	Ja	48 (96%)	39 (97,5%)	87 (96,7%)
Fall 5	Ja	49 (98%)	40 (100%)	89 (98,9%)
Fall 6	Ja	36 (72%)	37 (92,5%)	73 (81,1%)
Fall 7	Nein	45 (90%)	17 (100%)	62 (92,5%)
Fall 8	Nein	48 (48%)	17 (100%)	65 (97%)

In Tabelle 5 wird die Übereinstimmung der beiden Untersuchungsgruppen sowie der Gesamtgruppe mit der Musterlösung bezüglich des Items A) Soziale Belastung für die einzelnen Fälle dargestellt.

Medizinstudentengruppe: Bei der Bewertung des Items „Soziale Belastung“ zeigt sich bei der Medizinstudentengruppe in weiten Teilen eine deutliche Übereinstimmung mit der Musterlösung. So wurden die Fälle eins und drei zu 100% korrekt beantwortet, auf die Fälle zwei und fünf entfielen 98%, zu 96% korrekt wurden die Fälle vier und acht bewertet. Fall sieben wurde mit 90% Übereinstimmung korrekt beantwortet. Lediglich bei Fall sechs zeigt sich mit 72% (siehe Tabelle 5) eine deutliche Abweichung der ansonsten hohen Übereinstimmung der Medizinstudentengruppe mit der Musterlösung.

Fachpersonalgruppe: Die Fachpersonalgruppe bietet eine noch höhere prozentuale Übereinstimmung mit der Musterlösung. So wurden die Fälle zwei, drei, fünf, sieben und acht zu 100% korrekt beantwortet, Fall vier mit 97,5% und Fall sechs mit 92,5%. Aber auch bei der Fachpersonalgruppe ergibt sich bei einem Fall (Fall eins) mit 60% eine deutliche Abweichung von der Musterlösung (siehe Tabelle 5).

Gesamtgruppe: Die Ergebnisse der Gesamtgruppe machen deutlich, dass beide Gruppen Fall drei zu 100% korrekt beantwortet haben. Die Fälle zwei und fünf wurden zu 98,9% richtig interpretiert, bei Fall sieben findet sich eine 97%ige Übereinstimmung, auf Fall vier entfallen 96,7% und auf Fall sieben 92,5%. Deutlich dahinter findet sich bei Betrachtung der Gesamtgruppe der Fall eins (82,2%), was der Tatsache geschuldet ist, dass dieser Fall von der Fachpersonalgruppe zu lediglich 60% korrekt beantwortet wurden. Auch Fall sechs liegt mit 81,1% deutlich hinter den Übereinstimmungen der anderen Fälle zurück, wobei hier die Tatsache zum Tragen kommt, dass dieser Fall von der Medizinstudentengruppe lediglich zu 72% korrekt bewertet wurde.

3.3.2 Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items A) Soziale Belastung über die Summe der Fälle hinweg betrachtet

Des Weiteren wurde berechnet, wie oft ein Item jeweils im Gesamten von der Medizinstudenten- und der Fachpersonalgruppe richtig beantwortet wurde. Hierzu wurden erneut lediglich die ersten sechs Fälle betrachtet, da die Fälle sieben und 8 nicht von allen Teilnehmern bearbeitet werden konnten.

Tabelle 6: *Darstellung der Verteilung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items A) Soziale Belastung der Fälle eins bis sechs (N = Personenanzahl)*

Item A) richtig	Medizinstudentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40)	Gesamtgruppe (N=90)
4	3 (6%)	0 (0%)	3 (3,3%)
5	12 (24%)	20 (50%)	32 (35,6%)
6	35 (70%)	20 (50%)	55 (61,1%)

Tabelle 6 stellt die korrekte Beantwortung des Items A) Soziale Belastung sowohl für die Medizinstudenten-, die Fachpersonal-, als auch die Gesamtgruppe. Hierbei wird nur Bezug auf die ersten sechs Fälle der Untersuchungsgruppen Bezug genommen, da diese von allen Teilnehmern bearbeitet worden sind.

Medizinstudentengruppe: Tabelle 6 zeigt, dass Item A) im Durchschnitt mindestens viermal (6% der Studenten) richtig beantwortet wurde. 24% der Teilnehmer beantworteten fünf von sechs Mal das Item A) richtig. Der weitaus größte Teil der Studenten (70%) aber beurteilte das Item A) in allen sechs Fällen richtig.

Fachpersonalgruppe: In dieser Gruppe lässt sich eine gleichmäßige Verteilung der Teilnehmer von je 50% auf fünf bzw. sechs richtige Beantwortungen des Items A) erkennen (siehe Tabelle 6).

Gesamtgruppe: Hier zeigt sich resultierend aus den Ergebnissen der Einzelgruppen, dass Item A) mindestens viermal (3,3% der Gesamtgruppe) richtig beantwortet wurde. 35,6% der Teilnehmer beantworteten das Item A) fünfmal richtig und 61,1% beurteilten das Item A) in allen sechs Fällen richtig.

Mit Hilfe der in Tabelle 6 dargestellten Ergebnisse wurde auch hier ein χ^2-Test durchgeführt, um eine mögliche Signifikanz darzustellen.

χ^2-Test: Der χ^2-Test wird signifikant, d.h. die Medizinstudenten beurteilen Item A signifikant häufiger richtig als die Profis (χ^2= 8,080; N=90; df=2; p=0,018).

3.4 Item B) Fehlende U-Untersuchungen

3.4.1 Betrachtung der Ergebnisse auf das Vorhandensein des Items B) Fehlende U-Untersuchungen in den einzelnen Fällen eins bis acht

Tabelle 7: *Darstellung der prozentualen Verteilung der einzelnen Testgruppen des Items B) Fehlende U-Untersuchungen auf die einzelnen Fälle (N = Personenanzahl)*

Fälle	Musterlösung: Es liegen fehlende U-Untersuchungen vor	Medizin-studentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40) Fall 7 und 8: N=17	Gesamtgruppe (N=90) Fall 7 und 8: N=67
Fall 1	Nein	49 (98%)	38 (95%)	87 (96,7%)
Fall 2	Nein	49 (98%)	38 (95%)	87 (96,7%)
Fall 3	Ja	50 (100%)	39 (97,5%)	89 (98,9%)
Fall 4	Nein	50 (100%)	39 (97,5%)	89 (98,9%)
Fall 5	Ja	49 (98%)	40 (100%)	89 (98,9%)
Fall 6	Nein	42 (84%)	27 (67,5%)	69 (76,7%)
Fall 7	Nein	49 (98%)	17 (100%)	66 (98,5%)
Fall 8	Nein	41 (82%)	17 (100%)	58 (86,6%)

In Tabelle 7 wird die Übereinstimmung der beiden Untersuchungsgruppen sowie der Gesamtgruppe mit der Musterlösung bezüglich des Items B) Fehlende U-Untersuchungen für die einzelnen Fälle dargestellt.

Medizinstudentengruppe: Bei der Bewertung des Items B) Fehlende U-Untersuchungen zeigte sich in der Medizinstudentengruppe eine 100%ige Übereinstimmung mit der Musterlösung bei den Fällen drei und vier (siehe Tabelle 7). Zu 98% korrekt wurden die Fälle eins, zwei, fünf und sieben beantwortet. Etwas geringere Übereinstimmungen der Teilnehmer mit der Musterlösung fanden sich bei den Fällen sechs (84%) und acht (82%).

Fachpersonalgruppe: Bei dieser Gruppe zeigte bei der Bewertung des Items B) in Fall fünf, sieben und acht eine 100%ige Übereinstimmung mit der Musterlösung. Die Fälle drei und vier wurden zu 97,5% korrekt beantwortet. Ähnlich hoch waren die Übereinstimmungen in den Fällen eins und zwei (je 95%). Jedoch zeigte sich in der Fachpersonalgruppe eine deutlich niedrigere Übereinstimmung bei Fall sechs (67,5%) (siehe Tabelle 7).

Gesamtgruppe: Da sich die Ergebnisse der Gesamtgruppe aus den Ergebnissen der beiden oben genannten Gruppen zusammensetzen, zeigte sich in den Fällen drei, vier und fünf mit 98,9% eine sehr hohe Übereinstimmung mit der Musterlösung. Fall sieben wurde zu 98,5% korrekt bewertet und die Fälle eins und zwei zeigen eine 96,7%ige Übereinstimmung.
Wie Tabelle 7 zeigt, grenzen sich die Fälle acht (86,5%) und sechs (76,7%) in ihrer prozentualen Bewertung deutlich von der allgemein hohen Übereinstimmung der anderen Fälle ab.

3.4.2 Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items B) Fehlende U-Untersuchungen über die Summe der Fälle hinweg betrachtet

Tabelle 8 stellt die korrekte Beantwortung des Items B) Fehlende U-Untersuchungen sowohl für die Medizinstudenten-, die Fachpersonal-, als auch die Gesamtgruppe. Hierbei wird nur

Tabelle 8: *Darstellung der Verteilung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items B) Fehlende U-Untersuchungen der Fälle eins bis sechs (N = Personenanzahl)*

Item B) richtig	Medizinstudentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40)	Gesamtgruppe (N=90)
2	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
4	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
5	11 (22%)	13 (32,5%)	24 (26,7%)
6	39 (78%)	25 (62,5%)	64 (71,1%)

Bezug auf die ersten sechs Fälle der Untersuchungsgruppen Bezug genommen, da diese von allen Teilnehmern bearbeitet worden sind.

Medizinstudentengruppe: Tabelle 8 zeigt, dass Item B) im Durchschnitt mindestens fünfmal (22% der Studenten) richtig beantwortet wurde. 78% der Teilnehmer beantworteten Item B) in allen sechs Fällen richtig.

Fachpersonalgruppe: In dieser Gruppe beantwortete je ein Teilnehmer lediglich zwei- bzw. viermal das Item B) richtig. Rund ein Drittel der Teilnehmer erkannte das Item B) in fünf Fällen richtig und der weitaus größte Anteil dieser Untersuchungsgruppe bewertete alle sechs Fälle hinsichtlich des Items B) korrekt (siehe Tabelle 8).

Gesamtgruppe: Hier zeigt sich resultierend aus den Ergebnissen der Einzelgruppen, dass Item B) mindestens zweimal (1,1% der Gesamtgruppe) richtig beantwortet wurde. Ein weiterer Teilnehmer (1,1%) beantwortete viermal das Item B) korrekt. 26,7% der Teilnehmer beantworteten das Item B) fünfmal richtig und 71,1% beurteilten das Item B) in allen sechs Fällen richtig.

Mit Hilfe der in Tabelle 8 dargestellten Ergebnisse wurde auch hier ein χ^2-Test durchgeführt, um eine mögliche Signifikanz darzustellen.

χ^2-Test: Der χ^2-Test wird nicht signifikant, d.h. es besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Teilnehmergruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items B) Fehlende U-Untersuchungen (χ^2= 4,170; N=90; df=3; p=0,244).

3.5 Item C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen

3.5.1 Betrachtung der Ergebnisse auf das Vorhandensein des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen in den einzelnen Fällen eins bis acht

Tabelle 9: *Darstellung der prozentualen Verteilung der einzelnen Testgruppen des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen auf die einzelnen Fälle (N = Personenanzahl)*

Fälle	Musterlösung: Es liegen erhöhte Fürsorge-anforderungen vor	Medizin-studentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40) Fall 7 und 8: N=17	Gesamtgruppe (N=90) Fall 7 und 8: N=67
Fall 1	Nein	49 (98%)	36 (90%)	85 (94,4%)
Fall 2	Nein	49 (98%)	35 (87,5%)	84 (93,3%)
Fall 3	Nein	45 (90%)	37 (92,5%)	82 (91,1%)
Fall 4	Nein	46 (92%)	39 (97,5%)	85 (94,4%)
Fall 5	Nein	41 (82%)	26 (65%)	67 (74,4%)
Fall 6	Nein	48 (96%)	38 (95%)	86 (95,5%)
Fall 7	Ja	49 (98%)	17 (100%)	66 (98,5%)
Fall 8	Nein	48 (96%)	17 (100%)	65 (97%)

In Tabelle 9 wird die Übereinstimmung der beiden Untersuchungsgruppen sowie der Gesamtgruppe mit der Musterlösung bezüglich des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen für die einzelnen Fälle dargestellt.

Medizinstudentengruppe: Die höchste Übereinstimmung mit der Musterlösung zeigte die Medizinstudentengruppe bei den Fällen eins, zwei und sieben (je 98%). Die Fälle sechs und

acht wurden zu je 96% korrekt beantwortet. Dahinter folgen die Fälle vier (92%) und drei (90%). Eine geringere Übereinstimmung fand sich bei Fall fünf mit 82% (siehe Tabelle 9).

Fachpersonalgruppe: Beim Item C) zeigte die Fachpersonalgruppe eine 100%ige Übereinstimmung mit der Musterlösung bei den Fällen sieben und acht. Zu 97,5% korrekt wurde Fall vier beantwortet, dahinter folgen die Fälle sechs (95%) und drei (92,5%). Bei den Fällen eins und zwei zeigte sich eine Übereinstimmung von 90% bzw. 87,5%.Wie Tabelle 9 zeigt, bildet Fall fünf mit 65% korrekter Übereinstimmung einen deutlichen Kontrast dazu.

Gesamtgruppe: Bei Betrachtung der Gesamtgruppe zeigte sich eine hohe Übereinstimmung bei den Fällen sieben (98,5%) und acht (97%). Auch die Fälle sechs (95,5%), eins und vier (je 94,4%) zeigen ähnlich hohe Übereinstimmungen mit der Musterlösung, genau wie die Fälle zwei (93,3%) und drei (91,1%). Davon hebt sich Fall fünf mit 74,4% deutlich ab.

3.5.2 Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen über die Summe der Fälle hinweg betrachtet

Tabelle 10: *Darstellung der Verteilung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen der Fälle eins bis sechs (N = Personenanzahl)*

Item C) richtig	Medizinstudentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40)	Gesamtgruppe (N=90)
0	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
3	1 (2%)	1 (2,5%)	2 (2,2%)
4	4 (8%)	5 (12,5%)	9 (10%)
5	10 (20%)	11 (27,5%)	21 (23,3%)
6	35 (70%)	22 (55%)	57 (63,3%)

Tabelle 10 stellt die korrekte Beantwortung des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen sowohl für die Medizinstudenten-, die Fachpersonal-, als auch die Gesamtgruppe. Hierbei

wird nur Bezug auf die ersten sechs Fälle der Untersuchungsgruppen Bezug genommen, da diese von allen Teilnehmern bearbeitet worden sind.

Medizinstudentengruppe: Tabelle 10 zeigt, dass Item C) vom größten Teil dieser Teilnehmergruppe in allen sechs Fällen richtig beantwortet wurde (70%). 20% der Medizinstudenten erkannten das Item C) in fünf Fällen, 8% in vier Fällen richtig. Lediglich ein Teilnehmer (2%) bewertete Item C) nur in dreimal korrekt.

Fachpersonalgruppe: In dieser Gruppe beantwortete ein Teilnehmer (2,5%) in keinem einzigen Fall das Item C) richtig. Ein weiterer Teilnehmer (2,5%) bewertete das Item C) dreimal richtig und fünf andere Fachpersonen (12,5%) erkannten das Item C) in vier Fällen richtig. Gut ein Viertel der Teilnehmer (27,5%) erkannte das Item C) in fünf Fällen richtig und über die Hälfte dieser Untersuchungsgruppe (55%) bewertete alle sechs Fälle hinsichtlich des Items C) korrekt (siehe Tabelle 10).

Gesamtgruppe: Hier zeigt sich resultierend aus den Ergebnissen der Einzelgruppen, dass ein Teilnehmer (1,1%) Item C) in keinem der Fälle korrekt bewertet hat. Dreimal richtig bewertet haben das Item C) zwei Teilnehmer (2,2% der Gesamtgruppe). Neun weitere Teilnehmer (10%) beantwortete viermal das Item C) korrekt. 23,3% der Teilnehmer beantworteten das Item C) fünfmal richtig und 63,3% beurteilten das Item C) in allen sechs Fällen richtig.

Mit Hilfe der in Tabelle 10 dargestellten Ergebnisse wurde auch hier ein χ^2-Test durchgeführt, um eine mögliche Signifikanz darzustellen.

χ^2-Test: Der χ^2-Test wird nicht signifikant, d.h. es besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Teilnehmergruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen (χ^2= 3,050; N=90; df=4; p=0,549).

3.6 Item D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes

3.6.1 Betrachtung der Ergebnisse auf das Vorhandensein des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes in den einzelnen Fällen eins bis acht

Tabelle 11: *Darstellung der prozentualen Verteilung der einzelnen Testgruppen des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes auf die einzelnen Fälle (N = Personenanzahl)*

Fälle	Musterlösung: Es liegen Schwierigkeiten bei der Annahme/Versorgung des Kindes vor	Medizin-studentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40) Fall 7 und 8: N=17	Gesamtgruppe (N=90) Fall 7 und 8: N=67
Fall 1	Ja	45 (90%)	29 (72,5%)	74 (82,2%)
Fall 2	Nein	46 (92%)	39 (97,5%)	84 (93,3%)
Fall 3	Ja	47 (94%)	40 (100%)	87 (96,7%)
Fall 4	Nein	49 (98%)	36 (90%)	85 (94,4%)
Fall 5	Ja	47 (94%)	38 (95%)	85 (94,4%)
Fall 6	Nein	48 (96%)	38 (95%)	86 (95,5%)
Fall 7	Ja	48 (96%)	17 (100%)	65 (97%)
Fall 8	Nein	48 (96%)	17 (100%)	65 (97%)

In Tabelle 11 wird die Übereinstimmung der beiden Untersuchungsgruppen sowie der Gesamtgruppe mit der Musterlösung bezüglich des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme/Versorgung des Kindes für die einzelnen Fälle dargestellt.

Medizinstudentengruppe: Beim Item D) zeigte die Medizinstudentengruppe eine korrekte Übereinstimmung mit der Musterlösung, die sich über einen Bereich von 90% (Fall eins) bis 98% (Fall vier) erstreckte. Die Fälle sechs, sieben und acht wurden mit je 96% korrekt

beantwortet (siehe Tabelle 11). Eine Übereinstimmung von 94% fand sich bei den Fällen drei und fünf und Fall zwei wurde zu 92% korrekt beantwortet.

Fachpersonalgruppe: Wie Tabelle 11 zeigt, erstreckte sich der Bereich der korrekten Antworten von 72,5% (Fall eins) bis zu 100% (Fall drei, sieben und acht). Dazwischen liegen die Fälle zwei (97,5%), fünf und sechs (je 95%) sowie Fall vier (90%).

Gesamtgruppe: Die Gesamtgruppe zeigte für das Item D) einen Übereinstimmungsbereich von 82,5% (Fall eins) bis 97% (Fall sieben und acht). Die Fälle drei (96,7%), sechs (95,5%), sowie die Fälle zwei, vier und fünf (je 94,4%) liegen zwischen diesen zwei Übereinstimmungsgrenzen.

3.6.2 Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes über die Summe der Fälle hinweg betrachtet

Tabelle 12: *Darstellung der Verteilung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes der Fälle eins bis sechs (N = Personenanzahl)*

Item D) richtig	Medizinstudentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40)	Gesamtgruppe (N=90)
3	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
4	1 (2%)	2 (5%)	3 (3,3%)
5	17 (34%)	13 (32,5%)	30 (33,3%)
6	32 (64%)	24 (60%)	56 (62,2%)

Tabelle 12 stellt die korrekte Beantwortung des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme/Versorgung des Kindes sowohl für die Medizinstudenten-, die Fachpersonal-, als auch

die Gesamtgruppe. Hierbei wird nur Bezug auf die ersten sechs Fälle der Untersuchungsgruppen Bezug genommen, da diese von allen Teilnehmern bearbeitet worden sind.

Medizinstudentengruppe: Tabelle 12 zeigt, dass Item D) vom größten Teil dieser Teilnehmergruppe in allen sechs Fällen richtig beantwortet wurde (64%). 34% der Medizinstudenten erkannten das Item D) in fünf Fällen und 2% in vier Fällen richtig.

Fachpersonalgruppe: In dieser Gruppe beantwortete nur ein Teilnehmer (2,5%) i das Item D) in drei Fällen richtig. Zwei weitere Teilnehmer (5%) bewerteten das Item D) viermal richtig. Rund ein Drittel der Teilnehmer (32,5%) erkannte das Item D) in fünf Fällen richtig und rund zweiDrittel dieser Untersuchungsgruppe (60%) bewertete alle sechs Fälle hinsichtlich des Items D) korrekt (siehe Tabelle 12).

Gesamtgruppe: Hier zeigt sich resultierend aus den Ergebnissen der Einzelgruppen, dass ein Teilnehmer (1,1%) Item D) in drei Fällen korrekt bewertet hat. Viermal richtig bewertet haben das Item D) drei Teilnehmer (3,3% der Gesamtgruppe). Genau ein Drittel der Teilnehmer beantwortete das Item D) fünfmal richtig und rund zwei Drittel der Gesamtgruppe beurteilte das Item D) in allen sechs Fällen richtig.

Mit Hilfe der in Tabelle 12 dargestellten Ergebnisse wurde auch hier ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, um eine mögliche Signifikanz darzustellen.

χ^2-Test: Der χ^2-Test wird nicht signifikant, d.h. es besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Teilnehmergruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes (χ^2= 1,922; N=90; df=3; p=0,589).

Tabelle 13: *Darstellung der prozentualen Verteilung der einzelnen Testgruppen des Items E) Zukunftsangst auf die einzelnen Fälle (N = Personenanzahl)*

Fälle	Musterlösung: Es liegt Zukunftsangst vor	Medizin-studentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40) Fall 7 und 8: N=17	Gesamtgruppe (N=90) Fall 7 und 8: N=67
Fall 1	Ja	50 (100%)	37 (92,5%)	87 (96,7%)
Fall 2	Nein	50 (100%)	36 (90%)	86 (95,6%)
Fall 3	Ja	49 (98%)	32 (80%)	81 (90%)
Fall 4	Nein	49 (98%)	28 (70%)	77 (85,6%)
Fall 5	Ja	50 (100%)	33 (82,5%)	83 (92,2%)
Fall 6	Nein	40 (80%)	21 (52,5%)	61 (67,8%)
Fall 7	Ja	48 (96%)	15 (88,5%)	63 (94%)
Fall 8	Nein	48 (96%)	17 (100%)	65 (97%)

3.7 Item E) Zukunftsangst

3.7.1 Betrachtung der Ergebnisse auf das Vorhandensein des Items E) Zukunftsangst in den einzelnen Fällen eins bis acht

In Tabelle 13 wird die Übereinstimmung der beiden Untersuchungsgruppen sowie der Gesamtgruppe mit der Musterlösung bezüglich des Items E) Zukunftsangst für die einzelnen Fälle dargestellt.

Medizinstudentengruppe: Die Übereinstimmungen mit der Musterlösung lagen bei der Beantwortung des Items E) in der Medizinstudentengruppe in einem Bereich von 80% (Fall sechs) bis 100% (Fall eins, zwei, fünf). Zu 98% korrekt wurden die Fälle drei und vier von den Studenten bewertet, die Fälle sieben und acht erreichten eine 96%ige Übereinstimmung (siehe Tabelle 13).

Fachpersonalgruppe: Wie Tabelle 13 zeigt, erstreckte sich der Bereich der korrekten Antworten von 100% (Fall acht) bis zu 52,5% (Fall sechs). Die Werte innerhalb dieses Bereiches sind deutlich heterogener gestreut als in der Studentengruppe. So wurde der Fall eins

zu 92,5% korrekt beantwortet, Fall drei zu 90% und Fall sieben zu 88,5%. Geringere Übereinstimmungen mit der Musterlösung fanden sich für die Fälle fünf (82,5%), drei (80%) und vier (70%).

Gesamtgruppe: Die unterschiedliche Bewertung der einzelnen Fälle durch die beiden Untersuchungsgruppen schlägt sich auch in der prozentualen Bewertung der Gesamtgruppe nieder. Der Bewertungsbereich erstreckte sich hier von 67,8% (Fall sechs) bis 97% (Fall acht). Die Werte innerhalb dieses Bereiches sind, wie schon in der Fachpersonalgruppe (siehe oben), heterogen. So wurde Fall eins zu 96,7%, Fall zwei zu 95,6%, Fall sieben zu 94% und Fall fünf zu 92,5% korrekt beantwortet. Bei Fall vier fand sich eine Übereinstimmung mit der Musterlösung von 85,6% und Fall sechs weist mit 67,8% eine deutlich geringere Übereinstimmung auf als die anderen Fälle (siehe Tabelle 13).

3.7.2 Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items E) Zukunftsangst über die Summe der Fälle hinweg betrachtet

Tabelle 14: *Darstellung der Verteilung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items E) Zukunftsangst der Fälle eins bis sechs (N = Personenanzahl)*

Item E) richtig	Medizinstudentengruppe (N=50)	Fachpersonalgruppe (N=40)	Gesamtgruppe (N=90)
0	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
1	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
2	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,1%)
3	0 (0%)	4 (10%)	4 (4,4%)
4	1 (2%)	9 (22,5%)	10 (10,9%)
5	10 (20%)	9 (22,5%)	19 (21,1%)
6	39 (78%)	15 (37,5%)	54 (60%)

Tabelle 14 stellt die korrekte Beantwortung des Items E) Zukunftsangst sowohl für die Medizinstudenten-, die Fachpersonal-, als auch die Gesamtgruppe. Hierbei wird nur Bezug auf die ersten sechs Fälle der Untersuchungsgruppen Bezug genommen, da diese von allen Teilnehmern bearbeitet worden sind.

Medizinstudentengruppe: Tabelle 14 zeigt, dass diese Untersuchungsgruppe das Item E) in mindestens vier Fällen korrekt bewertet hat (2%). Ein Viertel der Teilnehmer erkannte das Item E) fünfmal richtig und der größte Teil dieser Teilnehmergruppe beantwortete das Item E) in allen sechs Fällen richtig (78%).

Fachpersonalgruppe: In dieser Gruppe beantworteten je ein Teilnehmer (jeweils 2,5%) das Item E) in keinem der Fälle, in einem bzw. in zwei Fällen richtig. 10% bewerteten das Item E) dreimal richtig. Je neun Teilnehmer (jeweils 22,5%) erkannten das Item E) in vier bzw. fünf Fällen richtig und über ein Drittel dieser Untersuchungsgruppe (37,5%) bewertete alle sechs Fälle hinsichtlich des Items E) korrekt (siehe Tabelle 14).

Gesamtgruppe: Hier zeigt sich resultierend aus den Ergebnissen der Einzelgruppen, dass je ein Teilnehmer (jeweils 1,1%) Item E) in keinem, einem bzw zwei Fällen korrekt bewertet hat. Dreimal richtig bewertet haben das Item E) vier Teilnehmer (4,4% der Gesamtgruppe). Gut ein Zehntel der Teilnehmer beantwortete das Item E) viermal richtig und gut ein der Gesamtgruppe beurteilte das Item E) in fünf Fällen richtig. Der weitaus größte Anteil dieser Gruppe (60%) bewertete jedoch alle sechs Fälle hinsichtlich des Items E) korrekt.

Mit Hilfe der in Tabelle 14 dargestellten Ergebnisse wurde auch hier ein χ^2-Test durchgeführt, um eine mögliche Signifikanz darzustellen.

χ^2-Test: Der χ^2-Test wird hoch signifikant, d.h. es besteht ein statistisch hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Teilnehmergruppen hinsichtlich der korrekten Beantwortung des Items E) Zukunftsangst zugunsten der Medizinstudentengruppe (χ^2= 23,296; N=90; df=6; p=0,001).

4 Diskussion

Das Thema Kinderschutz gewinnt in der Öffentlichkeit glücklicherweise immer mehr an Bedeutung, vor allem auch der Aspekt der Prävention. Zu diesem Zweck werden Screening-Verfahren benötigt, um gefährdete Familien zu detektieren und passende Hilfen anzubieten. Besonders sinnvoll ist es, diese Screening-Verfahren möglichst früh im Leben eines Kindes anzusetzen, wie etwa schon in den Geburtskliniken [2][11]. Ein hierfür entwickeltes Screening-Instrument ist der von Kindler entwickelte „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ [11][28], welcher in der vorliegenden Arbeit auf seine Auswertungsobjektivität hin untersucht wurde.
Die vielversprechenden Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass der „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ das Testgütekriterium Auswertungsobjektivität erfüllt und somit ein erster Schritt zur Absicherung seiner Testgütekriterien getan ist. Im Folgenden werden die erzielten Ergebnisse kritisch diskutiert und bewertet.

4.1 Fallvignetten

Zur Untersuchung der Auswertungsobjektivität wurden sogenannte Fallvignetten, bestehend aus einem Textstück mit dazu passender kurzer Videosequenz, verwendet. Eine Limitation der Untersuchung liegt hier in der eingeschränkten Authentizität der Fälle, da die Texte von der Verfasserin frei erarbeitet wurden. Allerdings wurden die erarbeiteten Fälle mit einer Mitarbeiterin einer Geburtsklinik diskutiert, um die Realitätsnähe und den Praxisbezug der Fälle zu gewährleisten. Die vorliegende Untersuchung mit echten Fällen durchzuführen wäre aber überaus schwierig geworden, da die Verfasserin der vorliegenden Arbeit dafür Einsicht in die

Geburtsakten der verschiedenen Geburtsstationen hätte haben müssen. Außerdem hätten in diesen echten Fälle auch die Risikofaktoren dokumentiert sein müssen, die der „Anhaltsbogen“ abfragt. Da es aber in der Praxis praktisch noch keine konsequente und standardisierte Dokumentation von den im „Anhaltsbogen“ abgefragten Risikofaktoren gibt [28][29], wäre dies schwer möglich gewesen.

Weiterhin wurden die einzelnen Fälle außerdem mit Hilfe einer kurzen Videosequenz bearbeitet. Die Videos hierfür stammen großenteils aus einem Projekt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, das im Auftrag der Techniker Krankenkasse Baden-Württemberg durchgeführt wurde [52] sowie aus einem von Ziegenhain erstellten Lernprogramm [53]. Für einige Fälle konnten auch Videosequenzen verwendet werden, die im Rahmen von anderen Studien entstanden sind und die von den Eltern für Forschungs- und Lehrzwecke freigegeben wurden. Einschränkend muss gesagt werden, dass die dargestellten Säuglinge meist schon etwas älter waren als die in den Fallvignetten beschriebenen Kinder und somit teilweise auch andere Verhaltensweisen an den Tag legten, als Säuglinge dies tun würden. Für zukünftige Untersuchungen des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ wäre es wünschenswert, für alle Fallvignetten Videosequenzen von Müttern mit ihren Neugeborenen zu verwenden. Notwendig für die Aufnahme solcher Sequenzen wäre ein Engagement der Geburtskliniken, damit diese aktiv bei den jungen Eltern um die Einwilligung in die Gewinnung solcher Videosequenzen werben.
Weiterhin wäre es überlegenswert, die bisher verwendeten Schrifttexte, die den Kontakt der jungen Mutter mit der Hebamme bzw. der Krankenschwester abgebildet haben, den zukünftigen Untersuchungsgruppen ebenfalls in Videoform zu präsentieren. Dies hätte erstens den Vorteil einer größeren Realitätsnähe und zweitens wären die zukünftigen Untersuchungsteilnehmer gezwungen, aktiv Risikofaktoren aus dem Gespräch herauszufiltern, anstatt diese wie bei der jetzigen Untersuchung als Text präsentiert zu bekommen.

4.2 Untersuchungsgruppen

Die vorliegende Untersuchung wurde mit zwei unterschiedlichen Gruppen durchgeführt, nämlich mit Medizinstudenten und Fachpersonal, d.h. Krankenschwestern und Hebammen aus Geburtskliniken. Die Idee dabei war, dass die Fachpersonen in den beiden teilnehmenden Geburtsklinken tätig waren und den „Anhaltsbogen“ bereits in der Praxis einsetzten. Aktuell wird der „Anhaltsbogen“ bereits in mehreren Geburtskliniken praktisch angewendet [12][28][55]. Die Medizinstudenten wurden hingegen ausgewählt, um zu untersuchen, wie der „Anhaltsbogen“ von Personen ohne Vorerfahrung angewendet werden kann. Diese Untersuchung fand im Rahmen eines Psychologieblockkurses der Medizinstudenten statt, wobei die jeweiligen Dozenten über eine Teilnahme ihrer Gruppe an der Untersuchung entschieden und somit das Eigeninteresse der Studenten an der Untersuchung zunächst untergeordnet war. Die Tatsache, dass fast alle Studenten die Untersuchung vollständig durchführten, sowie die hohen Übereinstimmungen mit den Musterlösungen waren daher um so mehr positiv überraschend. Auch die nachfolgenden Diskussionen mit den Studenten zeigten ein reges Interesse am Thema Kinderschutz, wobei von den Studenten mehrfach der Wunsch geäußert wurde, diese Thematik stärker ins Studium zu integrieren. Es erscheint also durchaus sinnvoll, die Thematik Kinderschutz und den Einsatz von Screeninginstrumenten zum Beispiel im Rahmen des Psychologieblockkurses, generell für alle Medizinstudenten zu öffnen, da die meisten von ihnen in der einen oder anderen Weise in ihrem späteren Berufsleben damit konfrontiert werden. Bisher findet sich das Thema Kinderschutz weder im Gegenstandskatalog des Medizinstudiums [20] noch ist eine spätere adäquate Aus- und Weiterbildung der Ärzte auf diesem Gebiet gegenwärtig in Deutschland vorhanden [18].

Für die Fachpersonalgruppe konnten insgesamt 40 Teilnehmer gewonnen werden, wobei an der Datenerhebung in Trier 17 und im Ortenaukreis 23 Personen teilnahmen. Gerne hätte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit mit einer größeren Teilnehmerzahl die Datenerhebung durchgeführt, doch für die anderen angeschriebenen Kliniken stellte die Untersuchung einen zu großen zeitlichen Aufwand dar. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Ergebnisse beider Standorte gemeinsam betrachtet und mit den Ergebnissen der Studentengruppe vergli-

chen. Eine andere Variante wäre, die einzelnen Standorte einheitlich mit dem ursprünglichen „Anhaltsbogen“ zu testen, damit kein Vorteil für eine Seite entsteht, und so herauszufinden, ob ein Standort bessere Ergebnisse erzielt als der andere. Dies könnte Rückschlüsse auf eine besonders gute Schulung des Personals an einem bestimmten Standort geben, die dann auf die anderen Standorte übertragen werden könnte.
Um weitere Kliniken dafür zu gewinnen, ebenfalls den „Anhaltsbogen“ zu verwenden, wäre eine Untersuchung mit „ungeschultem“ Fachpersonal interessant, also Teilnehmer, die zwar über Berufserfahrung, jedoch nicht über Erfahrung mit dem „Anhaltsbogen“ verfügen. Bereits die Ergebnisse der Studentengruppe machen die schnelle Erlernbarkeit der Anwendung des „Anhaltsbogens“ deutlich und eine Untersuchung mit „ungeschultem“ Fachpersonal könnte andere Kliniken überzeugen, den „Anhaltsbogen“ anzuwenden, da der geringe Zeitaufwand und die schnelle Erlernbarkeit für die Ökonomie des „Anhaltsbogens“ sprechen.

Eine weitere interessante Untersuchungsgruppe wären weitere Berufsgruppen, wie etwa Krankenschwestern und Hebammen in Ausbildung. Diese haben bereits während ihrer Ausbildung intensiv Kontakt mit der Praxis, jedoch ohne über die Erfahrung von examiniertem Fachpersonal zu verfügen.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits an einigen Stellen erwähnt, gibt es in Deutschland keine flächendeckend eingesetzten, wissenschaftlich evaluierten Screening-Methoden zur Erfassung von Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung bereits rund um die Geburt [9][36]. Die vorliegende Studie ist die erste, die den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ auf seine Auswertungsobjektivität hin untersucht hat und damit einen ersten Schritt in die Richtung geleistet hat, ein empirisch abgesichertes Verfahren für die Praxis zu entwickeln, das ökonomisch einsetzbar ist. Zur Bestätigung der in dieser Arbeit ermittelten Untersuchungsergebnisse wäre es empfehlenswert, die bereits im Rahmen dieser Arbeit stattgefundene Datengewinnung unter den gleichen Bedingungen, also mit den gleichen Fallvignetten und den beiden Untersuchungs-

gruppen, zu wiederholen und die so gewonnenen Ergebnisse mit denen der hier vorliegenden Arbeit zu vergleichen.

Es wurden verschiedene Datenauswertungen durchgeführt, mit deren Hilfe nun die oben genannten Fragestellungen bezüglich der Auswertungsobjektivität jeweils beantwortet werden sollen. Zunächst wurden die Daten dahingehend untersucht, ob die in den einzelnen Fällen vorliegenden Risikofaktoren von den Teilnehmern zuverlässig erkannt und angekreuzt wurden, unabhängig davon, ob nur ein Risikofaktor vorlag oder mehrere. Diese Auswertungsform wurde gewählt, da der „Anhaltsbogen“ unabhängig davon, ob lediglich ein oder mehrere Risiken vorliegen, ein vertiefendes Gespräch empfiehlt [11][28]. Diese Fragestellung kann klar bejaht werden, da sich eine hohe Übereinstimmung aller Beobachter mit der Musterlösung zeigte, die sich zwischen rund 90% und 100% in Bezug auf die einzelnen Fälle bewegte.

Weiterhin wurde untersucht, ob sich die Beurteilung von Fachpersonen mit Vorerfahrung in der Anwendung des „Anhaltsbogens“ von der Beurteilung von unerfahren Probanden, hier Studenten, unterscheidet. Auch diese Fragestellung kann mit Ja beantwortet werden, wobei sich in der Fachpersonalgruppe eine mittlere Übereinstimmung mit der Musterlösung von nahezu 100% zeigte. Auch in der Medizinstudentengruppe zeigten sich deutliche Übereinstimmungen, wenngleich diese eine breitere Verteilung aufwiesen. Aus dem Rahmen fällt hier deutlich Fall sechs, den etwa ein Fünftel der Teilnehmer nicht korrekt beantwortete. Der einzige Risikofaktor in diesem Fall war eine psychische Vorerkrankung der Mutter (siehe Anhang H). Dies lässt darauf schließen, dass gerade die Einschätzung der psychischen Verfassung der Mutter und die daraus möglicherweise resultierenden Folgen für das Kind einen gewissen Erfahrungsschatz erfordern und sie deshalb von unerfahrenem Pflegepersonal leicht übersehen werden kann. Es wäre also durchaus eine Überlegung wert, das Pflegepersonal bei der Einführung in die Anwendung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ in besonderem Maße auf diesem Gebiet zu schulen. Dies erscheint umso sinnvoller, da psychische Erkrankungen junger Mütter, wie etwa die postpartale Depression, noch immer zu häufig übersehen und zu spät therapiert werden [13][14][38][39].

In einem zweiten Schritt wurde berechnet, wie viele Fälle insgesamt von den Teilnehmergruppen richtig auf das Vorhandensein von Risikofaktoren erkannt wurden. Betrachtet man die Gesamtgruppe, so zeigt sich, dass die Teilnehmer mindestens fünf der sechs Fälle richtig beantworten konnten, wobei die Fachpersonalgruppe diese im Vergleich zur Medizinstudentengruppe signifikant häufiger richtig erkannten.
Des Weiteren wurde jeweils eines der fünf Items des Anhaltbogens über alle Fälle hinweg beobachtet, um herauszufinden, ob sich bezüglich der einzelnen Risikofaktoren Unterschiede in der Übereinstimmung mit der Musterlösung zeigen.

4.3.1 Item A) Soziale Belastung

Bezüglich der ersten Fragestellung lässt sich erkennen, dass es eine sehr große Übereinstimmung aller Beobachter mit der Musterlösung gibt. Neben der Beurteilung von Fall sechs fällt eine geringere Übereinstimmung bei Fall eins (siehe Anhang H) auf. Hier beurteilte ein Viertel der Teilnehmer das Vorhandensein eines Risikofaktors falsch.
Das Zustandekommen dieser geringeren Übereinstimmungen bei Fall eins und sechs wird durch den Blick auf die beiden Einzelgruppen erklärt. So findet sich in der Fachpersonalgruppe bei Fall eins eine Übereinstimmung mit der Musterlösung von lediglich rund zwei Dritteln der Teilnehmer. Eine Ursache hierfür könnte darin liegen, dass in Fall eins (siehe Anhang H) vorangegangene Fehlgeburten aufgeführt sind und damit verbunden die Angst der Frau, kein gesundes Kind auf die Welt zu bringen. Offenbar messen die Fachpersonen diesem Umstand große Bedeutung zu und sehen darin eine soziale Belastung der Mutter. In einer prospektiven Untersuchung könnte untersucht werden, ob dieser Aspekt tatsächlich einen Vorhersagewert auf eine spätere Kindeswohlgefährdung hat. Gegebenenfalls könnte der „Anhaltsbogen“ dahingehend noch, wie auch von Kindler vorgeschlagen, modifiziert werden [28].

In der Medizinstudentengruppe zeigte sich bei Fall sechs eine deutlich geringere Übereinstimmung mit der Musterlösung. Wie bereits in 4.3 verdeutlicht, sahen etwa ein Viertel der Medizinstudenten die psychische Vorerkrankung der Mutter nicht als Risikofaktor für das

Kind an. Insgesamt lassen sich aber hohe Übereinstimmungen beider Gruppen mit den Musterlösungen erkennen. Die zwei deutlich abweichenden Werte der Fachpersonalgruppe (Fall eins) und der Medizinstudentengruppe (Fall sechs) geben, wie bereits oben erwähnt, Anregungen für eine Modifizierung des „Anhaltsbogens“ bzw. für eine besondere Gewichtung in der Schulung der Praxisanwendung des „Anhaltsbogens“.

Betrachtet man die richtige Beantwortung des Items A) über die ersten sechs Fälle hinweg, so zeigt sich, dass alle Teilnehmer mindestens fünf Fälle richtig beantworten, wobei die Medizinstudenten im Vergleich zur Fachpersonalgruppe das Item A) signifikant häufiger richtig erkannten. Ein Grund hierfür kann möglicherweise darin zu finden sein, dass sich die Medizinstudenten stärker an die vorgegebene Definitionen der Risikofaktoren gehalten haben als die Fachpersonen, die die Fälle womöglich häufiger intuitiv bewerteten und sich weniger strikt an den gegebenen Definitionen der einzelnen Risikofaktoren orientiert haben.

4.3.2 Item B) Fehlende U-Untersuchungen

Im Hinblick auf die erste Fragestellung stimmten immer mindestens drei Viertel der gesamten Untersuchungsgruppe mit der Musterlösung überein. Betrachtet man beide Untersuchungsgruppen getrennt voneinander, so zeigt sich in der Fachpersonalgruppe bei Fall sechs eine deutlich niedrigere Übereinstimmung mit der Musterlösung.

In der Medizinstudentengruppe zeigte sich bei Fall sechs ebenfalls eine deutliche Abweichung von der Musterlösung, die bei dieser Untersuchungsgruppe ebenfalls bei Fall acht zu erkennen war. Sowohl in Fall sechs als auch in Fall acht waren keine fehlenden U-Untersuchungen im Text angegeben. Besonders überraschend hierbei war für die Verfasserin der vorliegenden Arbeit, dass lediglich zwei Drittel der Fachpersonen mit der Musterlösung in Fall sechs übereinstimmten.
Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass die Fachpersonen selbst in ihrer täglichen Praxis die werdenden Mütter explizit nach der Vollständigkeit der U-Untersuchungen befragen bzw. auch die Unterlagen der Frauen dahingehend prüfen. Im Text des Falles sechs wurden keine fehlenden U-Untersuchungen erwähnt, es wurde aber auch nicht auf die absolute

Vollständigkeit eben dieser hingewiesen, so dass es in Betracht zu ziehen ist, dass dies einem Drittel der Fachpersonen und immerhin rund einem Viertel der Medizinstudentengruppe zu undeutlich formuliert war.

Auch in Fall acht wurden die vollständigen U-Untersuchungen nicht explizit erwähnt, so dass sich dadurch erklären lässt, warum etwa ein Fünftel nicht mit der Musterlösung übereinstimmte. Erstaunlich hierbei ist allerdings, dass in der Fachpersonalgruppe bei Fall acht alle Teilnehmer mit der Musterlösung übereinstimmten. Ein Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass Fall acht auch ansonsten keine Risikofaktoren aufweist und diese Tatsache die Fachpersonen bewogen hat, auch die U-Untersuchungen als vollständig zu betrachten.
Betrachtet man das Item B) wieder über die ersten sechs Fälle hinweg, so zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen, da beide Gruppen das Item in nahezu allen Fällen korrekt beantworten konnten.

4.3.3 Item C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen

Bezüglich der ersten Fragestellung ist bei diesem Risikofaktor festzustellen, dass die Übereinstimmung aller Teilnehmer mit der Musterlösung für die einzelnen Fälle zwischen rund drei Viertel und annähernd allen Teilnehmern lag. Betrachtet man die Übereinstimmungen der beiden Gruppen getrennt, so erzielte die Fachpersonalgruppe insgesamt hohe Übereinstimmungen mit der Musterlösung. Lediglich Fall fünf fällt mit rund zwei Dritteln der Teilnehmer (Fall fünf) etwas aus dem Gesamtbild heraus. In der Medizinstudentengruppe dagegen bewertete nur ein Fünftel der Teilnehmer den Fall fünf bezüglich des Items C) falsch.

Im Text der Fallvignette fünf ist keine erhöhte Fürsorgeanforderung seitens des Kindes beschrieben, aber etwa ein Drittel der Fachpersonalgruppe sah diesen Risikofaktor in Fall fünf als gegeben an; in der Medizinstudentengruppe war es nur rund ein Fünftel. Vor allem für die Fachpersonalgruppe scheint es in den Einführungen zur Anwendung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ nicht deutlich genug geworden zu sein, dass sich das Item C) ausschließlich auf die Gesundheit des Kindes bezieht [28] und nicht auch auf schwierige

Begleitumstände, wie etwa in Fall fünf dargestellt, eine Mutter, die ihr Kind nicht sehen will.

Auch in Fall zwei finden sich in der Fachpersonalgruppe mit rund einem Zehntel falscher Einschätzungen bezüglich des Items C) eine geringere Übereinstimmung mit der Musterlösung gegenüber der Medizinstudentengruppe, die hier eine beinahe vollständige Übereinstimmung aller Teilnehmer mit der Musterlösung zeigt. In Fall zwei liegen ebenfalls keine erhöhten Fürsorgeanforderungen vor. Für die Zukunft erscheint es auf Grund dieser Ergebnisse daher wichtig, das Fachpersonal bei der Einführung zur Anwendung des Fragebogens dahingehend zu schulen, diesen Risikofaktor wirklich nur auf die körperliche und geistige Gesundheit des Kindes zu beziehen, wie von Kindler postuliert [28] und andere Faktoren außer Acht zu lassen, da ansonsten die Aussagekraft des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ bezüglich der individuellen Risikofaktoren verfälscht werden kann.
Betrachtet man nun wieder die Übereinstimmungen der Gesamtgruppe bezüglich des Items C) mit der Musterlösung über die ersten sechs Fälle, so lässt sich erkennen, dass knapp zwei Drittel aller Teilnehmer alle sechs Fälle richtig beantworteten. Es ergab sich für die beiden Untersuchungsgruppen kein statistisch signifikanter Unterschied.

4.3.4 Item D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes

Dieser Risikofaktor erschien schon zu Beginn der Untersuchung überaus interessant, da er ausschließlich anhand der jeweils zum Fall passenden Videosequenz [52][53] beurteilbar ist. Besonders bei diesem Item erwartete die Verfasserin der vorliegenden Arbeit eine höhere Übereinstimmung der Fachpersonalgruppe gegenüber der Medizinstudentengruppe, da gerade bei diesem Risikofaktor die praktische Erfahrung beim Erkennen, insbesondere diskreter Zeichen, eine wichtige Rolle spielt. Bezüglich der ersten Fragestellung fanden sich bei Betrachtung der gesamten Untersuchungsgruppe Übereinstimmungen im Bereich von über vier Fünftel der Teilnehmer mit der Musterlösung (Fall eins) bis hin zu einer annähernden Übereinstimmung der Teilnehmer mit der Musterlösung.

Hinsichtlich der zweiten Fragestellung, bei der die beiden Untersuchungsgruppen getrennt betrachtet wurden, ergaben sich für die Fachpersonalgruppe Übereinstimmungen von knapp über sieben Zehntel (Fall eins) bis hin zur kompletten Übereinstimmung mit der Musterlösung. In der Medizinstudentengruppe hingegen beantwortete maximal ein Zehntel (Fall eins) der Teilnehmer das Item D) falsch. Die Tatsache, dass beide Gruppen bei Fall eins geringere Übereinstimmungen haben, könnte darauf hindeuten, dass die hier gezeigten Schwierigkeiten der Mutter im Umgang mit ihrem Kind möglicherweise zu diskret waren, wobei man in diesem Fall eher erwarten würde, dass die unerfahrene Medizinstudentengruppe Probleme hätte, diese diskreten Hinweise zu erkennen. Die in Fall eins dargestellte Mutter zeigt ein eher passives, antriebsloses Verhalten im Umgang mit ihrem Kind [52]. Es könnte möglich sein, dass ein Drittel der Fachpersonalgruppe dies als „Startschwierigkeiten“ der Mutter in der für sie neuen, ungewohnten Situation sahen, die sich aber im Laufe der Zeit legen und daher kein Risiko für das Kind darstellen. Für die zehn Prozent der Medizinstudentengruppe, die in diesem Fall keinen Risikofaktor sahen, könnte es durchaus möglich sein, dass die gezeigten Verhaltensauffälligkeiten der Mutter zu diskret waren, als dass sie sie als Risiko eingeschätzt hätten.

Trotz dieser Erklärungsansätze sind die Ergebnisse überraschend, zeigen aber auch, dass weitgehend unerfahrene Personen wie in diesem Fall die Medizinstudentengruppe nach einer kurzen Einführung den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ gut anwenden können. Betrachtet man Item D) über die ersten sechs Fälle hinweg, so zeigt sich in der Gesamtgruppe, dass ein Drittel der Teilnehmer fünf der sechs Fälle und knapp zwei Drittel alle sechs Fälle richtig beantwortet haben. Eine beinahe identische Aufteilung der richtig beantworteten Fälle findet sich sowohl in der Medizinstudenten- wie auch in der Fachpersonalgruppe. Bei der Beantwortung dieses Items erzielte keine der beiden Gruppen signifikant bessere Ergebnisse.

Ausgehend von den hier erzielten Ergebnissen der Fachpersonalgruppe wäre es für den künftigen Praxiseinsatz des „Anhaltsbogens“ sinnvoll, die Fachpflegekräfte darin zu schulen, dass gerade bei diesem Risikofaktor vor allem die aktuell beobachtete Situation bzw. das aktuelle

Verhalten der Mutter entscheidend ist und in die Beurteilung des Risikofaktors weniger die begleitende Situation der Mutter einfließen sollte [28].

4.3.5 Item E) Zukunftsangst

Die Übereinstimmung beider Untersuchungsgruppen mit der Musterlösung lag bei diesem Risikofaktor zwischen zwei Dritteln der Teilnehmer (Fall sechs) und annähernd allen Teilnehmern. Bei den Fällen drei und vier stimmte jeweils etwa ein Zehntel aller Teilnehmer nicht mit der Musterlösung überein.
Um das Zustandekommen dieser Übereinstimmungen zu erklären, werden die Ergebnisse der beiden Untersuchungsgruppen im Einzelnen betrachtet. In der Medizinstudentengruppe bewerteten mindestens vier Fünftel der Teilnehmer (Fall sechs) das Item E) richtig. Erneut ziemlich überraschend waren die teilweise massiv schwankenden Übereinstimmungen der Fachpersonalgruppe mit der Musterlösung. So stimmte bei Fall sechs nur etwa die Hälfte der Teilnehmer mit der Musterlösung überein, bei Fall vier wich knapp ein Drittel der Profis von der Musterlösung ab und in den Fällen drei und vier beantwortete etwa ein Fünftel der Teilnehmer das Item E) falsch.
Auffällig ist, dass beide Untersuchungsgruppen ihre niedrigste Übereinstimmung mit der Musterlösung bei Fall sechs zeigten. In diesem Fall wird eine während der Schwangerschaft kurzzeitig depressive Frau beschrieben, die aber im weiteren Verlauf keinerlei Zukunftsängste äußert, Überforderung signalisiert oder beschreibt. Mögliche Ursache für die geringeren Übereinstimmungen sowohl der Fachpersonalgruppe als auch der Medizinstudentengruppe könnte sein, dass beide Gruppen die depressive Erkrankung der Mutter als noch nicht vollkommen überwunden ansahen und auf Grund dessen eine Überforderung der Mutter befürchteten. Die geringeren Übereinstimmungen der Fachpersonalgruppe bei Fall vier verwundern allerdings, da der einzige Risikofaktor hier der Nikotinkonsum der Mutter ist und ein ansonsten völlig normales Mutter-Kind-Verhältnis beschrieben und auch in der Videosequenz [52] zu sehen ist.

Auch die Fälle drei und fünf sind nach Meinung der Verfasserin der vorliegenden Arbeit deutlich formuliert; in beiden Fällen wird die Zukunftsangst der Mutter aktiv im Text beschrieben. Wird das Item E) nun wieder für alle sechs Fälle betrachtet, so zeigt sich eine große Spannbreite von null bis sechs richtig beantworteten Items E), wobei man erwähnen muss, dass vier Fünftel aller Teilnehmer in mindestens fünf Fällen das Item E) richtig beantwortet haben. Die Ergebnisse der beiden Untersuchungsgruppen einzeln betrachtet zeigen überraschenderweise, dass die Medizinstudenten alle mindestens vier der sechs Fälle richtig beantwortet haben, wohingegen in der Fachpersonalgruppe ein Fünftel weniger als vier Fälle korrekt beantworten konnte. Dieser Tatsache geschuldet zeigte sich zwischen der Medizinstudenten- und der Fachpersonalgruppe ein hochsignifikanter Unterschied zu Gunsten der Medizinstudenten. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Fachpersonen eine gewisse Ängstlichkeit und Besorgnis der Mütter im Hinblick auf eine gemeinsame Zukunft mit einem Kind aus ihrer Praxiserfahrung heraus als natürlich und völlig normal ansehen und dies nicht als einen Risikofaktor für das Kind betrachten.

4.4 Beantwortung der Fragestellungen

Die zu Beginn der vorliegenden Arbeit formulierten Fragestellungen bezüglich der Ergebnisse der vorliegenden Datenerhebung können beide nach Auswertung der Ergebnisse mit Ja beantwortet werden. Fragestellung eins beschäftigt sich mit der Auswertungsobjektivität des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“. Diese kann als bestätigt betrachtet werden, da sich in der Datenerhebung eine hohe Übereinstimmung aller Beobachter mit der Musterlösung zeigte, die zwischen 90 und 100% lag. Fragestellung zwei nimmt Bezug auf die Anwendbarkeit des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ sowohl für Fachpersonal als auch für Laien. Auch hier zeigen sich in beiden Gruppen hohe Übereinstimmungen, was für eine gute Anwendbarkeit und vor allem eine schnelle Erlernbarkeit in der Anwendung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ spricht. Über ebendiese Faktoren sollte ein flächendeckendes, in der Praxis anwendbares Screeninginstrument verfügen [16].

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass in der vorliegenden Arbeit die Auswertungsobjektivität in einer Idealsituation mit vorgegebenen schriftlichen Fallvignetten untersucht wurde und somit die Aussagekraft der erhobenen Ergebnisse limitiert ist. In weiterführenden Untersuchungen könnte diese Limitation durch die Beurteilung von tatsächlichen Fällen durch mehrere Personen vermieden werden.

Zusammenfassend überraschten die sehr guten Untersuchungsergebnisse der Medizinstudentengruppe positiv, da diese in den meisten Fällen gleichauf mit der Fachpersonalgruppe waren und diese in einigen Punkten sogar übertroffen haben. Dies macht deutlich, wie schnell die Anwendbarkeit des „Anhaltsbogens“ erlernbar ist und wie gut er sich später in den verschiedenen Geburtskliniken ohne übermäßigen zeitlichen und finanziellen Aufwand in den Klinikalltag integrieren lässt. Auch Besier et al., die die vorliegende Arbeit sowie zwei Studien zum Thema Kriteriumsvalidität des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ analysiert haben, kommen zu dem Schluss, dass der „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ ein praktikables, breit einsetzbares Screeninginstrument darstellt [2].

Insgesamt lässt sich trotz aller Limitationen erkennen, dass die vorliegende Untersuchung ein vielversprechender erster Schritt in die Richtung einer zukünftigen Praxisanwendung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ als flächendeckend einsetzbares Screeninginstrument ist. Ein ebensolches gibt es bis zum heutigen Zeitpunkt in Deutschland noch nicht [9][36]. Die vorliegende Arbeit zeigt überaus positive Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen, der „Anhaltsbogen“ scheint leicht anwendbar und erlernbar zu sein. Des Weiteren liefert die vorliegende Untersuchung interessante Anhaltspunkte, was bei weiteren Untersuchungen verbessert werden könnte. So wäre es beispielsweise überprüfenswert, wie gut die Anwendbarkeit des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ bei Fachpersonal ohne Vorerfahrung mit dem „Anhaltsbogen“ wäre. Auch wäre es sinnvoll, eine erneute Datenerhebung durchzuführen um zu überprüfen, ob eine noch deutlichere Formulierung aller für den „Anhaltsbogen“ relevanten Punkte innerhalb der Fallvignetten zu einer noch höheren Übereinstimmung führt.

5 Zusammenfassung

Das Thema Kinderschutz gewinnt glücklicherweise immer mehr an gesellschaftlicher Bedeutung und es wird zunehmend deutlich, dass ein gelingender Kinderschutz schon präventiv und weit vor einer möglichen Kindeswohlgefährdung ansetzen sollte. Daher wurden einige Modellprojekte, wie etwa „Guter Start ins Kinderleben“ initiiert, die sich vornehmlich mit dem präventiven Aspekt des Kinderschutzes beschäftigen.
Der im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ entstandene „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ wurde entwickelt, um rund um die Geburt eines Kindes mögliche Risikofaktoren zu erkennen und frühzeitig die Möglichkeit für präventive Hilfen und Maßnahmen zum Schutz des Kindes und zur Unterstützung der jungen Eltern zu geben. Zwar wird der „Anhaltsbogen“ schon in einigen Geburtskliniken angewendet, jedoch gab es bisher noch keine Untersuchungen hinsichtlich der Testgütekriterien des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“. Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ auf das Kriterium Objektivität zu überprüfen.

Das Testgütekriterium Objektivität wurde in der vorliegenden Arbeit anhand der Auswertungsobjektivität untersucht, d.h. es wurde überprüft, inwieweit die Testergebnisse der verschiedenen Untersuchungsteilnehmer miteinander übereinstimmten. Es wurden acht Fallvignetten konstruiert, bestehend aus einer kurzen schriftlichen Fallbeschreibung und einer Videosequenz, die eine Mutter-Kind-Interaktion zeigt. Diese Fallvignetten wurden 50 Medizinstudenten, die noch ohne Erfahrung in der Anwendung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gesprächs“ waren und 40 Fachpersonen, die den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ bereits in Geburtskliniken anwendeten, gezeigt. Die Teilnehmer sollten die Fall-

vignetten mit Hilfe des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ auf mögliche vorhandene Risikofaktoren hin bewerten.

Die Ergebnisse der beiden Testgruppen zeigten in den meisten Punkten eine hohe Übereinstimmung, wobei sich deutlich zeigt, dass die Medizinstudentengruppe teilweise eine höhere Übereinstimmung mit der Musterlösung im Bezug auf die Bewertung der einzelnen Risikofaktoren zeigte, wohingegen die Fachpersonalgruppe bei der Bewertung der Fälle an sich besser abschnitt. Die beiden zu Beginn der vorliegenden Untersuchung formulierten Fragestellungen bezüglich der Auswertungsobjektivität des Fragebogens sowie seiner Anwendbarkeit können nach den in dieser Untersuchung gewonnenen Daten mit Ja beantwortet werden.

Insgesamt gibt die vorliegende Untersuchung vielversprechende Hinweise auf die praktische Anwendbarkeit des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ als Screeninginstrument. Als besonders positiv lässt sich hervorheben, dass die Anwendung des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ schnell erlernbar scheint und somit in der späteren Praxisanwendung keine lange Einarbeitungsphase in die Funktionsweise des „Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch“ erforderlich ist. Auch zeigt sich dieses Screeninginstrument als sehr ökonomisches Verfahren, das nur wenige Minuten Zeit in Anspruch nimmt und somit gut und schnell in der klinischen Alltag zu integrieren ist.

Weitere Untersuchungen und eventuelle Weiterentwicklungen des Screeninginstrumentes in Bezug auf die Reliabilität und die Validität erscheinen in Hinblick auf die positiven Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und auf die Wichtigkeit des präventiven Kinderschutzes lohnend.

6 Literaturverzeichnis

[1] BAYS, J. ; CHADWICK, D.: Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse&Neglect 17*: 91–110 (1993)

[2] BESIER, T. ; PILLHOFER, M. ; BOTZENHART, S. ; ZIEGENHAIN, U. ; KINDLER, H. ; SPANGLER, G. ; BOVENSCHEN, I. ; GABLER, S. ; KÜNSTER, AK.: Child Abuse and Neglect: Screening for Risks during the perinatal Period. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde 72*: 397–402 (2012)

[3] BOLGER, KF. ; PATTERSON, CJ.: *Sequelae of Child Maltreatment: Vulnerability and Resilience. In:* LUTHAR, S. (HRSG) *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge University Press, Cambridge, S. 156–181 (2003)

[4] BORTZ, J. ; DÖRING, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 3. Auflage*. Springer, Berlin, S. 193–206 (2002)

[5] CARLSON, V. ; CICCHETTI, D. ; BARNETT, D. ; BRAUNWALD, K.: Disorganized / Disoriented Attachment Relationships in Maltreated Infants. *Developmental Psychology 25*: 525–531 (1989)

[6] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE (HRSG): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 3. überarbeitete Auflage*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 423 (2007)

[7] DEUTSCHER KINDERSCHUTZBUND LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN E.V., WUPPERTAL INSTITUT FÜR SOZIALE ARBEIT E.V. (HRSG): *Broschüre Kin-*

desvernachlässigung: Erkennen-Beurteilen-Handeln, 2. Auflage. Fuldaer Verlagsanstalt, Fulda, S. 12 (2006)

[8] ESSER, G. ; WEINEL, H.: *Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In:* MARTINIUS, J. ; FRANK, R. (HRSG) *Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kinder. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen.* Huber, Bern, S. 22–30 (1990)

[9] FEGERT, JM.: *Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz. In:* ZIEGENHAIN, U. ; FEGERT, JM. (HRSG) *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2.Auflage*. Reinhardt, München Basel, S. 195–206 (2008)

[10] FEGERT, JM. ; ZIEGENHAIN, U. ; BOLTE, D. ; KÜNSTER, AK.: *Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen allgemeiner Unterstützung und Prävention von Kindeswohlgefährdung. In:* SCHWENZER, I. ; BÜCHLER, A. (HRSG) *FamPra.ch Die Praxis des Familienrechts*. Stämpfli, Bern, S. 88–89 (2010)

[11] FEGERT, JM. ; ZIEGENHAIN, U. ; KNORR, CC. ; KÜNSTER, AK.: *Kinderschutz im Spannungsfeld von Gesundheits- und Jugendhilfe: Bedeutung evidenzbasierter Strategien. In:* SUESS, GJ. ; HAMMER, W. (HRSG) *Kinderschutz: Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 103–125 (2010)

[12] FILSINGER, B. ; BECHTOLD, I. ; GEHRMANN, J.: Frühe Hilfen beginnen im Kreißsaal: Gelungene Vernetzung von Gesundheits-und Jugendhilfe. *Kinderärztliche Praxis 81*: 1–4 (2010)

[13] GAWLIK, S. ; RECK, C.: Erschöpfung und Depression in der Schwangerschaft: Hintergrund und therapeutische Behandlung. *Psychotherapeut 56*: 224–230 (2011)

[14] HÄRTL, K. ; MÜLLER, M. ; FRIESE, K.: Wochenbettdepression: eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. *Der Gynäkologe 39*: 813–819 (2006)

[15] HÄUSER, W. ; SCHMUTZER, G. ; BRÄHLER, E. ; GLAESMER, H.: Maltreatment in childhood and adolescence - results from a survey of a representative sample of the

German population. *Deutsches Ärzteblatt 108*: 287–294 (2011)

[16] HELMING, E. ; SANDMEIR, G. ; SANN, A. ; WALTER, M.: *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern – Abschlussbericht*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 38–39 (2006)

[17] HERRMANN, B.: Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendarzt 36*: 1–7 (2005)

[18] HERRMANN, B. ; DETTMAYER, R. ; BANASCHAK, S. ; THYEN, U.: *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlage, 2. Auflage*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 1–15 (2010a)

[19] HERRMANN, B. ; DETTMEYER, R. ; BANASCHAK, S. ; THYEN, U.: *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlage, 2.Auflage*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 43 (2010b)

[20] HERRMANN, B. ; EYDEM, AK.: Leitlinien und Evidenz: Neue Entwicklungen im somatischen medizinischen Kinderschutz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53*: 1173–1179 (2010)

[21] HERRMANN, B. ; NAVRATIL, F. ; NEISES, M.: Sexueller Missbrauch von Kindern-Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. *Monatsschrift Kinderheilkunde 150*: 1344–1356 (2002)

[22] KENDALL-TACKETT, KA. ; WILLIAMS, LM. ; FINKELHOR, D.: *Die Folgen von sexuellem Missbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In:* AMANN, G. ; WIPPLINGER, R. (HRSG) *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.* dgvt, Tübingen, S. 151–186 (1997)

[23] KINDLER, H.: *Was ist über die Folgen von Vernachlässigung bei Kindern bekannt? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).* Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 24–3–24–6 (2006a)

[24] KINDLER, H.: *Was ist unter dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu verstehen? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).* Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 7–1 (2006b)

[25] KINDLER, H.: *Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).* Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 5–2 (2006c)

[26] KINDLER, H.: *Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).* Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 4–1 (2006d)

[27] KINDLER, H.: *Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).* Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 3–1–3–2 (2006e)

[28] KINDLER, H.: *Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In:* MEYSEN, T. ; SCHÖNECKER, L. ; KINDLER, H. HRSG: FEGERT, JM. ; ZIEGENHAIN, U. *Frühe Hilfen im Kinderschutz– Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe.* Juventa, Weinheim München, S. 201–234 (2009)

[29] KINDLER, H.: Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen: Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53*: 1073–1079 (2010)

[30] KINDLER, H. ; ZIESEL, B. ; KÖNIG, C. ; SCHÖLLHORN, A. ; ZIEGENHAIN, U. ; FEGERT, JM.: Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht 81*: 467–470 (2008)

[31] KÜNSTER, AK. ; WUCHER, A. ; THURN, L. ; KINDLER, H. ; FISCHER, D. ; ZIEGENHAIN, U.: Risikoepidemiologie und Kinderschutzstatistik in der frühen Kindheit – eine Pilotuntersuchung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60*: 206–223 (2011)

[32] MEIER-GRÄWE, I. ; WAGENKNECHT, I.: *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt 'Guter Start ins Kinderleben', 2. Auflage*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln, S. 9–82 (2011)

[33] MEYSEN, T. ; SCHÖNECKER, L.: *Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben - der rechtliche Rahmen. In:* MEYSEN, T. ; SCHÖNECKER, L. ; KINDLER, H. (HRSG): FEGERT, JM. ; ZIEGENHAIN, U. *Frühe Hilfen im Kinderschutz- Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Juventa, Weinheim München, S. 23–169 (2009)

[34] NATIONALES ZENTRUM FRÜHE HILFEN: *Begriffserklärung „Frühe Hilfen“ http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/ (15.05.2012)*

[35] O'CONNOR, TG. ; RUTTER, M. ; BECKETT, C. ; KEAVENEY, L. ; KREPPNER, JM.: The Effects of Global Severe Privation on Cognitive Competence: Extension and Longitudinal Follow-up. *Child Development 71*: 376–390 (2000)

[36] OSTLER, T. ; ZIEGENHAIN, U.: *Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich In:* ZIEGENHAIN, U. ; FEGERT, JM . (HRSG) *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2. Auflage*. Reinhardt, München Basel, S. 67–83 (2008)

[37] RAACK, W.: *Worin besteht die Aufgabenstellung des ASD bei Kindeswohlgefährdungen aus familien- und jugendhilferechtlicher Sicht? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 34–1–34–4 (2006)

[38] RIECHER-RÖSSLER, A.: *Die Depression in der Postpartalzeit. In:* KLIER, CM. ; DEMAL, U. ; KATSCHNIG, H. (HRSG) *Mutterglück und Mutterleid – Diagnose und Therapie der postpartalen Depression*. Facultas, Wien, S. 23–38 (2001)

[39] ROHDE, A.: Reproduktion und Psyche. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50*: 62–67 (2007)

[40] SCHMID, H. ; MEYSEN, T.: *Was ist unter Kindeswohlgefährdung zu verstehen? In:* KINDLER, H. ; LILLIG, S. ; BLÜML, H. ; MEYSEN, T. ; WERNER, A. (HRSG) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD).* Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 2–1–2–8 (2006)

[41] SCHWEITZER-ROTHERS, J.: *Gelingende Kooperation: Über Selbstreflexion alltäglicher Zusammenarbeit In:* ARMBRUSTER, M. (HRSG) *Misshandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation*. Lambertus, Freiburg im Breisgau, S. 13–27 (2000)

[42] SILVERMAN, AB. ; REINHERZ, HZ. ; GIACONIA, RM.: The long-term Sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse&Neglect 20*: 709–723 (1996)

[43] SPRINGER, JF. ; PHILIPPS, JL.: *The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series*. EMT Associates Inc, Folsolm CA, S. 1–23 (2007)

[44] STATISTISCHES BUNDESAMT: *https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafverfolgung2100300087004.pdf?__blob=publicationFile (09.03.2010)*

[45] VAN SANTEN, E. ; SECKINGER, M.: *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 29 (2003)

[46] WAGENKNECHT, I. ; MEIER-GRÄWE, U. ; FEGERT, JM.: Frühe Hilfen rechnen sich. *Frühförderung interdisziplinär 28*: 83 (2009)

[47] WIPPLINGER, R. ; AMANN, G.: *Zur Bedeutung der Bezeichnungen und Definitionen von sexuellem Missbrauch. In:* AMMAN, G. ; WIPPLINGER, R. (HRSG) *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.* dgvt, Tübingen, S. 21–23 (1998)

[48] ZIEGENHAIN, U.: *Stärkung elterlicher Erziehungs-und Beziehungskompetenzen-Chance für präventive Hilfen im Kinderschutz. In:* ZIEGENHAIN, U. ; FEGERT, JM. (HRSG) *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2.Auflage*. Ernst Reinhardt, München Basel, S. 119–127 (2008)

[49] ZIEGENHAIN, U. ; FEGERT, JM.: *Frühe und präventive Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. In:* MEYSEN, T. ; SCHÖNECKER, L. ; KINDLER, H. (HRSG) *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits-und Jugendhilfe.* Juventa, Weinheim München, S. 11–22 (2009a)

[50] ZIEGENHAIN, U. ; FEGERT, JM.: Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz. *Frühförderung interdisziplinär 28*: 71–81 (2009b)

[51] ZIEGENHAIN, U. ; FRIES, M. ; BÜTOW, B. ; DERKSEN, B.: *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern- Grundlagen und Handlungskonzepte in der Jugendhilfe. 1. Auflage*. Juventa, Weinheim München, S. 63–70 (2004)

[52] ZIEGENHAIN, U. ; GEBAUER, S. ; ZIESEL, B. ; KÜNSTER, AK. ; FEGERT, JM.: *Die Chance der ersten Monate. Feinfühlige Eltern – gesunde Kinder, 2. Auflage*. C.Maurer, Geislingen / Steige, S. 40–92 (2009)

[53] ZIEGENHAIN, U. ; GEBAUER, S. ; ZIESEL, B. ; KÜNSTER, AK. ; FEGERT, JM.: *Lernprogramm Baby-Lesen: Übungsfilme für Hebammen, Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern und Sozialberufe*. Hippokrates, Stuttgart, S. 1–64 (2010)

[54] ZIEGENHAIN, U. ; SCHÖLLHORN, A. ; KÜNSTER, AK. ; HOFER, A. ; KÖNIG, C. ; FEGERT, JM. ; NATIONALES ZENTRUM FRÜHE HILFEN (Hrsg.): *Werkbuch Vernet-*

zung, Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben-Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz, 1.Auflage. Süddeutsche Verlagsgesellschaft, Ulm, S. 58–67 (2010)

[55] ZIEGENHAIN, U. ; THURN, L. ; KÜNSTER, AK. ; BESIER, T. ; ROUDIL D'AJOUX, V. ; BÖTTINGER, U. ; FEGERT, JM. ; RENNER, I. ; KINDLER, H.: Frühe Risiken für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung-eine Untersuchung in Geburtskliniken des Ortenaukreises. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht 84*: 377–383 (2011)

A Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch – nichtmodifizierte Version

Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“

Werden Hilfen für einen guten Start ins Kinderleben benötigt?

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

mit _____

Name + Geburtsdatum Kind: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ ☐ **Mindestens eine besondere soziale Belastung**
Ja Nein

Bitte kurz beschreiben: _____

_____

☐ ☐ **Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen / U- Untersuchungen**
Ja Nein

☐ ☐ **Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**
Ja Nein

Bitte kurz beschreiben: _____

_____

☐ ☐ **Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes**
Ja Nein

Bitte kurz beschreiben: _____

_____

☐ ☐ **Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden**
Ja Nein

☐ **Es treffen keine der genannten Kriterien zu.**

© KJP, Universitätsklinikum Ulm; Kindler, H.

Dokumentation des vertiefenden Gesprächs

Gesprächsverlauf
(Sichtweise der Eltern, Ressourcen, Diskussionspunkte, etc.):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Abwägung (pro / contra) bezüglich Einbeziehung weiterer Institutionen zur Unterstützung bzw. Weitervermittlung

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bearbeitungsvermerke:

Ausgefüllt am:

Bearbeitet durch:

© KJP, Universitätsklinikum Ulm; Kindler, H.

B Erläuterung der Risikofaktoren

Erläuterungen zu den Kriterien

1. Mindestens eine besondere soziale Belastung

- *Mutter d 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt*

- *Mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter d 20*

Die Anzahl der bereits erfolgten Geburten und die Anzahl der zu versorgenden Kinder können voneinander abweichen, da in manchen Fällen Kinder in (Verwandten-) Pflege gegeben werden oder Kinder von Partnern mitbetreut werden müssen. Der Focus wird auf die prognostisch wichtigere tatsächliche Belastung durch die Anzahl zu versorgender Kinder gelegt.

- *Unerwünschte Schwangerschaft* Ausschlaggebend ist hier die Haltung der Mutter, nicht die

Haltung des Vaters oder der Großeltern. Die Kodierung kann auf der expliziten Angabe der Mutter beruhen, wenn das Kind nicht gewollt wurde bzw. die Mutter vor hatte, die Schwangerschaft zu unterbrechen, oder auf entsprechenden Angaben über die Haltung der Mutter aus dem Umfeld. Eher beiläufig ablehnende bzw. negative Äußerungen über das Kind werden durch nachfolgende Items erfasst. „Unerwünschte Schwangerschaft" wird nicht kodiert, wenn die Mutter angibt, sich noch im Verlauf der Schwangerschaft von einer anfänglich bestehenden Ablehnung deutlich distanziert zu haben.

- *Alleinerziehend*

Für die Kodierung kommt es darauf an, inwieweit im Alltag neben der Mutter eine weitere, praktisch, aber nicht unbedingt rechtlich im Haushalt oder in der Hausgemeinschaft lebende erwachsene Person für die Mitbetreuung des Kindes zur Verfügung steht. Auch getrennt lebende verheiratete Mütter und Mütter mit einer Wochenendbeziehung können als „alleinerziehend" kodiert werden, während dies bei einer im Stockwerk darüber lebenden, im Alltag verfügbaren Großmutter unter Umständen nicht der Fall ist.

- *Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der aktuellen Partnerschaft*

Ausschlaggebend ist die aktuell bestehende Partnerschaft der Mutter. Hinweise auf heftige Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft können sich aus Angaben der Mutter, des Partners bzw. des Umfeldes ergeben, aus medizinisch feststellbaren Verletzungsfolgen oder beobachtbaren Konflikten bzw. Gefühlsreaktionen (Angst, Aggressivität) im Umgang der Partner miteinander während eines Klinikaufenthaltes.

- *Bekannte psychische Erkrankung der Mutter/psychiatrische Vorbehandlung*

- *Nikotinkonsum ≥ 20 Zigaretten am Tag*

- *Hinweise auf Alkoholprobleme/ Drogenkonsum bei Mutter oder Partner*

Hierunter zählen Angaben der Mutter, des Partners oder aus dem Umfeld über einen mehrfachen Alkoholkonsum der Mutter trotz bekannter Schwangerschaft oder einen ansonsten häufigen und umfangreichen Konsum von Alkohol vor der Schwangerschaft bzw. über negative körperliche, psychische oder soziale Folgen des Alkoholkonsums, ein beobachtbares Trinken der Mutter oder des Partners auf der Station, eine bekannte Diagnose von Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit bei Mutter oder Partner und feststellbare angeborene Alkoholeffekte beim Kind.
Ebenfalls zählen unter anderem Angaben der Mutter, des Partners oder aus dem Umfeld über einen Drogenkonsum, entsprechende bekannte Diagnosen bei Mutter bzw. Partner, positive Resultate im Drogenscreening oder eine Entzugssymptomatik beim Kind.

- *Finanzielle Notlage*

Von einer finanziellen Notlage muss etwa ausgegangen werden, wenn die Erstausstattung für das Baby nicht angeschafft werden konnte oder hierfür finanzielle Hilfen erforderlich waren, eine hohe Schuldenlast angegeben wird oder angemessener Wohnraum und angemessene Grundversorgung ungesichert erscheinen.

- *Soziale/sprachliche Isolation (im Alltag keine Kontaktperson verfügbar), bekommt keinen*

Besuch
Eine sprachliche Isolation der Mutter bzw. Familie liegt dann vor, wenn im Alltag keine Kontaktpersonen verfügbar sind, mit denen eine flüssige sprachliche Verständigung möglich ist. Eine soziale Isolation ergibt sich aus Angaben der Mutter oder des Partners über das Fehlen alltäglich verfügbarer Unterstützungspersonen. Werden in der Nähe wohnende Angehörige oder Freunde genannt, die aber negativ charakterisiert oder als nicht ansprechbar geschildert werden, so wird trotzdem soziale Isolierung kodiert.

2. Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen/ U- Untersuchungen

Unter diesem Kriterium werden fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen der Mutter und/oder U-Untersuchungen
des Kindes notiert.

3. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeit der Familie zu übersteigen drohen

- *Frühgeburt*
- *Mehrlinge*
- *Chronische Erkrankung*
- *Deutliche Entwicklungsverzögerung*

4. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

- *Wirkt am Kind desinteressiert*
-
- *Macht ablehnende Äußerungen über das Kind*

Hierzu zählen explizit ablehnende Äußerungen, die Verwendung deutlich negativ getönter Spitznamen, eine negativ verzerrte Beschreibung des Kindes oder seiner Signale (z.B. Kind schreit um Mutter zu ärgern) und erkennbar negative Gefühlsreaktionen gegenüber dem Kind.

- *Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig.*
- *Gibt auffallend häufig das Kind ab.*
- *Übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen z.B. sehr*

gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt.

5. Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

Unter diesem Kriterium werden Ängste, Gefühle von Überforderung oder Ablehnung erfragt.

Treffen keine der fünf genannten Kriterien zu, so sollte dies unter dem letzten Punkt vermerkt werden.

C Erläuterung „Guter Start ins Kinderleben“

Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“

Leitfaden zum „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“

Was ist das Ziel des Anhaltsbogens?

Der Anhaltsbogen ist ein Screeninginstrument, mit dessen Hilfe rund um die Geburt wissenschaftlich belegte Risikofaktoren zur Prävention früher Kindes-vernachlässigung bzw. –misshandlung sowie früher Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsauffälligkeiten identifiziert werden können.

Was ist überhaupt ein Risikofaktor?

Risikofaktoren können eine erhöhte Wahrscheinlichkeit negativer Ereignisse vorhersagen. Ein Risikofaktor ist **kein Beweis** für einen tatsächlichen, verursachenden Zusammenhang, beispielsweise zwischen psychischer Erkrankung einer Mutter und Kindesmisshandlung oder –vernachlässigung. Er beschreibt nur die beobachtete, erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass beide Faktoren gemeinsam auftreten.

Wie wurde der Anhaltsbogen erstellt?

Im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelte Dr. Heinz Kindler vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München den „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“.
Auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche zu den Themen frühe Kindesvernachlässigung bzw. –misshandlung wurden fünfzehn Studien gefunden, die methodisch so gut und somit aussagekräftig sind, dass ihre Ergebnisse verwendet werden konnten. In diesen Untersuchungen ließen sich 22 wiederholt bestätigte Risikofaktoren für Vernachlässigung und Misshandlung identifizieren. Dasselbe Vorgehen wurde auch bei der Identifizierung von Risikofaktoren für Erziehungsschwierigkeiten bzw. Entwicklungsauffälligkeiten angewandt. Hierfür konnten aus zwölf Studien 15 Risikofaktoren herausgearbeitet. werden.
Zusätzlich zur Analyse wissenschaftlicher Studien wurden international 85 Projekte im Bereich früher Hilfen im Hinblick auf den Einsatz von Risikobögen untersucht. 18 Risikobögen konnten ermittelt werden. Eine Analyse dieser Bögen ergab wiederum 13 wiederholt genannte Risikofaktoren.
Aus diesen Befunden entwickelte Dr. Heinz Kindler den Anhaltsbogen mit fünf Risikofaktoren. **Jeder dieser Risikofaktoren erhöht schon für sich alleine genommen die Wahrscheinlichkeit, dass Misshandlung oder Vernachlässigung auftreten können.**
Diese Risikofaktoren können mit Hilfe unterschiedlicher Erhebungsformen ermittelt werden. Die **Informationen können durch ein Gespräch, aus der Anamnese oder durch Beobachtung gesammelt werden.** Werden Risikofaktoren ermittelt, so wird ggf. ein **vertiefendes Gespräch durchgeführt, mit dem Ziel, die Mutter / die Eltern bei Bedarf an weiterführende Hilfen zu vermitteln**. Wird mittels des Anhaltsbogens kein Hinweis auf ein Risiko entdeckt, ist ein vertiefendes Gespräch

nicht erforderlich.

Wie werden die einzelnen Kriterien bewertet?

Die Risikofaktoren setzen sich aus unterschiedlichen Merkmalen (Kriterien) zusammen. Die Wahrscheinlichkeit früher Kindesmisshandlung oder –vernachlässigung ist nicht bei allen Kriterien gleich hoch.
Beim Vorliegen folgender Kriterien ist die Gefährdung des Kindes relativ wahrscheinlich: **Partnerschaftskonflikte und Gewalt in der Familie, bekannte psychiatrische Erkrankung der Mutter / des Partners, Alkoholprobleme oder Drogenkonsum der Mutter / des Partners**.
Folgende Kriterien sollten je nach Ausprägung und Kombination gewichtet und beachtet werden: alleinerziehend, Nikotinkonsum > 20 Zigaretten/Tag, finanzielle Notlage, soziale oder sprachliche Isolation, fehlende Schwangerschafts- oder U-Untersuchungen, Frühgeburt, Mehrlinge, chronische Erkrankung, deutliche Entwicklungsverzögerung des Kindes.
Insgesamt steigt das Risiko, je mehr Kriterien gleichzeitig auftreten.

Wie und bei wem wird der Anhaltsbogen ausgefüllt?

Um ein systematisches Screening zu gewährleisten, sollte der Anhaltsbogen bei jeder Mutter in der Phase vor und/oder direkt nach der Geburt ausgefüllt werden. Ergibt sich aufgrund des Anhaltsbogens kein Risiko, so wird der Punkt „Es treffen keine der genannten Kriterien zu“ angekreuzt. Wird jedoch mindestens ein Risikofaktor mit „Ja“ angekreuzt, ist ein vertiefendes Gespräch zu empfehlen, um gemeinsam mit der Mutter herauszufinden, ob sie weitere Unterstützung benötigt.

Wie wird ein vertiefendes Gespräch durchgeführt?

Das Ziel des Gesprächs ist eine Weitervermittlung der Mutter oder jungen Familie bei Bedarf an entsprechende Hilfeangebote. Die Weitervermittlung sollte dabei so spezifisch wie möglich und dem Risiko angemessen sein. Hierfür ist es hilfreich, die Gewichtung der einzelnen Risikofaktoren zu beachten. **Fragen Sie auch nach den vorhandenen Ressourcen der Familie!** So wäre es beispielsweise nicht angebracht, einer alleinerziehenden, zwanzigjährigen Mutter (Risikofaktor), die jedoch noch bei ihren sie sehr unterstützenden Eltern wohnt (Ressource) zur Drogenberatungsstelle zu schicken (nicht spezifisch) oder zum Umzug in eine betreute Mutter-Kind-Einrichtung zu raten (dem Risiko nicht angemessen). Andererseits würde es nicht ausreichen, eine drogenabhängige Mutter ohne festen Wohnsitz lediglich darauf hinzuweisen, nach sechs Wochen zur nächsten Vorsorgeuntersuchung zum Kinderarzt zu gehen.
Die Eltern können - außer bei akuter Kindeswohlgefährdung - die Angebote freiwillig in Anspruch nehmen. Auf Bevormundung und „ich weiß, was gut für Sie ist“ sollte hierbei gänzlich verzichtet werden. Die Eltern sind gleichwertige und verantwortliche Partner. Es ist die Entscheidung der Eltern, die Hilfeangebote anzunehmen.

© KJP, Universitätsklinikum Ulm; Kindler, H.

D Codeblatt der Untersuchungsteilnehmer

Bitte tragen Sie als erstes Ihren persönlichen Code ein. Er setzt sich wie folgt zusammen:

- die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter
- Ihr Geburtstag (nicht Monat, nicht Jahr)
- der zweite Buchstabe Ihres Nachnamens

Hier ein Beispiel: Ihre Mutter heißt **He**lena. Sie sind am **03.**08.1980 geboren und heißen mit Nachnamen M**ü**ller.

Ihr Code lautet also: HE-03-Ü

Code	_ _ - _ _ - _
heutiges Datum	_ _ - _ _ - _ _
Ihr Geschlecht	männlich weiblich
Ihr Alter in Jahren	
Haben sie eigene Kinder?	ja nein
Haben Sie bereits berufliche Vorerfahrungen wie beispielsweise eine Ausbildung als Krankenpfleger etc.? Wenn ja, welche?	ja nein

E Anhaltsbogen- modifiziert Ortenaukreis

Name, Vorname, Geburtsdatum oder Pat.-Aufkleber

Frühe Hilfen im Ortenaukreis

Screeningbogen für einen guten Start ins Kinderleben

		nein	ja (Hdz.)
A:	**Besondere (auch soziale) Belastung**		
	Alter der Mutter ≤ 18 Jahre — aus Akte / Anamnese bekannt:		
	Alter der Mutter ≤ 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere Kinder		
	Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als ein Jahr)		
	Unerwünschte Schwangerschaft		
	Allein erziehend		
	Hinweis auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft		
	Mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert		
	Mutter / Familie bereits im Jugendamt bekannt		
	Heimerziehung der Mutter		
	Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrung der Mutter in Ihrer Kindheit		
	Schwere körperliche Erkrankung / Behinderung eines Familienmitgliedes		
	Bek. psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlung		
	Nikotinkonsum > 20 Zigaretten am Tag		
	Hinweise auf Alkoholprobleme bei O Mutter O Vater / Partner ( )		
	Hinweise auf Drogenkonsum durch O Mutter O Vater / Partner ( )		
	Mangelnde körperliche Hygiene — eigene Beobachtung:		
	Kein qualifizierender Schulabschluss		
	Finanzielle Notlage		
	Soziale / Sprachliche Isolation ( )		
	Sonstiges / Bemerkungen:		
B:	**Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen**		
C:	**Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**		
	Frühgeburtlichkeit		
	Mehrlinge		
	Angeborene / neonatal erworbene Erkrankungen / Behinderung		
	Sonstiges / Bemerkungen:		
D:	**Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes**		
	Wirkt am Kind desinteressiert — eigene Beobachtung:		
	Macht ablehnende Äußerungen über das Kind		
	Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig		
	Gibt auffallend häufig das Kind ab		
	Übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen (z.B. sehr gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt)		
	Kein Besuch auf der Geburtsstation		
E:	**Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder das Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden**		
F:	**Sonstiges:**		

- A-F unauffällig → bei Entlassung Routinehinweis auf Frühe Hilfen, Flyer mitgeben
- nur A auffällig ***oder*** nur bis zu 2 Punkte in B-F → evtl. vertiefendes Gespräch nötig
- A und mindestens 1 Punkt in B-F auffällig ***oder*** A unauffällig aber mehr als 2 Punkte in B-F auffällig } → vertiefendes Gespräch

Datum, Hdz.

Screeningbogen Frühe Hilfen Ortenau Version 1 Stand 01.09.2009

F Anhaltsbogen- modifiziert Trier

Werden Hilfen für einen guten Start ins Kinderleben benötigt?

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

mit _____

Name + Geburtsdatum Kind: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ **Mindestens eine besondere soziale Belastung**
z.B. Mutter ≤ 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt,
mehr als ein zu versorgendes Kinde bei einem Alter der Mutter ≤ 20,
unerwünschte Schwangerschaft,
allein erziehend,
Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft,
bekannte psychische Erkrankung der Mutter/psychiatrische Vorbehandlung,
Nikotinkonsum ≥ 20 Zigaretten am Tag,
Hinweise auf Alkoholprobleme/Drogenkonsum bei Mutter oder Partner,
finanzielle Notlage,
soziale/sprachliche Isolation, bekommt keinen Besuch
Bitte kurz beschreiben: _____
_____

☐ **Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen / U-Untersuchungen**

☐ **Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**
z.B. Frühgeburtlichkeit, Mehrlinge, chronische Erkrankung, deutliche Entwicklungsverzögerung
Bitte kurz beschreiben: _____
_____

☐ **Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes**
z.B. wirkt am Kind desinteressiert;
macht ablehnende Äußerungen über das Kind;
wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig;
gibt auffallend häufig das Kind ab;
übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen z.B. sehr gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt
Bitte kurz beschreiben: _____
_____

☐ **Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden**

Dokumentation des vertiefenden Gesprächs

Gesprächsverlauf
(Sichtweise der Eltern, Ressourcen, Diskussionspunkte, etc.):

_____

_____

_____

_____

_____

Abwägung (pro / contra) bezüglich Einbeziehung weiterer Institutionen zur Unterstützung bzw. Weitervermittlung

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Rückmeldung über Ergebnis des Explorations- / Informationsgesprächs wird erbeten an: _____

_____
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Bearbeitungsvermerke: *Eingegangen am:* *Bearbeitet durch:*
Kontaktversuche:

G Probefälle

Übungstext 1

Sandra W.,28, kommt zusammen mit ihrem Mann termingerecht zu Ihnen in die Geburtsklinik.

Beim obligatorischen Anamnesegespräch gibt sie bei der Frage nach ihrem Beruf an, dass sowohl sie als auch ihr Mann über einen Realschulabschluss verfügen und sie bis zum Mutterschutz als Erzieherin in einem Kindergarten gearbeitet hat. Auf Ihre Nachfrage hin, beschreibt sie ihr familiäres Umfeld als intakt und ihre seit zwei Jahren bestehende Ehe als glücklich.

Sie bestätigt ihnen, dass das Kind ein Wunschkind sei und sowohl sie selbst als auch ihr Mann sich sehr auf das Kind freuen würden.

Ihre Schwangerschaft beschreibt sie als komplikationslos und unproblematisch

Ihr Mutterpass gibt Ihnen Auskunft darüber, dass alle Untersuchungen vollständig und unauffällig sind.

Die Geburt selbst verläuft ebenfalls ohne Komplikationen und auch die erste Untersuchung des Kindes ist unauffällig.

Jedoch zeigt sich schon kurz nach der Geburt, dass das Baby viel schreit und unter häufigen Koliken leidet. Auch zeigen sich beim Stillen Probleme. Sandra W. bleibt trotz dieser Belastungen ruhig und geduldig. Sie ist für die Hilfen und Anregungen der Hebammen und Krankenschwestern sehr dankbar und befolgt diese auch, worauf sich die Probleme in den folgenden Tagen legen.

Musterlösung Übungsfall 1

A) soziale Belastung	Nein
B) fehlende Untersuchungen	Nein
C) erhöhte Fürsorgeansprüche	Nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Versorgung	Nein
E) Zukunftsangst, Überforderung	Nein

Übungstext 2

Jaqueline R., 19, kommt zwei Tage vor dem errechneten Geburtstermin zu Ihnen auf die Geburtsstation. Begleitet wird sie von ihrem Freund, dem 23 jährigen Timo A. Bei der Anamnese erfahren sie, dass sowohl sie selbst als auch ihr Freund keinen Schulabschluss haben und auch keiner Arbeit nachgehen. Als sie nach ihrer Adresse fragen, gibt sie an ,,nichts eigenes“ zu haben und gemeinsam mit ihrem Freund abwechselnd bei verschiedenen Freunden unterzukommen.

Auf Ihre Frage hin, erläutert sie Ihnen, dass sie zu ihrer Familie absolut keinen Kontakt mehr habe und darauf auch keinen Wert lege, da sie dort, wie sie selbst sagt, häufig geschlagen wurde.

Als Sie auf das Thema Nikotin und Alkohol zu sprechen kommen, gesteht sie Ihnen nach einigem Zögern, dass sie beides regelmäßig ,,in größeren Mengen“ konsumiere.

Die Beziehung zum Vater ihres Kindes beschreibt sie als schwierig, da er ziemlich aufbrausend sei und ihm auch öfters mal ,,die Hand ausrutsche“.

Aus dem Mutterpass können sie entnehmen, dass keinerlei Vorsorgeuntersuchungen stattgefunden haben. Als Sie Jaqueline R. fragen, ob sie sich auf das Kind freue, erzählt sie Ihnen strahlend, dass mit dem Kind für sie ein neues Leben anfange und jetzt alles besser werden würde.

Das Baby kommt auf natürlichem Weg zur Welt, es zeigt sich aber schon bei der ersten Untersuchung, dass es unter einer körperlichen Entwicklungsverzögerung leidet, die der Kinderarzt auf Nikotin und Alkohol zurückführt. Das Kind schreit viel, da es unter der Entzugssymptomatik von Alkohol und Nikotin leidet.

Sie beobachten, dass Jaqueline R. bei der Pflege ihres Kindes schnell ungeduldig und grob wird, wenn sich das Kind nicht so schnell beruhigen lässt.

Musterlösung Übungsfall 2

A) soziale Belastung	Gewalt in Partnerschaft, Misshandlungserfahrung in Kindheit, Nikotinkonsum, Alkoholprobleme, fehlender Schulabschluss, finanz.Notlage
B) fehlende Untersuchungen	Ja
C) erhöhte Fürsorge-ansprüche	Körperliche Entwicklungsver Zögerung, Entzugssymptomatik
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Versorgung	Übersieht deutliche Signale des Kindes, reagiert unangemessen hierauf
E) Zukunftsangst, Überforderung	nein

H Fallvignetten eins bis acht

Text 1

Helena P. ist 37 Jahre alt und kommt zusammen mit ihrem Mann Peter P. in der 39. SSW zur Geburt ins Krankenhaus.

Bei der Anamnese gibt sie an, dass sowohl ihr Mann als auch sie selbst Abitur gemacht hätten und dass ihr Mann eine eigene Firma besitzt, mit der er sehr erfolgreich ist.

Sie selbst hat ihre Arbeit schon zu Beginn der Schwangerschaft aufgegeben, um sich auf das Kind vorzubereiten und plant auch nach der Geburt, daheim zu bleiben und sich ausschließlich um das Kind zu kümmern.

Aus dem Mutterpass können Sie entnehmen, dass alle Schwangerschaftsuntersuchungen gemacht wurden. Bei einem beiläufigen Gespräch mit Helena P. erfahren Sie aber auch, dass sie bereits zwei Fehlgeburten innerhalb der letzten drei Jahre hatte und dass sie deshalb während der Schwangerschaft große Angst hatte, ihr Kind zu verlieren.

,,Diese Angst ist jetzt aber kurz vor der Geburt nicht verschwunden, im Gegenteil. Ich mache mir schon jetzt totale Sorgen um die Zukunft unseres Kindes, was alles passieren könnte und ob mich mein Kind wirklich liebt."

Die Geburt verläuft ganz natürlich und das Kind zeigt keine besonderen Auffälligkeiten.

Text 2

Michelle X. ist 16 Jahre alt und kommt mit ihrer Mutter zur Entbindung ins Krankenhaus. Bei der Anamnese gibt sie an, dass sie noch vor drei Wochen ihren Realschulabschluss erfolgreich bestanden hat. Auch hat sie schon konkrete Zukunftspläne: wegen ihres guten Schulabschlusses hat sie bereits jetzt die feste Zusage für einen Ausbildungsplatz, den sie in zwei Monaten antreten will. Vom Vater des Kindes hat sie sich noch während der Schwangerschaft getrennt und hat auch keinen Kontakt mehr zu ihm.

Auf ihre momentane Wohnsituation angesprochen gibt sie an, mit ihrer Mutter und ihren zwei kleineren Geschwistern relativ beengt in einer drei Zimmerwohnung zu leben. Ihr Vater lebt nicht mehr bei der Familie. Im persönlichen Gespräch erzählt sie Ihnen, dass sie die Schwangerschaft rechtzeitig bemerkt habe und sich bewusst für das Kind entschieden hat, trotz der schwierigen Situation.

Auf Ihre Nachfrage hin erzählt sie Ihnen, dass sie einen Schwangerschaftsvorbereitungskurs besucht hat und bereits Kleidung für das Baby eingekauft hat. Dem Mutterpass können Sie entnehmen, dass sie alle Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt gemacht hat.

Auch einen Namen hat sie sich schon überlegt: Da es ein Junge wird, soll er Tim heißen. ,, Ich weiß` schon, dass meine Situation nicht gerade einfach ist, aber ich freue mich sehr auf mein Kind und da ich ja bereits einen Ausbildungsplatz habe, habe ich auch vor der Zukunft keine Angst.“

Sechs Stunden nachdem Sie mit ihr dieses Gespräch hatten, wurde das Baby spontan entbunden. Bei der ersten Untersuchung zeigten sich keine Auffälligkeiten in der Entwicklung.

Text 3

Tina M. kommt morgens um vier alleine zu Ihnen auf die Geburtsstation mit bereits starken Wehen.

Bei der Anamnese gibt sie an, 28 Jahre alt zu sein, keinen abgeschlossenen Schulabschluss zu haben und auch keine Ausbildung gemacht zu haben. Im Moment kümmert sie sich ausschließlich um ihre zwei Kinder, die 7 und 5 Jahre alt sind. Bei der Frage nach dem Beruf des Ehemanns gibt sie an, dass dieser Lagerist sei, über ein relativ bescheidenes Einkommen verfüge und sie sich ein drittes Kind eigentlich nicht mehr leisten könnten.

Auf Ihre Nachfrage, warum sie denn alleine in die Geburtsklinik gekommen sei, erklärt sie, dass sie und ihr Ehemann sich getrennt haben und sie von ihm weder Unterstützung bei der Erziehung der Kinder noch finanzielle Hilfe bekomme.

Weinend erzählt sie Ihnen, dass sie bereits jetzt mit den zwei Kindern komplett überfordert sei und überhaupt nicht wüsste, wie sie ein drittes Kind noch schaffen solle, zumal dieses überhaupt nicht geplant war.

Auf Ihre Nachfrage, warum denn die Schwangerschaftsuntersuchungen unvollständig seien, gibt sie zu, die Schwangerschaft erst relativ spät bemerkt zu haben und als sie es dann wusste, habe sie der Schwangerschaft nicht viel Beachtung geschenkt, da sie bereits mit ihrem regulären Alltag vollkommen überfordert sei.

Sie fragen sie, ob sie sich jetzt auf die Geburt ihres Kindes eingestellt habe und sich auf ihr Kind freue. Tina M. zuckt fragend mit den Schultern.

Um 8.45 Uhr wird Tina M.s drittes Kind, ein gesundes Mädchen, geboren.

Text 4

Margit B. kommt zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zusammen mit ihrem Mann in die Klinik. Bei der Anamneseerhebung gibt sie an, dass sowohl ihr Mann als auch sie selbst berufstätig seien und beide über sichere Jobs in mittelständischen Unternehmen verfügen.

Ihr soziales Umfeld beschreibt sie als stabil, ihre Ehe als intakt. Sie erklärt Ihnen, dass dies ihre erste Schwangerschaft sei, ihr Mann aber bereits ein Kind aus einer früheren Beziehung mit in die Ehe gebracht habe.

Bei der Frage nach einem möglichen Nikotinkonsum gibt Margit B. an, starke Raucherin zu sein und auch während der Schwangerschaft geraucht zu haben. Deshalb käme Stillen für sie auch nicht in Frage.

Im weiteren Gesprächsverlauf erzählt sie Ihnen, dass sie sich schon lange versucht hat, schwanger zu werden und sich deshalb sehr auf das Kind freue.

Aus dem Mutterpass können Sie entnehmen, dass alle Schwangerschaftsvorsorgeunter suchungen gemacht wurden.

Das Kind wird wegen einer Beckenendlage mit einem Kaiserschnitt auf die Welt gebracht. Die erste Untersuchung zeigt keine feststellbaren Auffälligkeiten.

Text 5

Tanja D., 37, kommt um kurz nach 20 Uhr alleine zu Ihnen auf die Geburtsstation.

Beim anschließenden Anamnesegespräch erfahren Sie, dass sie über keinen Schulabschluss, keine Ausbildung und keine Arbeit verfügt.

Bei der Frage nach dem Vater des Kindes gibt Tanja D. an, sich von diesem bereits während der Schwangerschaft getrennt zu haben und auch keinen Kontakt mehr zu ihm zu haben.

Auf ihre Nachfrage, wer sie denn während der Schwangerschaft unterstützt habe, erwidert sie Ihnen, dass sie sowohl zu ihrer Familie keinen Kontakt habe als auch über keine weiteren sozialen Kontakte verfüge, mit denen sie über Probleme sprechen könne.

Als sie Tanja D. nach weiteren Kindern fragen, erklärt sie Ihnen, dass sie bereits zweifache Mutter sei, die Kinder aber in Pflegefamilien leben würden, da das Jugendamt meinte, dass sie mit deren Erziehung überfordert gewesen sei.

Ein Blick in den Mutterpass verrät Ihnen, dass sie keine Schwangerschaftsvorsorge untersuchungen hat machen lassen. Auf Ihre Nachfrage, warum, gibt sie zu, die Schwangerschaft weitestgehend verdrängt zu haben. Vollkommen aufgelöst und weinend sagt sie Ihnen, dass sie überhaupt nicht weiß, was sie jetzt machen soll, wie es in der Zukunft weitergehen soll.

Nach der Geburt will sie ihren Sohn nicht sehen und besucht ihn auch nicht auf der Geburtsstation. Sie lässt in vollkommen in der Obhut der Krankenschwestern.

Text 6

Britta S., 40, kommt gemeinsam mit ihrem Mann, 39, zu Ihnen auf die Geburtsstation. Im Rahmen der Anamneseerhebung erfahren sie, dass sie Ärztin ist. Ihr Mann sei Ingenieur und daher würden die beiden über ein gesichertes Einkommen verfügen.

Da sie bereits einen Sohn,5, hat, der am Down Syndrom leidet, hat sie nach dessen Geburt beschlossen, zu Hause zu bleiben und sich intensiv um ihrem Sohn zu kümmern. Ihre Ehe beschreibt sie als harmonisch und stabil und auch die Behinderung ihres ersten Kindes habe ihre Beziehung eher gestärkt, als belastet.

Sie erfahren aber auch, dass es während der Schwangerschaft erhebliche Komplikationen gegeben habe und dass Britta S. acht Wochen lang im Krankenhaus liegen musste wegen vorzeitiger Wehen. Aufgrund dieser Begebenheit hatte sie große Angst, das Kind zu verlieren. Diese Angst, so erzählt sie Ihnen, war teilweise so ausgeprägt, dass sie eine Depression entwickelte und therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen musste. Da sich die Schwangerschaft nach dem Krankenhausaufenthalt aber stabilisierte, nahmen auch ihre Ängste ab und sie brauchte die therapeutische Unterstützung aktuell nicht mehr. Ihr Mann bemerkt darauf hin, dass sie sich trotz ihrer Depression immer äußerst fürsorglich und liebevoll um ihren kleinen Sohn gekümmert habe und immer eine tolle Mutter gewesen sei.

Das Baby, ein Mädchen, kommt per Kaiserschnitt auf die Welt. Es zeigt bei der ersten Untersuchung keine Unregelmäßigkeiten oder Entwicklungsstörungen. Das Kind ist, sehr zur Erleichterung der Eltern pflegeleicht, es schläft viel und lässt sich leicht beruhigen.

Text 7

Stefanie D., 38, kommt am Sonntagmorgen mit beginnenden Wehen zu Ihnen in die Geburtsklinik. Sie wird von ihrem Lebensgefährten,29, begleitet. Sie ist in der 39. SSW.

Beim Anamnesegespräch erfahren sie, dass Stefanie D. sehr erfolgreich eine Werbeagentur leitet und dieser Arbeit auch in der kompletten Zeit ihrer Schwangerschaft nachgegangen ist. Auch plant sie, ihre Arbeit möglichst schnell nach der Geburt ihres Kindes wieder aufzunehmen.

Die Beziehung zu ihrem Lebensgefährten beschreibt sie als intakt, dass Kind ein Wunschkind, wie sie Ihnen zusichert. Die Schwangerschaft sei ohne Komplikationen verlaufen. ,,Aber ich bin froh, dass ich diesen fetten Bauch bald los bin. Während der Schwangerschaft habe ich 10 Kilo zugenommen und fühle mich so unglaublich dick. Davor habe ich in eine 34 gepasst und jetzt am Ende musste ich sogar eine 38 trage. Sobald das Kind auf der Welt ist, werde ich endlich wieder richtig auf meine Ernährung achten können."

Aus ihrem Mutterpass können sie entnehmen, dass alle Schwangerschaftsuntersuchungen vollständig sind.

Das Kind kommt auf natürlichem Wege auf die Welt. Es zeigt sich, dass das kleine Mädchen am Down Syndrom leidet. Die Eltern reagieren entsetzt und überfordert. Stefanie D. will diese Tatsache am Anfang gar nicht wahrhaben und weigert sich auch, ihr Kind zu sehen.

Auch in den folgenden Tagen gelingt es ihr nicht, eine emotionale Bindung zu dem Kind aufzubauen und es als ihr eigenes anzunehmen.

,,Ich fühle mich komplett überfordert. Wie soll ich denn ein behindertes Kind großziehen? Ich kann mir überhaupt keine Zukunft mit einem solchen Kind vorstellen" gesteht sie Ihnen unter Tränen, als sie ihr das Kind auf den Arm legen.

Text 8

Gülcan Ö., 24, kommt eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin gemeinsam mit ihrem Mann, 30, zu Ihnen auf die Geburtsstation.

Bei der Anamnese wirkt sie sehr ruhig und entspannt, was Sie auch darauf zurückführen, dass sie selbst Krankenschwester ist und somit mit den Abläufen im Krankenhaus vertraut ist. Auf ihre Nachfrage hin, erzählt sie Ihnen in akzentfreiem Deutsch, dass sie bereits eine Tochter mit vier Jahren habe und dass das Baby ein absolutes Wunschkind sei.

Sie gibt an, dass sie keine vorangegangene Fehlgeburt erlitten habe und da die Schwangerschaft komplikationslos verlaufen sei, habe sie auch bis vor sechs Wochen noch gearbeitet.

Gülcan Ö. entbindet spontan ein gesundes kleines Mädchen.

Sie kümmert sich die meiste Zeit selbst um das Kind und beginnt auch gleich nach der Geburt mit dem Stillen, das von Anfang an problemlos funktioniert.

Als Sie ihr das Kind zum Stillen bringen, erzählt sie Ihnen, dass sie sich schon sehr auf zu Hause und auf die Zukunft mit zwei Kindern freue.

I Musterlösungen für Fallvignetten eins bis acht

Lösung 1

A) soziale Belastung	nein
B) fehlende Untersuchungen	nein
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
E) Zukunftsangst, Überforderung	ja

Lösung 2

A) soziale Belastung	Mutter minderjährig, alleinerziehend
B) fehlende Untersuchungen	nein
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	nein
E) Zukunftsangst, Überforderung	nein

Lösung 3

A) soziale Belastung	Unerwünschte SS, alleinerziehend, fehlender Schulabschluss, finanz.Notlage
B) fehlende Untersuchungen	ja
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	Wirkt desinteressiert, passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
E) Zukunftsangst, Überforderung	ja

Lösung 4

A) soziale Belastung	Nikotinkonsum
B) fehlende Untersuchungen	nein
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	nein
E) Zukunftsangst, Überforderung	nein

Lösung 5

A) soziale Belastung	Alleinerziehend, weitere Kinder leben in Pflegefamilien, fehlender Schulabschluss, finanz. Notlage, soziale Isolation
B) fehlende Untersuchungen	ja
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D)Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	Kein Besuch auf Geburtsstation
E) Zukunftsangst, Überforderung	ja

Lösung 6

A) soziale Belastung	Bekannte psychische Vorerkrankung der Mutter
B) fehlende Untersuchungen	nein
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	nein
E) Zukunftsangst, Überforderung	nein

Lösung 7

A) soziale Belastung	nein
B) fehlende Untersuchungen	nein
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	Trisomie 21
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	Übersieht deutliche Signale des Kindes, reagiert hierauf unangemessen
E) Zukunftsangst, Überforderung	ja

Lösung 8

A) soziale Belastung	nein
B) fehlende Untersuchungen	nein
C) erhöhte Fürsorge ansprüche	nein
D) Schwierigkeiten bei Annahme und Ver sorgung	nein
E) Zukunftsangst, Überforderung	nein

J Fallvignette neun für den Ortenaukreis

Manuela D. kommt am frühen Sonntagmorgen termingerecht gemeinsam mit beginnenden Wehen zu Ihnen auf die Geburtsstation. Ihr Ehemann habe noch zu tun, komme aber bald nach, teilt Ihnen die werdende Mutter mit. Beim Anamnesegespräch erfahren Sie, dass Manuela D. 27 Jahre alt ist, bis zu ihrer ersten Schwangerschaft als Aushilfskraft in einer Bäckerei gearbeitet hat und über keinen qualifizierten Schulabschluss verfügt. Aus dem Mutterpass können Sie entnehmen, dass die erste Entbindung vor einem knappen Jahr stattgefunden hat. Auf Ihre Frage, wie sie denn mit der Betreuung ihres ersten Kindes zurechtgekommen sei, erzählt Ihnen Manuela D. , dass sie anfangs große Probleme damit hatte und unter einer postnatalen Depression litt, die sie aber mit Hilfe einer Gesprächstherapie und Medikamenten in den Griff bekommen habe und die ihr auch momentan keine Schwierigkeiten mache. Weiterhin erfahren Sie aus dem Mutterpass, dass alle Schwangerschaftsuntersuchungen vollständig sind. ,,Wir freuen uns beide schon sehr auf unser zweites Kind“, erklärt Ihnen Manuela D. ,,und auch die Angst vor der Zukunft, die ich bei unserem ersten Kind hatte, habe ich bei meiner zweiten Schwangerschaft nicht“.

Um 6.37 Uhr wird Manuela D.s zweites Kind, ein kleiner Junge namens David, geboren. Ihr Ehemann hat es noch rechtzeitig geschafft und war bei der Geburt dabei. Die erste Untersuchung des Kindes fällt unauffällig aus. Als Sie dem Vater seinen Sohn auf den Arm legen, bemerken Sie einen deutlichen Alkoholgeruch.

1

Abbildungsverzeichnis

1 Unterschiedliche Formen der Kindeswohlgefährdung 5

Tabellenverzeichnis

1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe Medizinstudenten 30
2 Beschreibung der Untersuchungsgruppe Fachpersonalgruppe 31
3 Vorhandensein von Risikofaktoren 40
4 Richtige Beurteilung der Fälle 41
5 Item A) Soziale Belastung 42
6 Verteilung korrekte Beantwortung Item A) Soziale Belastung 44
7 Item B) Fehlende U-Untersuchungen 45
8 Verteilung korrekte Beantwortung Item B) Fehlende U-Untersuchungen . . 47
9 Item C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen 48
10 Verteilung korrekte Beantwortung Item C) Erhöhte Fürsorgeanforderungen 49
11 Item D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes 51
12 Verteilung korrekte Beantwortung Item D) Schwierigkeiten bei der Annahme / Versorgung des Kindes 52
13 Item E) Zukunftsangst 54
14 Verteilung korrekte Beantwortung Item E) Zukunftsangst 55

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den vielen Menschen ganz herzlich bedanken, die mich auf so vielfältige Weise unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt :

- Prof. Dr. Ute Ziegenhain, meiner Doktormutter, für die Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit
- Dr. Anne-Katrin Künster, meiner Betreuerin, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist und sich intensiv um meine Arbeit und mich gekümmert hat
- Dr. Heinz Kindler, der durch seine Arbeit die Idee für diese Doktorarbeit geliefert hat
- Dipl.-Päd. Leonore Thurn für die Durchführung der Datenerhebung im Ortenaukreis und die Durchsicht der Arbeit
- Kai Poguntke für seine große Unterstützung, dieser Arbeit ihren formalen Rahmen zu geben.
- Den an meiner Untersuchung teilnehmenden Kliniken und Medizinstudenten
- Meinem Freundeskreis dafür, dass sie mich immer wieder ermutigt und bestärkt haben
- Zu guter Letzt meinen Eltern Hermann und Eva Botzenhart für ihre Liebe und ihre Unterstützung

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.