

Elternverantwortung trotz schwerer Erkrankung und Sucht

Ungesehene Kinder zwischen Krankheit, Krise und Kindeswohl

Fachtag Medizinische Kinderschutzhotline, 9. September 2026

Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Universitätsklinikum Ulm



universität
uulm

Programm



10:00 – 10:15 Uhr Begrüßung Prof. Dr. Jörg M. Fegert <i>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm</i>	12:30 – 13:15 Uhr Mittagspause & Ausstellung “Unsichtbar verbunden”	14:45 – 15:15 Uhr Stark im Sturm: Was macht ein Familienbeauftragter in der Erwachsenenpsychiatrie? Prof. Dr. Yvonne Grimmer <i>Hochschule Darmstadt, ZI Mannheim, Stark im Sturm</i> Sabine Rief <i>Familienbeauftragte Stark im Sturm</i>
10:15 – 11:00 Uhr Einführung Prof. Dr. Jörg M. Fegert <i>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm</i>	13:15 – 13:45 Uhr Der Konflikt zwischen Krankheit, Krise und Kindeswohl in Beratungsanliegen an die Medizinische Kinderschutzhotline Dr. Tobias Heimann <i>Medizinische Kinderschutzhotline</i>	15:15 – 15:45 Uhr Pause
11:00 – 11:45 Uhr Die Rolle der Elternschaft in der Behandlung psychischer Erkrankungen Prof. Dr. Sabine C. Herpertz (online) <i>Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg</i>	13:45 – 14:15 Uhr Macht uns sichtbar – Was brauchen Kinder psychisch erkrankter Menschen? Julia Paar <i>Junge Selbsthilfe, Bundesverband Angehörige psychisch erkrankter Menschen BAPK e.V.</i>	15:45 – 17:00 Uhr Podium Prof. Dr. Jörg M. Fegert <i>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm</i> Dr. Kirsten Kappert-Gonther <i>Erste Vorsitzende Aktion psychisch Kranke e.V., MdB (Bündnis 90/Die Grünen), Bremen</i> Dr. Ellen Lundershausen <i>Vizepräsidentin der Bundesärztekammer</i> Prof. Dr. Inga Schalinski <i>Universität der Bundeswehr München</i>
11:45 – 12:30 Uhr Die Rolle belastender Kindheitserfahrungen in der Psychotherapie Erwachsener Prof. Dr. Inga Schalinski <i>Universität der Bundeswehr München</i>	14:15 – 14:45 Uhr Elternschaft nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend Prof. Dr. Barbara Kavemann <i>Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen SoFFI-Berlin</i> Claas Löppmann <i>Mitglied des Betroffenenrats der UBSKM, Pädagogischer Leiter der Stadt Walsrode</i>	

UNSICHTBAR VERBUNDEN



Hinweise für die Online-Teilnahme, Hinweise für den Chat



Einzelne Fragen an die Referent:innen per Chat, im Rahmen des Zeitplans.



Bitte keine personenbezogenen Daten, eigene Fallbeispiele o.ä. in den Chat!



Präsentationen sowie Teilnahmebescheinigung werden im Nachgang zur Verfügung gestellt.

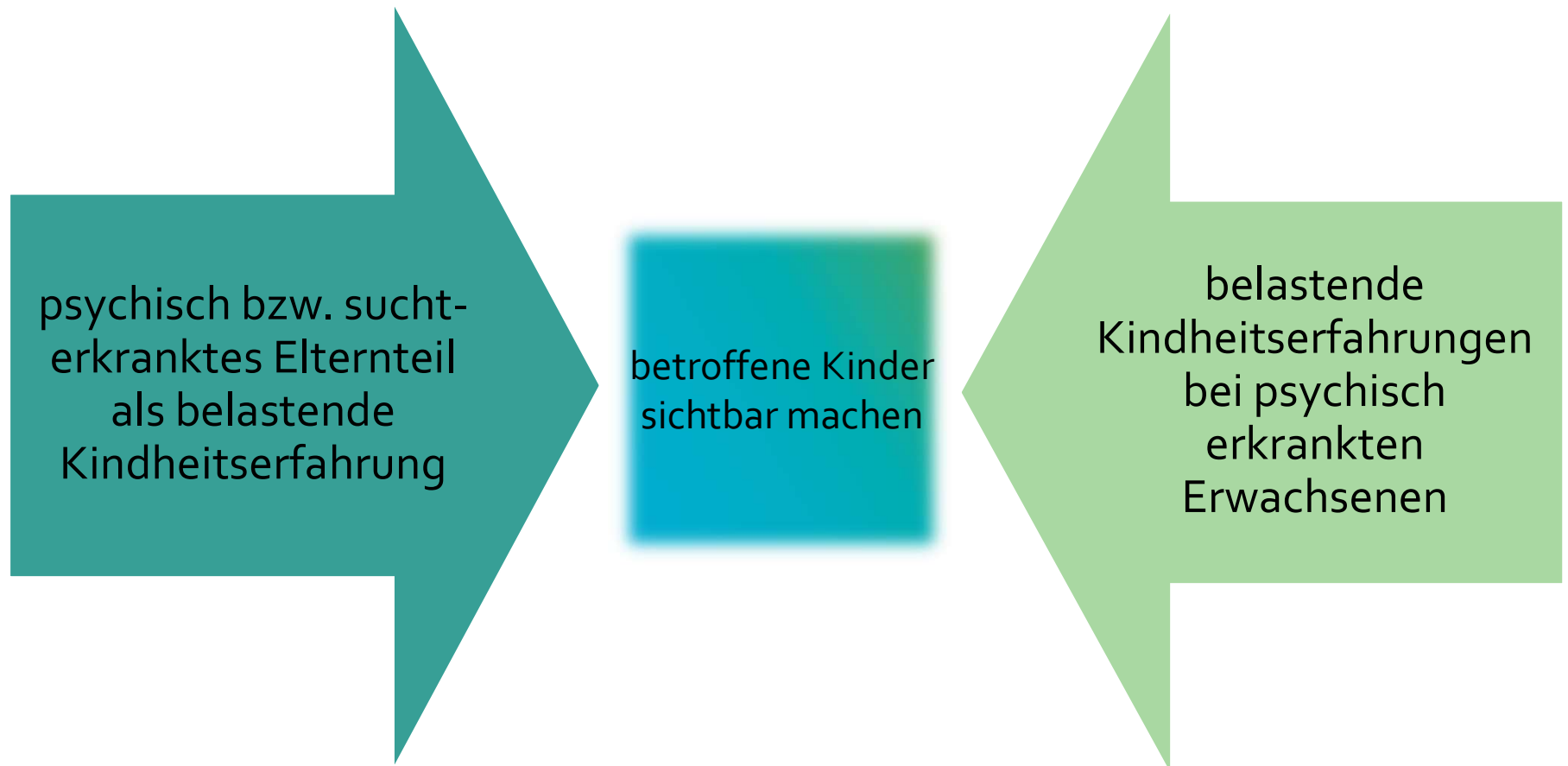


Unser Support kümmert sich im Hintergrund um technische Probleme.

Worum geht es?

- Psychisch bzw. suchterkranktes Elternteil als belastende Kindheitserfahrung
- Belastende Kindheitserfahrung bei psychisch erkrankten Erwachsenen
- Warum ist die psychische Erkrankung eines Elternteils überhaupt eine belastende Kindheitserfahrung?
 - Fallbeispiele akut
 - Fallbeispiele chronisch
- Warum sehen wir betroffene Kinder oft nicht (ganzheitlich)?
- Welche Interventionsmöglichkeiten stehen uns zur Verfügung?

Betroffenheit von Kindern durch psychische Erkrankung ihrer Eltern



Erwachsene in stationärer psychiatrischer Versorgung

25 % kümmern sich
um Kinder

55 % haben
deswegen
bereits
Behandlung
abgebrochen

Lenz et al., 2017
Schmid et al. 2008

Stigmatisierung vermeiden



Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen führt zu Diskriminierung Betroffener

Politische Diskussion um ein Register für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht hilfreich

Bereits jetzt

- höhere Hürden in Behandlung zu kommen als Menschen mit somatischen Erkrankungen
- Vorbehalte, Unterstützung für ihre Erziehungsaufgaben in Anspruch zu nehmen und eigene Sorgen bzgl. ihrer Elternrolle anzusprechen



Woche der
Seelischen Gesundheit



Miteinander statt
nebeneinander.

**Für eine
Gesellschaft,
in der jede
Psyche zählt.**



10.–20. Oktober 2026

Hilfebedarf und Schutz

Differenzierte Abwägung im Einzelfall

Substanz-
gebrauch

Eltern mit psychischer Erkrankung,
Kind braucht (zeitweise) Hilfe /
Schutz von außen

Eltern mit psychischer Erkrankung,
mit Beratungs- / oder Hilfebedarf

Eltern mit psychischer Erkrankung,
ohne Relevanz für das Kindeswohl /
ohne Unterstützungsbedarf

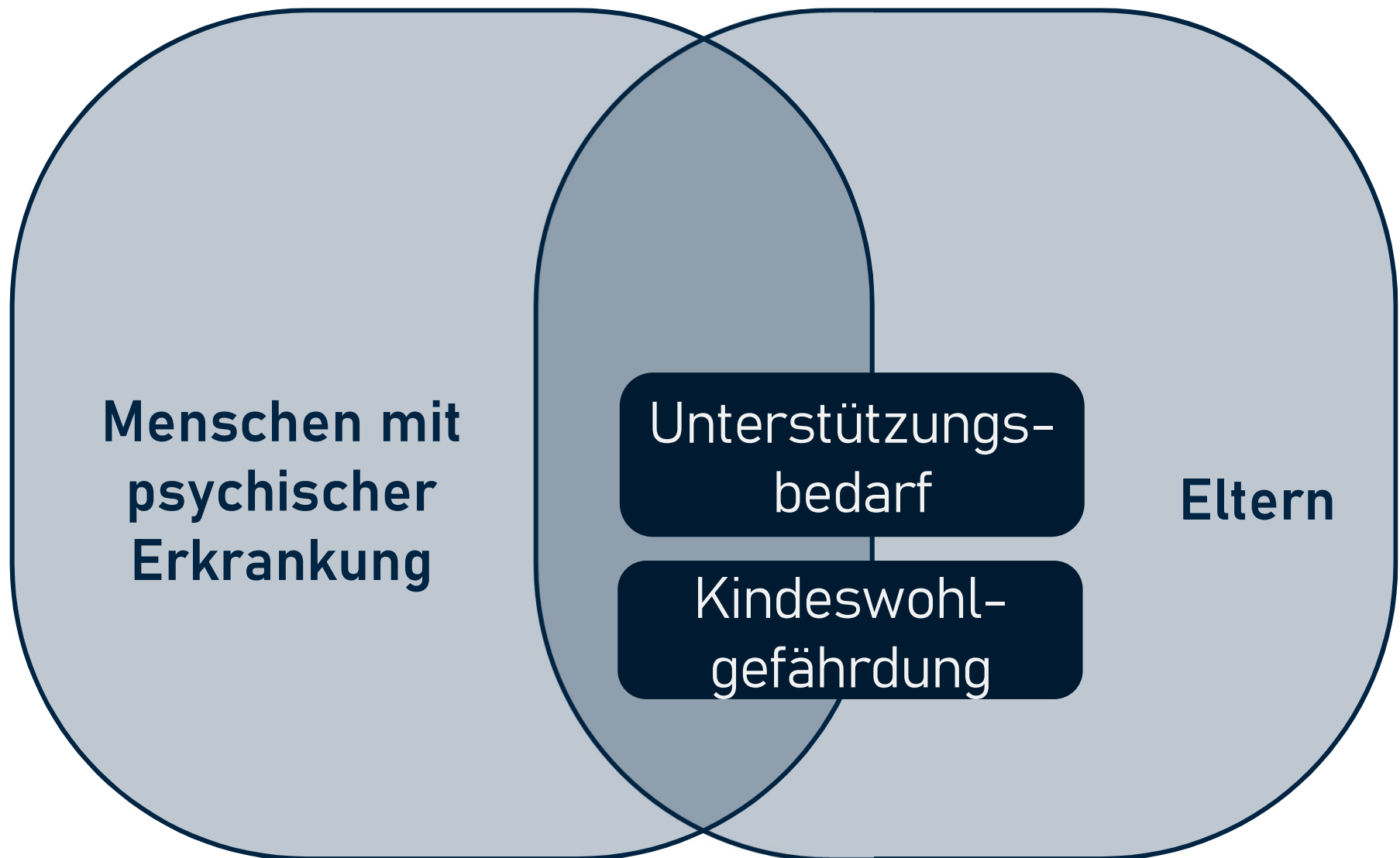
Eltern ohne psychische Erkrankung

Was ist eine Kindeswohlgefährdung?

Definition des BGH in Familiensachen, 1956

„Eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt.“

Differenzierte Betrachtung nötig



Belastende Kindheitserfahrungen (ACEs)



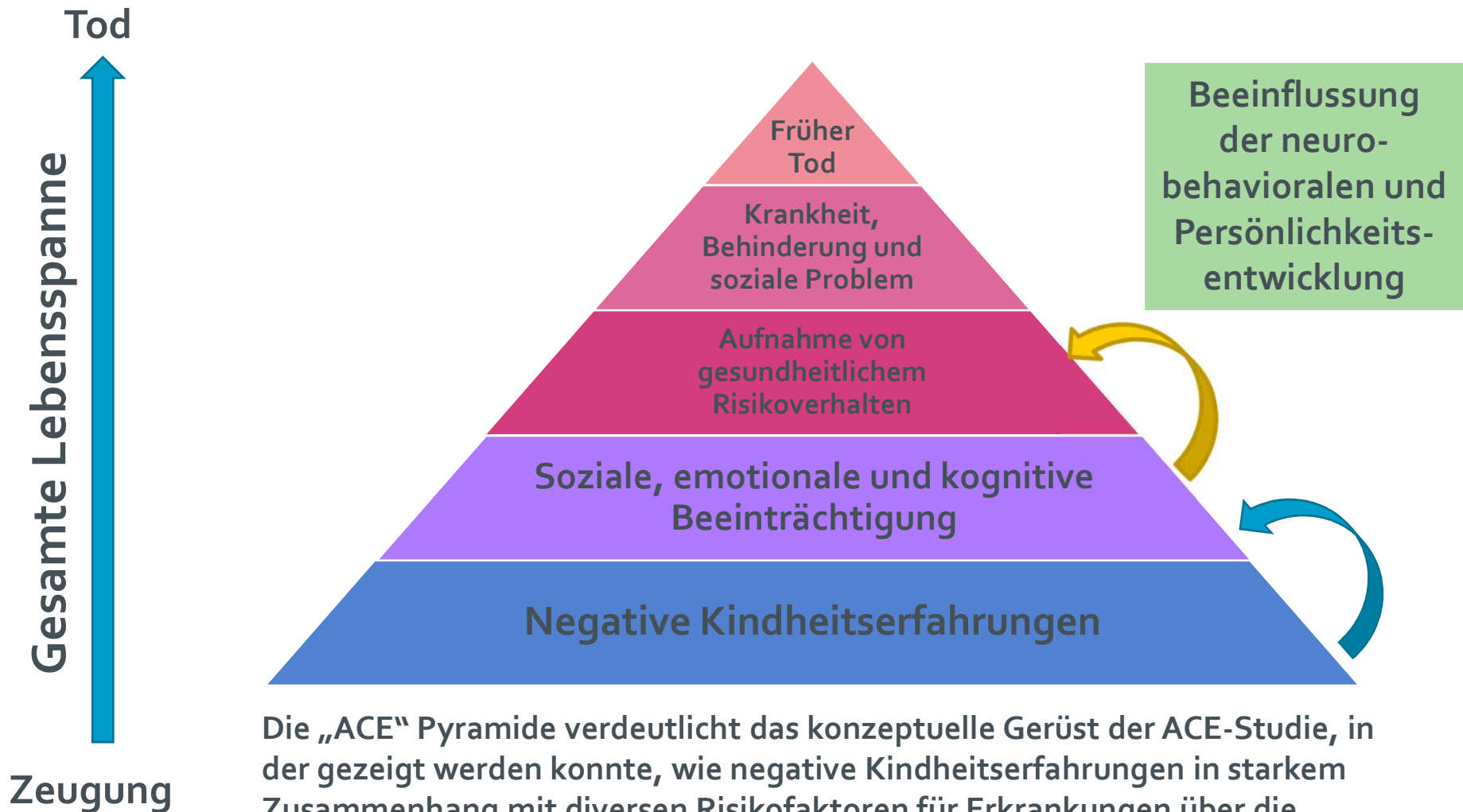
Kindesmisshandlung



dysfunktionales Elternhaus



Ziel von Unterstützung und Intervention: schwere negative Folgen verhindern



Die „ACE“ Pyramide verdeutlicht das konzeptuelle Gerüst der ACE-Studie, in der gezeigt werden konnte, wie negative Kindheitserfahrungen in starkem Zusammenhang mit diversen Risikofaktoren für Erkrankungen über die Lebensspanne stehen (Centers for Disease Control and Prevention)

Bedeutung für traumasensible Krankenversorgung

'Much of what is recognized as common in adult medicine is the result of what is not recognized in childhood'

Vincent Felitti, 2002

- Weitreichende psychische, somatische und sozioökonomische Folgen von Kindesmisshandlung
- Beachten von Kindesmisshandlung und die Kombination mit household dysfunctions



➔ Körperliche Unversehrtheit durch ACE in der Lebensspanne bedroht

Erste deutsche Studie zur Prävalenz von ACE 2019

Originalarbeit

Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung

Andreas Witt*, Cedric Sachser*, Paul L. Plener, Elmar Brähler, Jörg M. Fegert

*Andreas Witt und Cedric Sachser teilen sich die Erstautorenschaft.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm: Dr. phil. Andreas Witt, Dr. biol. hum. Cedric Sachser (M. Sc.-Psych.), Prof. Dr. med. Dr. med. univ. Paul L. Plener, MHBA; Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien: Prof. Dr. med. Dr. med. univ. Paul L. Plener

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig: Prof. Dr. rer. biol. hum. Elmar Brähler

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Zusammenhang zwischen der Kumulation belastender Kindheitserlebnisse und einer Vielzahl von psychosozialen Auffälligkeiten wurde in mehreren Studien nachgewiesen. Bevölkerungsrepräsentative Studien für Deutschland fehlen bislang. Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der Häufigkeit belastender Kindheitserlebnisse („adverse childhood experiences“, ACE), deren gemeinsames Auftreten sowie der Zusammenhang mit psychosozialen Auffälligkeiten in der deutschen Bevölkerung.

Methode: 2 531 Personen (55,4 % weiblich) ab 14 Jahren (arithmetischer Mittelwert [M] = 48,6, Standardabweichung [SD] = 18) wurden mittels Fragebogen retrospektiv zu belastenden Kindheitserlebnissen (ACE) sowie psychosozialen Auffälligkeiten mittels PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4) und Fragen nach Aggressivität und Lebenszufriedenheit untersucht. Die Häufigkeit des Auftretens und die Kumulation belastender Kindheitserlebnisse wurden deskriptiv analysiert. Gemeinsam auftretende Muster wurden mittels latenter Klassenanalyse untersucht. Assoziationen zwischen ACE und psychosozialen Auffälligkeiten wurden mit logistischen Regressionsanalysen überprüft.

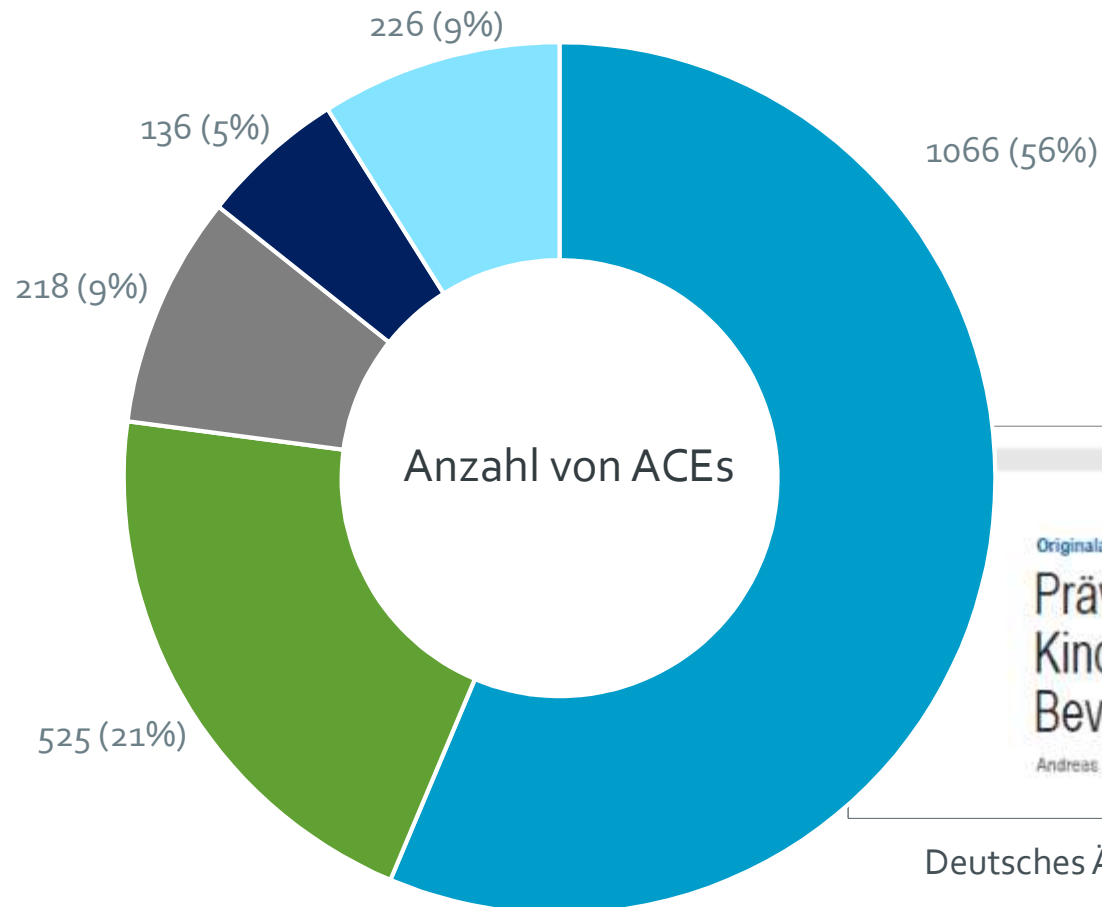
Ergebnisse: Insgesamt gaben 43,7 % der Befragten mindestens ein belastendes Kindheitserlebnis an. Vier oder mehr ACE werden von 8,9 % berichtet. Am häufigsten wurden elterliche Scheidung/Trennung (19,4 %), Alkoholkonsum und Drogenmissbrauch in der Familie (16,7 %), emotionale Vernachlässigung (13,4 %) und emotionale Misshandlung (12,5 %) genannt. In der latenten Klassenanalyse wurden vier Muster belastender Kindheitserlebnisse identifiziert (keine ACE, Probleme im Elternhaus, Kindesmisshandlung, multiple ACE). Im kumulativen Modell zeigte die Hochrisikogruppe mit vier oder mehr ACE ein signifikant erhöhtes Risiko für Depressivität (Odds Ratio [OR] = 7,8), Ängstlichkeit (OR = 7,1), körperliche Aggressivität (OR = 10,5) und eingeschränkte Lebenszufriedenheit (OR = 5,1).

Schlussfolgerungen: Belastende Kindheitserlebnisse sind häufig und deren Kumulation ist mit deutlich erhöhten negativen Folgen für die Betroffenen assoziiert. Präventionsansätze, die über den Bereich der Kindesmisshandlung hinausgehen und Probleme im Elternhaus, wie eine psychische Störung der Eltern miteinbeziehen, sind notwendig. Als Limitation ist die Datenerhebung mittels Selbstauskunft zu nennen.

Zitierweise

Witt A, Sachser C, Plener PL, Brähler E, Fegert JM: The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 635–42. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635

Belastende Kindheitserfahrungen in Deutschland 2018 (N= 2531)



Mean: 1.03
SD: 1.70
Min: 0; Max: 10

Originalarbeit

Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung

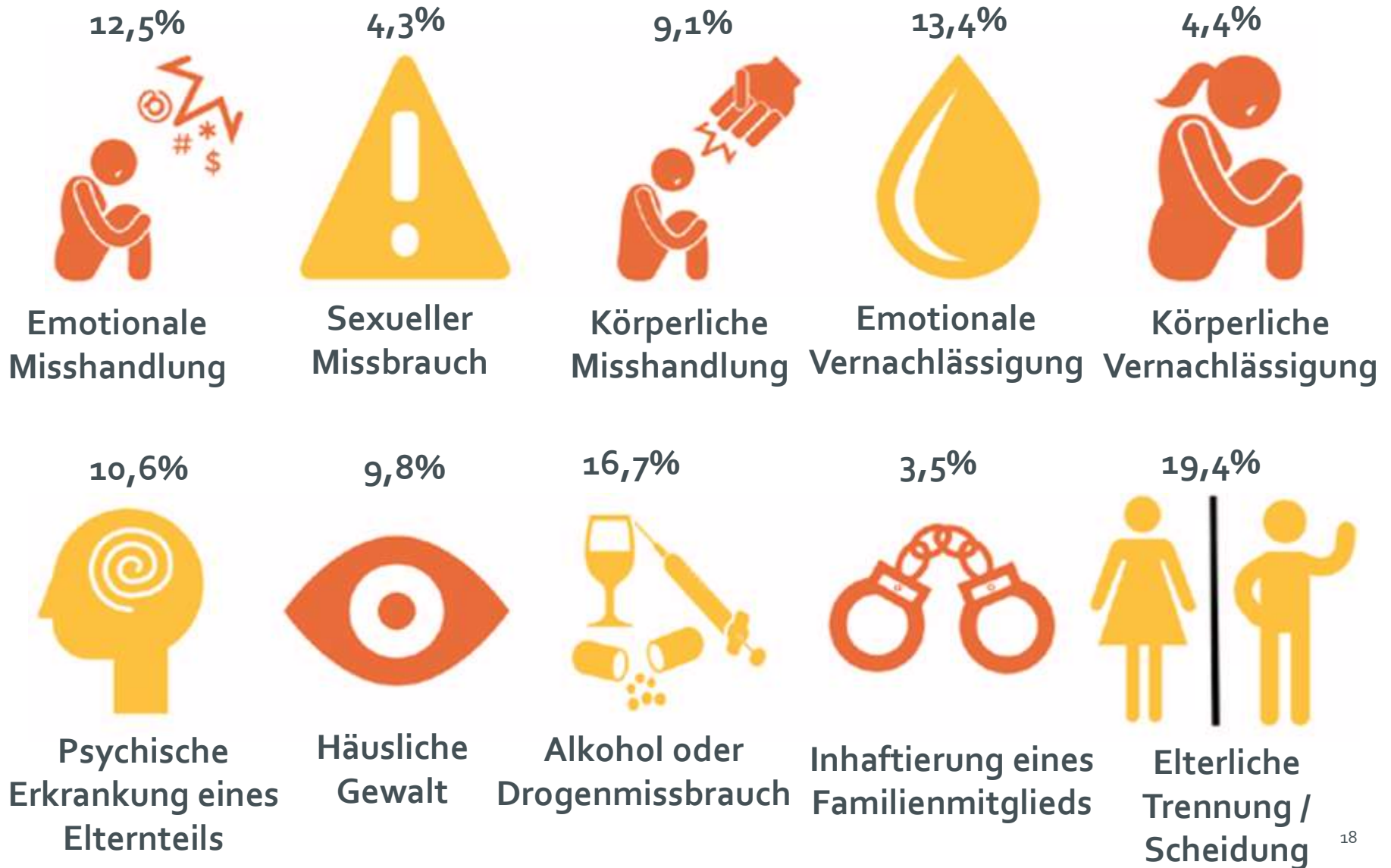
Andreas Witt*, Cedric Sachser*, Paul L. Plener, Elmar Brähler, Jörg M. Fegert

Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 38, 20. September 2019

■ Null ■ Eins ■ Zwei ■ Drei ■ Vier oder mehr

Prävalenz ACEs in Deutschland

(Witt et al., 2019)



Prävalenz des Aufwachsens mit einem psychisch erkrankten Haushaltsmitglied

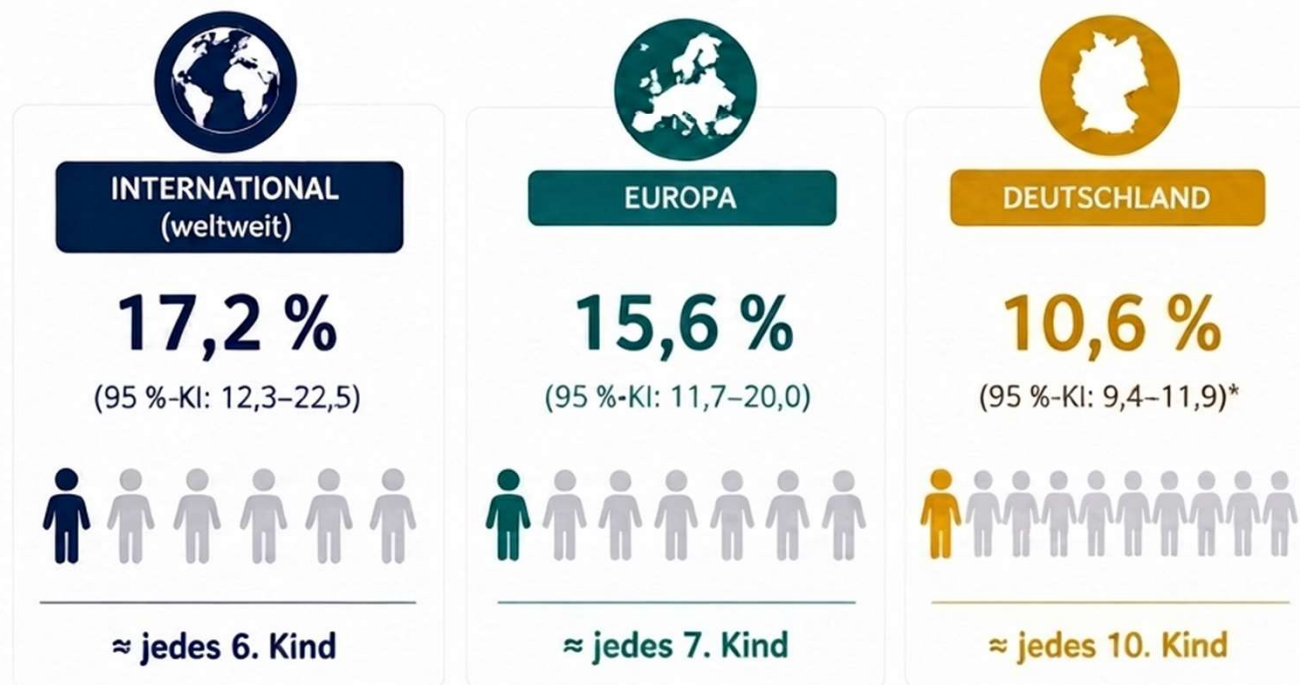


ACE: Psychische Erkrankung eines Haushaltsmitglieds

Prävalenz im internationalen Vergleich



Anteil der Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Haushaltsmitglied aufwachsen



DATENGRUNDLAGE



INTERNATIONAL (weltweit)

- 1002 Studien
- 102 Länder
- 2.592.879 Erwachsene
- Veröffentlichung: 2026

Madigan S et al. *Lancet Public Health*. 2026; 11: e427–e437.



EUROPA

- 126 Studien
- Mehrere europäische Länder
- Veröffentlichung: 2026

Madigan S et al. *Lancet Public Health*. 2026; 11: e427–e437.



DEUTSCHLAND

- Repräsentative Bevölkerungsstudie
- N = 2.531 Erwachsene
- Erhebung: 2017–2019
- Veröffentlichung: 2019

Witt A et al. *Deutsches Ärzteblatt*. 2019; 116: 635–642.

Befragung erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern

Johannes Jungbauer, Katharina Heitmann, Andrea Westphal & Miriam Vock

Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern: Ergebnisse einer explorativen Fragebogenstudie

Adult children of parents with mental illnesses: Results from an exploratory survey

Zusammenfassung:

Zielsetzung: In diesem Beitrag werden Ergebnisse der EKipeE-Studie vorgestellt, in der erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern befragt wurden. Ziel war es, die von den Befragten wahrgenommenen langfristigen Auswirkungen auf ihre Biographie, ihre Persönlichkeit und ihre Sozialbeziehungen zu beschreiben. Außerdem sollten Zusammenhänge zwischen ausgewählten belastenden Kindheitserfahrungen und Problemen im Erwachsenenalter untersucht werden. Ferner sollten die Unterstützungsbedürfnisse und -wünsche der erwachsenen Kinder erfasst werden. **Methode:** Im Rahmen einer online-Fragebogenstudie wurden $N=561$ erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern befragt. Die quantitativen Fragebogendaten wurden mit SPSS 23.0 statistisch ausgewertet; die freien Antworten und Kommentare wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. **Ergebnisse:** Die Studienteilnehmer berichteten vielfältige emotionale und soziale Probleme, die sie als Folgen ihrer Kindheitserfahrungen wahrnehmen. Sehr häufig haben sie das Gefühl, in ihrer Identität und ihrem Verhalten negativ geprägt zu sein. Viele äußern deswegen einen Bedarf an professioneller Beratung und Unterstützung. **Diskussion:** Es handelt sich um die bislang umfangreichste Studie zu den langfristigen Folgen einer Kindheit mit einem psychisch kranken Elternteil im deutschsprachigen Raum. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass frühzeitige Hilfe- und Präventionsangebote für betroffene Kinder, Eltern und Familien notwendig sind. Auch die Bereitstellung

Abstract:

Objective: This paper presents the results of the EKipeE Study, which surveyed the adult children of parents with mental illnesses. The objective of the study was to extrapolate the long-term effects that parents' mental illnesses had on their children's biographies, personalities, and social relationships. The study also aimed to make connections between specific stressful situations in childhood and problems in later life. Additionally, the study aimed to understand what kind of support the adult children required and wanted. **Method:** Using an online questionnaire, $N=561$ adult children of parents with mental illnesses were surveyed. The quantitative survey data was statistically analyzed using SPSS 23.0; the qualitative data from answers and other remarks was evaluated using content analysis. **Results:** Participants in the study reported a diverse range of emotions and social problems that they perceived as having resulted from their childhood experiences. They often had the feeling that their identity and behavior had been affected negatively. Consequently, many expressed a need for professional counselling and support. **Discussion:** The study was the most extensive to date within German-speaking countries to survey the long-term effects of a childhood spent with a parent with mental illnesses. The results underline the need for early support and prevention services for affected children, parents, and families. The provision of specific counselling services for adult

Befragung zur Kindheit mit einem psychisch erkrankten Elternteil

N = 615 jetzt Erwachsene, durchschnittlich 34,6 Jahre

- 90 % berichten von Überforderung im Alltag
- 75 % konnten elterliches Verhalten nicht vorhersehen / nachvollziehen
- **63 % permanente oder phasenweise Angst vor Suizid des Elternteils**
- Ängste, Verunsicherung, soziale Isolation, körperliche und emotionale Gewalt, Kommunikationsverbote

„Es wäre schön gewesen, wenn sich irgendjemand um mich gekümmert hätte.“

(Jungbauer et al., 2016)

Belastungsfaktoren für Kinder (nach Mattejat und Remschmidt, 2008)

Wichtig: diese sind **unspezifisch**, d.h. können bei allen psychischen Erkrankungen und bei Persönlichkeitsstörungen auftreten.

- Desorientierung: Kind kann Probleme der Eltern nicht einordnen
- Schuldgefühle: Eltern sind traurig, weil das Kind etwas falsch gemacht hat
- Tabuisierung: über psychische Erkrankung wird innerhalb und außerhalb der Familie nicht gesprochen
- Isolierung

Belastung von Familien durch psychische und Suchterkrankung

Wichtig: es handelt sich um Risikofaktoren, d.h. es ist das statistische Risiko für das Auftreten erhöht. Es erlaubt aber keinen automatischen Rückschluss auf den Einzelfall. Wichtig ist momentane Belastungen von Dauerbelastungen zu unterscheiden (z.B. phasenhafter Verlauf mancher psychischen Erkrankungen oder scheinbare Kompetenz suchtkranker Personen im nüchternen Zustand, z.B. bei gerichtlichen Anhörungen) .

- Stigmatisierung / Isolation / Diskriminierung
- Arbeitslosigkeit / Armut / Wohnsituation
- Phasen der Abwesenheit durch stationäre Behandlungen
- Partnerschaftskonflikte

Gefahr emotionale Misshandlung gehäuft z.B. bei Persönlichkeitsstörungen der Eltern

- Feindselige Ablehnung: Beschämung, Herabsetzung, Schuldzuweisung
- Emotionale Kälte
- Isolieren: Entzug sozialer Kontakte
- Übermäßige Kontrolle
- Dauerhafte Überforderung mit nicht altersentsprechenden Aufgaben und Verantwortung
- Terrorisieren: Drohungen, Angsterzeugung



Anamnestic Hinweise können pauschal negative oder altersunangemessene Beschreibungen der Kinder sein („will mich nur ärgern“, „kann noch nichts alleine“, „macht nur Arbeit“).

Emotionale Misshandlung stellt international die häufigste Form der Kindesmisshandlung dar.

Prävalenzschätzungen für emotionale Misshandlung mittels des ICAST-R

Emotionale Misshandlung Unterkategorien	Prävalenzschätzungen der repräsentativen deutschen Stichprobe (N = 2515)
Emotionale Misshandlung insgesamt	22.2 %
Beschimpft oder kritisiert	19.6 %
Ihnen wurde gesagt, sie werden nicht geliebt	4.1 %
Gesagt "ich wünschte, du wärst nie geboren oder wärst tot"	1.7 %
Gedroht, verletzt oder getötet zu werden	1.6 %
Bedroht, verlassen zu werden oder nicht nach Hause zu dürfen	7.5 %

Prävalenzschätzungen für Vernachlässigung mittels des ICAST-R

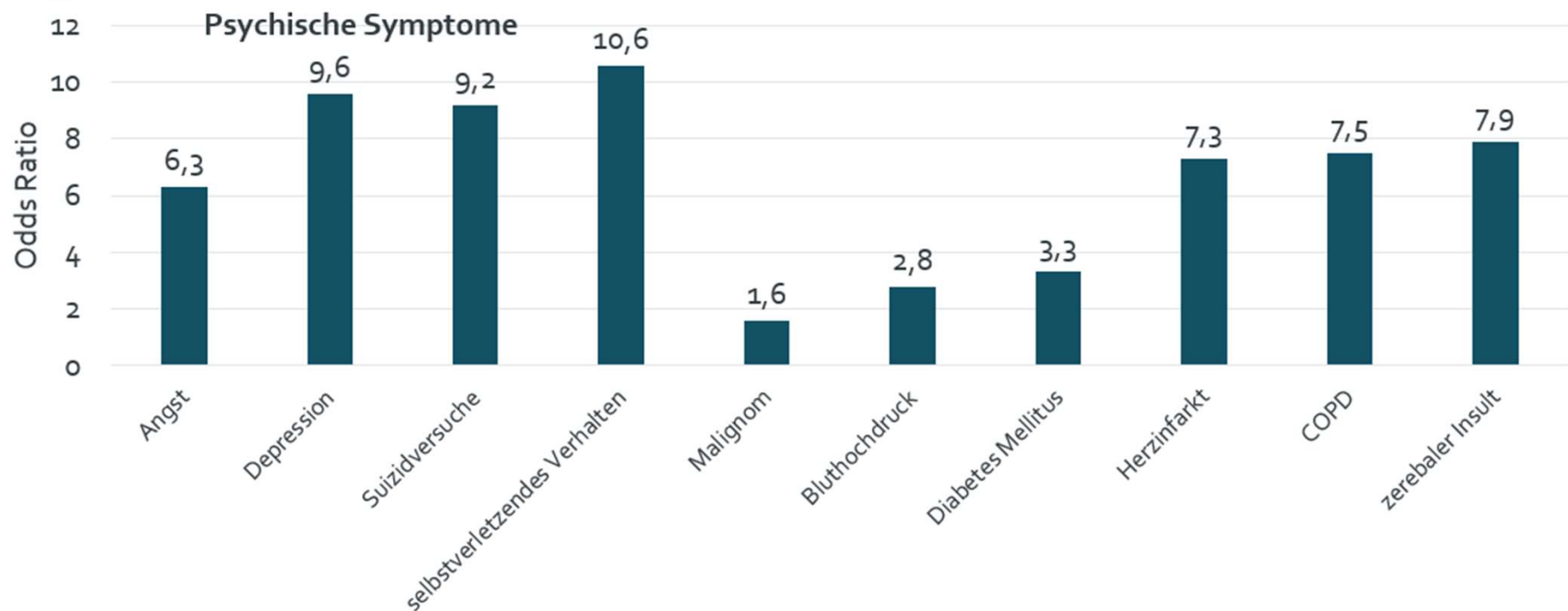
Vernachlässigung Unterkategorien	Prävalenzschätzungen der repräsentativen deutschen Stichprobe (N = 2515)
Vernachlässigung insgesamt	16.0 %
Fehlen von Fürsorge im Falle von Krankheit oder Verletzung	4.0 %
Nicht genügend Essen und Trinken	2.7 %
Keine angemessene Kleidung	4.0 %
Verletzungen aufgrund vernachlässigter Aufsichtspflicht	11.9 %
Kein sicherer Ort zum Leben	1.5 %

Wechselspiel von Risikofaktoren: Kumulation von ACEs



Kumulation von ACEs entscheidend für die Prognose

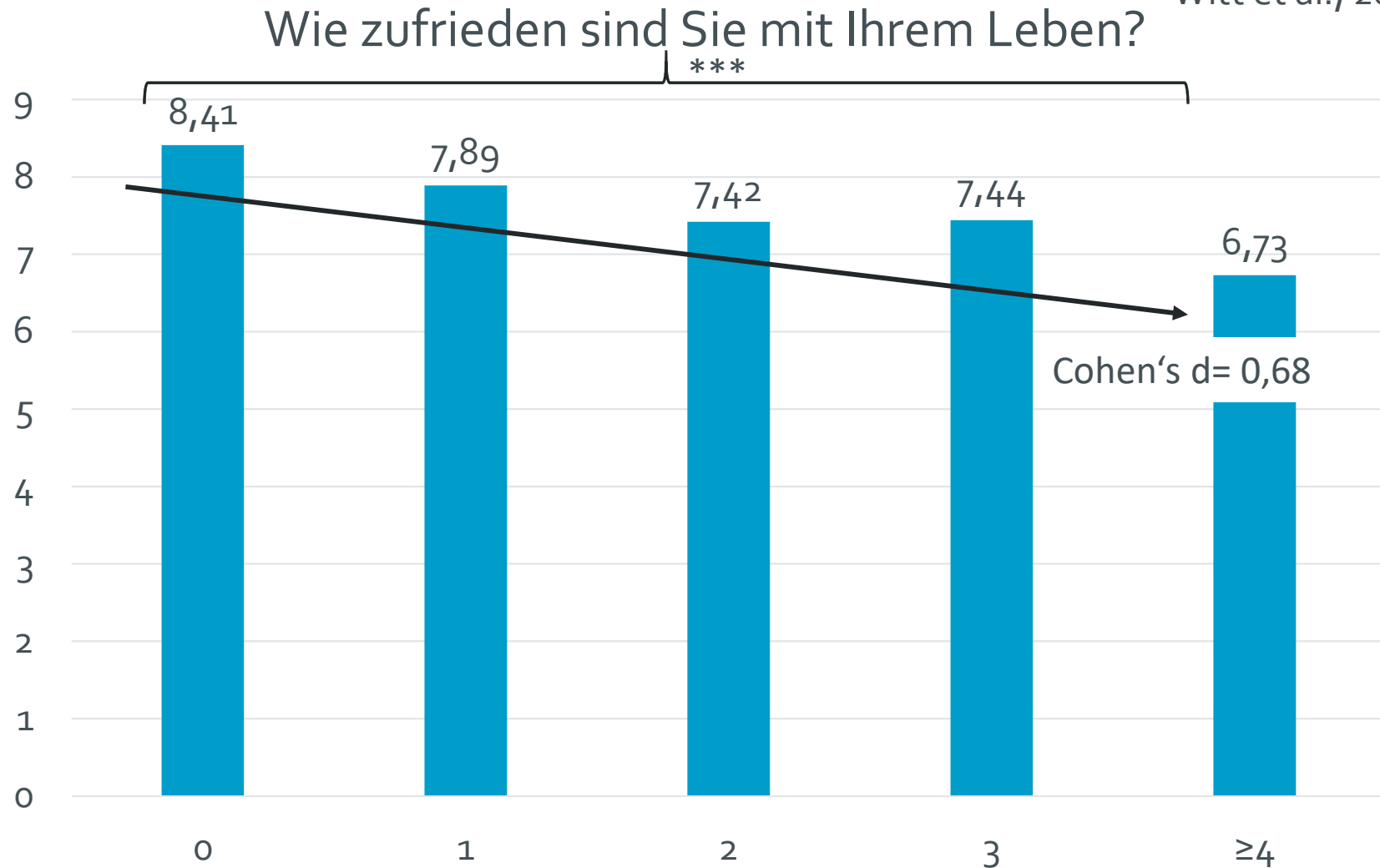
Folgen von 4 oder mehr ACEs



Witt et al., 2019

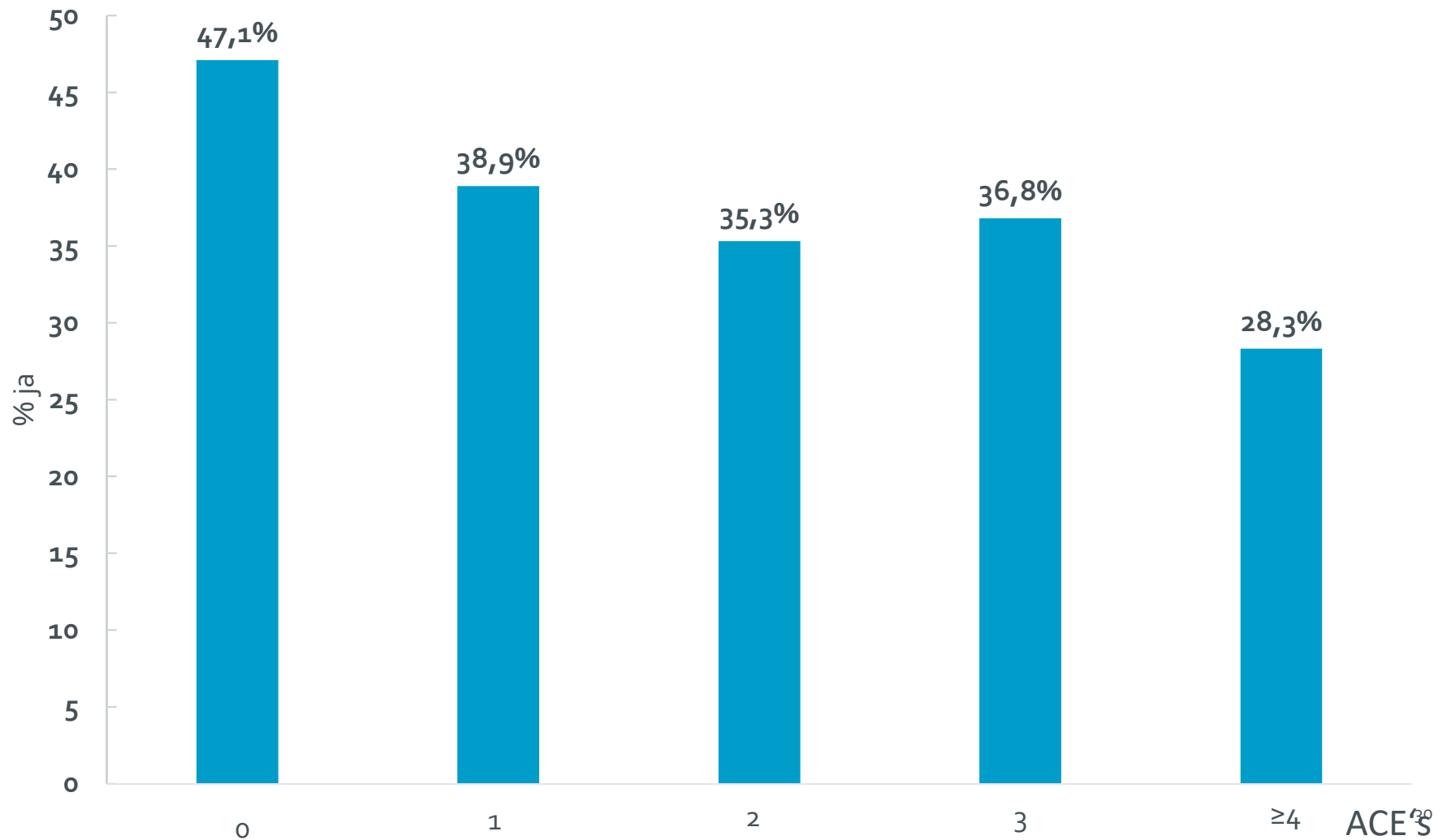
Konsequenzen für die Lebensqualität nach Anzahl ACEs

Witt et al., 2019



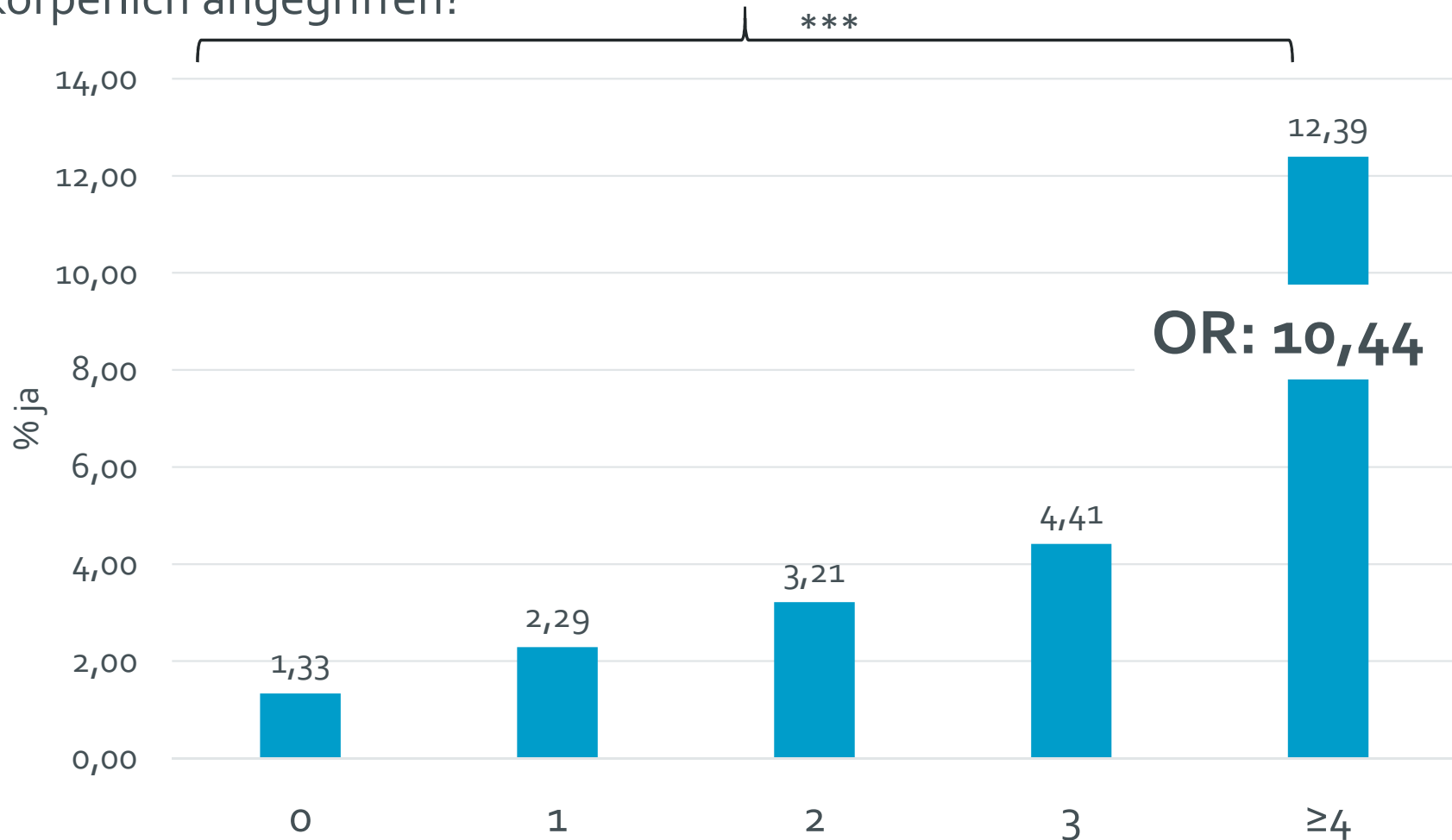
Beziehungsstatus nach Anzahl ACEs

Verheiratet oder zusammenlebend?



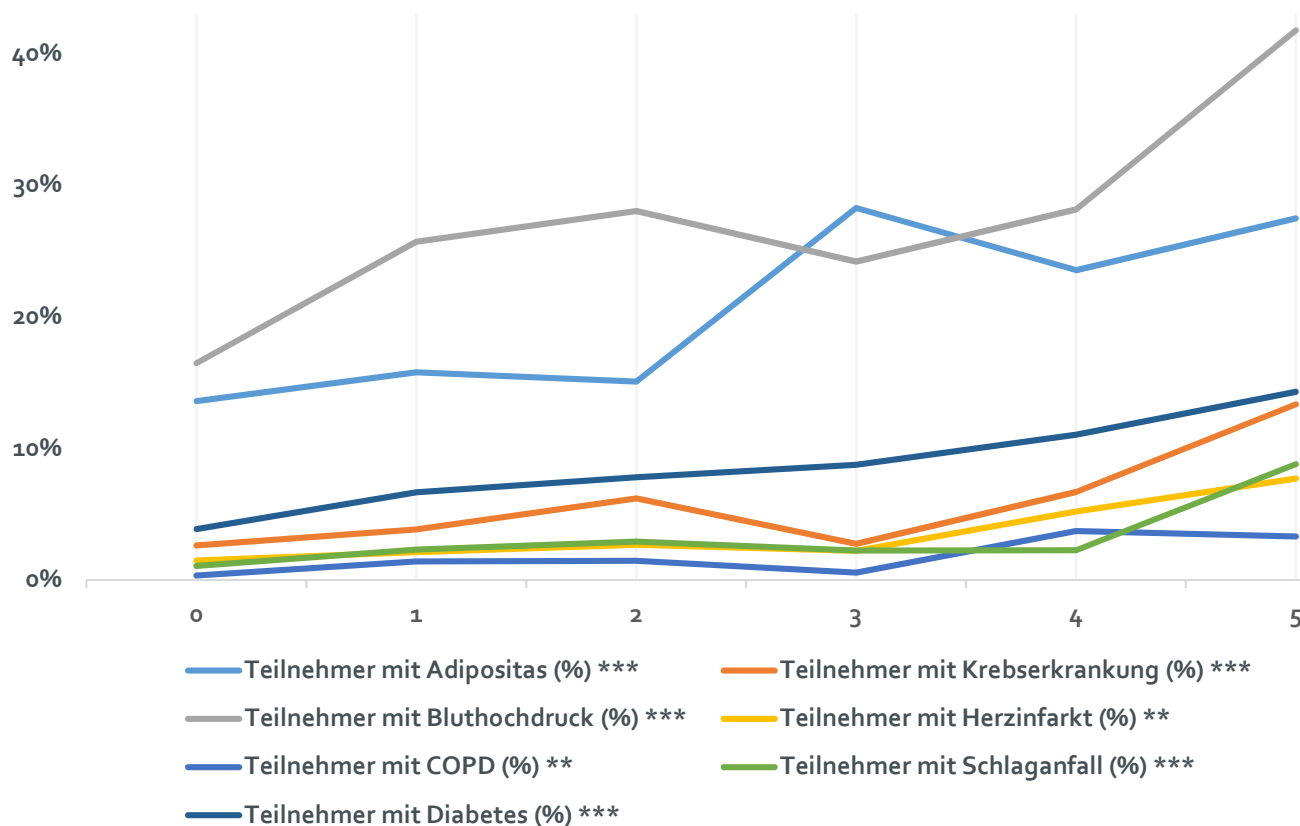
Aggressivität nach Anzahl ACEs

Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemanden körperlich angegriffen?



Nicht nur psychische Langzeitfolgen bei Kindesmisshandlung

Anzahl der erfahrenen Misshandlungsarten



	OR
Krebserkrankung	1,26
Bluthochdruck	1,17
Herzinfarkt	1,28
COPD	1,48
Schlaganfall	1,31
Diabetes	1,24

Clemens, ..., Fegert: Eur J Psychotraumatol, 2018

Online-Kurs „Frühe Kindheitsbelastungen“



- Zielsetzung des Online-Kurses:
 - **Sensibilisierung** für die Auswirkungen von frühen Kindheitsbelastungen über die Lebensspanne
 - Vermittlung von **Grundlagenwissen** zu Epidemiologie, Folgen, Prävention und Intervention
 - Informationsaufbereitung zu **Therapie- und Behandlungsansätzen**
- Erstellung des Kurses erfolgte durch ein **Redaktionsteam** mit Fachexpert*innen aus verschiedenen DZPG-Standorten und unter Einbindung des **Trialogischen Zentrumsrates**

LERNMATERIALIEN

- Fachtexte
- Fallbeispiele
- Interviews mit Expert*innen aus dem gesamten Bereich DZPG



Online-Kurs „Frühe Kindheitsbelastungen“



Online-Kurs „Frühe Kindheitsbelastungen: Vorbeugen, Erkennen & Behandeln“

Ein im Rahmen des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) entwickeltes E-Learning-Programm für medizinisch-therapeutische Fachkräfte zum Themenkomplex Frühe Kindheitsbelastungen und deren Auswirkungen über die Lebensspanne.



Webseite:

<https://fruehe-kindheitsbelastungen.elearning-dzpg.de>

Der Kurs ist zugänglich.

Interessierte können sich jederzeit anmelden: <https://fruehe-kindheitsbelastungen.elearning-dzpg.de/registrierung>



Life events: Was ist ein Trauma?

- 1. Normatives Ereignis:** relativ voraussehbare Übergänge von einer Lebensphase in die nächste, wie z.B. Geburt, Einschulung eines Kindes, Pensionierung des Vaters ...
- 2. Nicht-normatives Ereignis:** relativ unvorhersehbare Ereignisse, wie z.B. Unfälle, Ehe-/ Partner-Innenkrise und deren Folge große finanzielle Probleme etc.
- 3. Traumatisches Ereignis:** Exposition mit tatsächlichem oder drohendem Tod, einer ernsthaften Verletzung oder sexueller Gewalt durch
erfahren, dass es Angehörige z.B. Suizidversuch eines Elternteils

Stressauswirkungen bei Kindern

positiv	akzeptabel	toxisch
• Kurz und leicht bis mäßig • Verfügbarkeit eines aufmerksamen und aufnahmebereiten Erwachsenen • Rückkehr des Stressreaktionssystems auf das Grundniveau • Umgang mit Frustration und Angst am ersten Tag in einer Kindertagesstätte	• Nicht-normative Erfahrungen: Größeres Ausmaß der Bedrohung • Schutzpuffer durch einen unterstützenden Erwachsenen • Reduzierte Stressreaktion: Rückkehr zum Basisniveau • Terroranschlag, Tod eines Angehörigen, schwere Krankheit	• Starke, häufige oder lang anhaltende Aktivierung des Stressreaktionssystems. • Dauerhafte Veränderung der Struktur und Funktion des Gehirns. • Fehlen einer puffernden Erwachsenenbeziehung • Misshandlung oder Vernachlässigung, Drogenmissbrauch der Eltern, psychische Störungen eines Elternteils

Wie sehen die Belastungen im Alltag aus? Fälle aus den Beratungsanliegen an die Medizinische Kinderschutzhotline

Akute Notfälle



- Anruf durch Rettungsdienst.
- Vor Tagen Einsatz bei bekannter Adresse (wiederholt ähnliche Einsätze)
- Stark alkoholisierte Frau, körperlicher Übergriff auf Ehemann
- Zwei Kinder im Alter von 2 und 4 Jahren anwesend
- 4jähriges Kind berichtet, Mama habe vor einigen Tagen vom Balkon springen wollen
- Polizei vor Ort, habe aber keinen Handlungsbedarf gesehen
- Müssen wir etwas tun? Was können wir tun?

Akute Notfälle



- Kinderarzt hat akut kranken Säugling gesehen
- notfallmäßige Einweisung ins Krankenhaus erfolgt
- Mutter wirkte auf Kinderarzt bereits während der früheren Vorsorgeuntersuchungen extrem erschöpft, traurig, einsilbig und überfordert
- in der Akutsituation wirkt die Mutter auf den Kinderarzt aus Überforderung handlungsunfähig und lehnt die notfallmäßig indizierte Einweisung in die Klinik trotz intensiver Bemühungen des Kinderarztes ab
- Kinderarzt macht sich Sorgen um die Gesundheit des Kindes

- nächtlicher Anruf durch eine psychiatrische Fachklinik
- wurde von Notaufnahme hinzugezogen
- notfallmäßige Vorstellung einer Frau, die im Rahmen einer manischen Episode alkoholisiert einen Verkehrsunfall verursacht habe. Im Fahrzeug sei auch ihre 3jährige Tochter gewesen
- aus psychiatrischer Sicht keine Aufnahmeindikation gegen den Willen der Patientin
- Patientin hat keinen Behandlungswunsch
- Wie steht es um die Sicherheit des Kindes?

Chronische Verläufe



- In einer Klinik Kinder- und Jugendpsychiatrie wird Diagnostik bei einem 7jährigen Mädchen bei Verdacht auf Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und zur Klärung von Lernschwierigkeiten durchgeführt.
- Kind berichtet, Mutter halte sie nachts oft wach und bespreche mit ihr ihre Sorgen
- starke Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen
- bekannte, selbst berichtete Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter und Alkoholabusus
- Vater stehe aus beruflichen Gründen nur tagsüber zur Versorgung zur Verfügung, nachts kümmere sich die Mutter
- Wie kann man die häusliche Situation des Kindes verbessern?

- 15jährige Patientin wegen Depression und sozialen Ängsten mit Behandlungsbedarf, Anfrage Jugendamt
- anamnestisch ist ihre Mutter durch einen massiven Gewaltvorfall in ihrer eigenen Adoleszenz schwer traumatisiert
- wiederholt kommt es zu schweren, auch körperlichen Konflikten zwischen der Jugendlichen und ihrer Mutter
- Vater lebe nicht im Haushalt, es besteht kein Kontakt
- dies erlebe auch die 5 Jahre alte Schwester der Patientin mit
- eine stationäre Therapie lehnt die Patientin ab, da ihre Mutter nicht ohne sie auskäme
- Wie kann die Patientin die indizierte Therapie bekommen?

Chronische Verläufe

- Zwei Geschwister im Grundschulalter werden kinderpsychotherapeutisch behandelt
- Eltern getrennt, Vater der Kinder depressiv
- Kinder wollen nicht zum Vater, da sie Sorgen haben, er könnte sich das Leben nehmen
- Mutter will Kontakt nicht abbrechen lassen, ist aber ratlos
- Kinderpsychotherapeutin bittet um Einschätzung

Interventionsmöglichkeiten im Gesundheitswesen

Risikofaktoren benennen, Stigmatisierung vermeiden

- Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung immer die differenzierte Betrachtung von Risiko- und Schutzfaktoren
- Diese ist aber nur möglich, wenn das ganze Bild betrachtet wird.
- Transparente, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Eltern ist daher entscheidend
- Mangelnde Transparenz von Seiten der Eltern macht eine differenzierte Einschätzung unmöglich und erfordert den nächsten Schritt nach § 4 KKG
- „Kann ich in meinem Setting Schutz- und Risikofaktoren überhaupt umfassend einschätzen“? Nein? → nächster Schritt § 4 KKG.

Differenziertes Vorgehen nach § 4 KKG

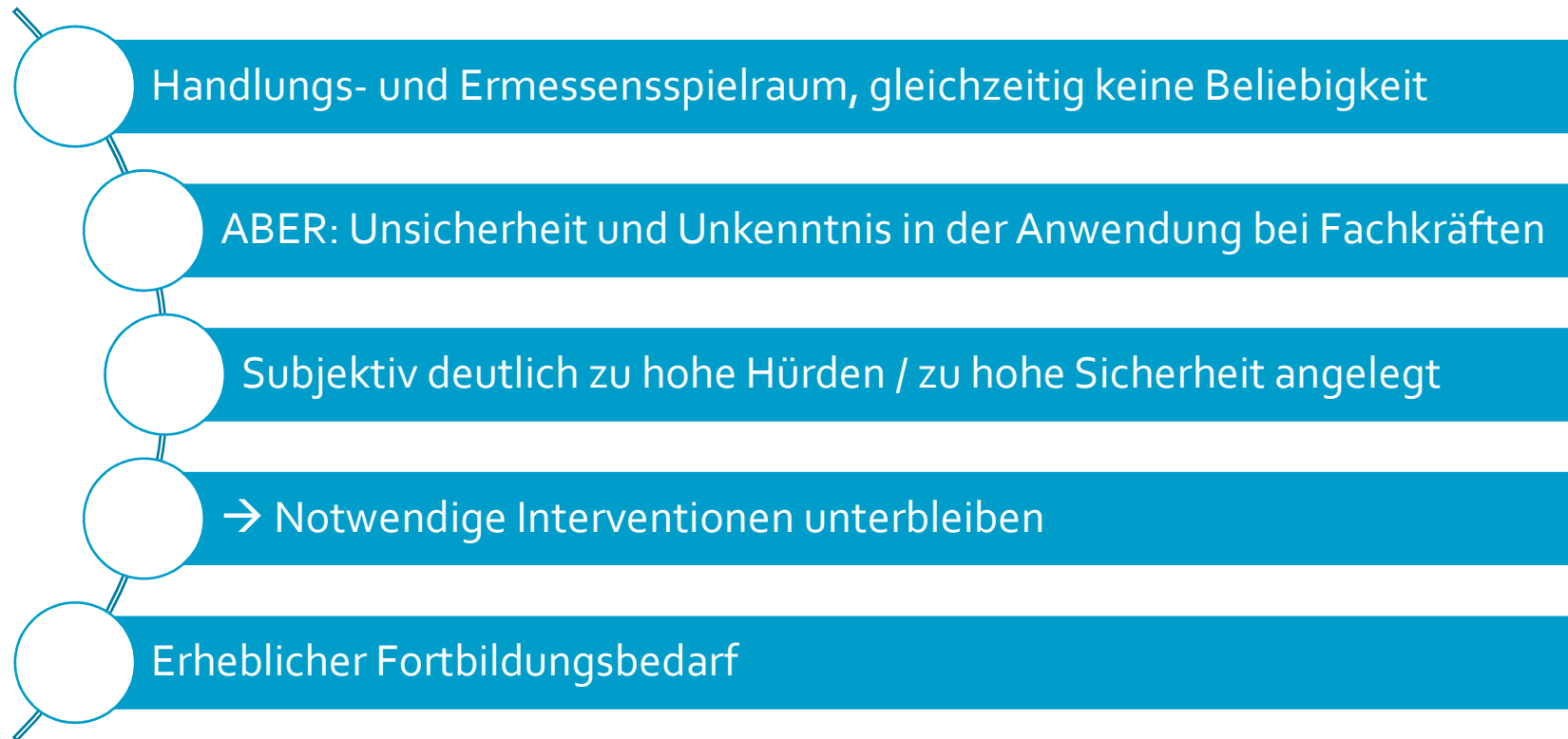


Wahrnehmung gewichtiger Anhaltspunkte für
eine Gefährdung des Wohls eines Kindes /
Jugendlichen

Prüfung der eigenen fachlichen /
organisatorischen Ressourcen zur Klärung /
Lösung

Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen
durch die Eltern

Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte an das
Jugendamt



Berthold O, Clemens V, Levi BH, Jarczok M, Fegert JM, Jud A. Survey on Reporting of Child Abuse by Pediatricians: Intrapersonal Inconsistencies Influence Reporting Behavior More than Legislation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 23;19(23):15568

Berthold O, Jud A, Jarczok M, Fegert JM, Clemens V. Reasonable suspicion in reporting child maltreatment: a survey among German healthcare professionals. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021 Jun 14;15(1):28

§ 4 (6) KKG - interkollegialer Austausch

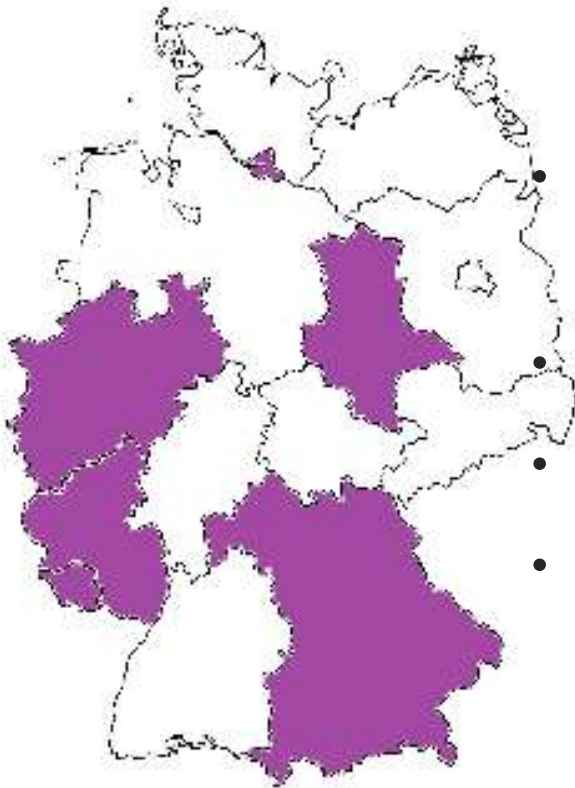
Zur praktischen Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen und zur Evaluierung der Auswirkungen auf den Kinderschutz kann Landesrecht die Befugnis zu einem **fallbezogenen** interkollegialen Austausch von **Ärztinnen und Ärzten** regeln.

z.B. Austausch Kinderärzt:in und behandelnde Psychiater:in
Nichtärztliche Psychotherapeut:innen bisher nicht erfasst.

Kinder- und Jugendstärkungsgesetz 2021



§ 4 (6) KKG - interkollegialer Austausch

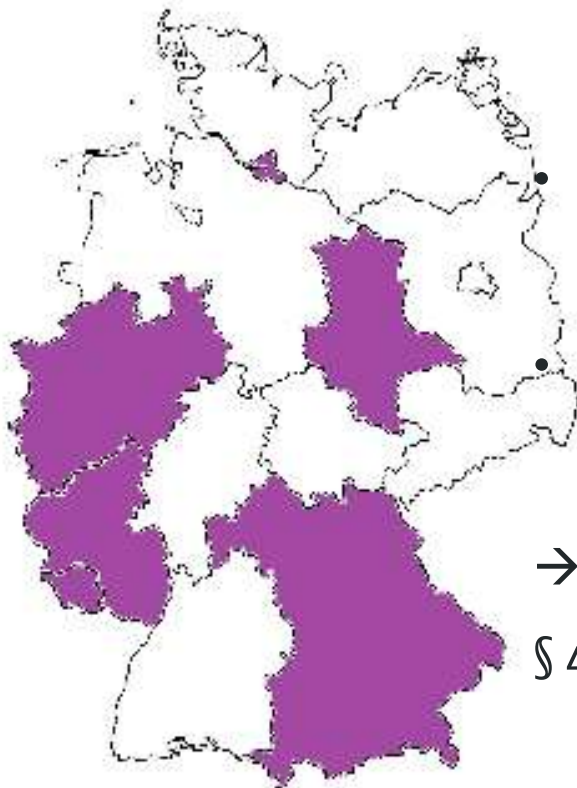


- Nordrhein-Westfalen (Heilberufsgesetz § 32)
- Bayern (Bayrisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Art. 15)
- Hamburg (Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe § 28)
- Saarland (Saarländisches Kinderschutzgesetz § 10)
- Rheinland-Pfalz (Heilberufsgesetz § 24)
- Sachsen-Anhalt (Gesetz über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt § 19a)

§ 4 (6) KKG - interkollegialer Austausch

Flickenteppich:

- Unterschiedliche Begrifflichkeiten: „Verdacht“, „Anzeichen“ statt „gewichtiger Anhaltspunkte“
- Nur Ärzt:innen → nicht Psychotherapeut:innen oder andere in § 4 KKG genannte Berufe
- Bisher keine Evaluation



→ Neue begriffliche Hürden, Verzögerung des Vorgehens nach § 4 KKG

Gesetz zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen

- 2./3. Lesung in der letzten Bundestagssitzung der Legislaturperiode am 31.1.2025
- Verkündung am 8.4.2025
- Inkrafttreten 1.7.2025
- Gesetzliche Grundlage für die Arbeit der UBSKM, des Betroffenenrates und der Aufarbeitungskommission
- **Verstetigung der Medizinischen Kinderschutzhotline in einem eigenen Paragraphen 6 KKG**



MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE

0800 19 210 00



Bundesgesetzblatt

Teil I

2025

Ausgegeben zu Bonn am 8. April 2025

Nr. 107

Gesetz
zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt
an Kindern und Jugendlichen

Vom 3. April 2025

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

51

§ 6 KKG: Beratung im medizinischen Kinderschutz



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

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

§ 6 KKG: Beratung im medizinischen Kinderschutz



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



§ 6 KKG: Beratung im medizinischen Kinderschutz



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

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



§ 6 KKG: Beratung im medizinischen Kinderschutz



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

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

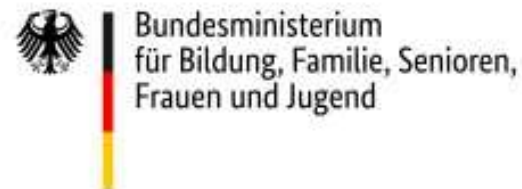
Bundesgesetzblatt Jahrgang 2025 Teil I Nr. 107, ausgegeben zu Bonn am 8. April 2025 Seite 12 von 13

Die Medizinische Kinderschutzhotline, anonyme Fachberatung im Einzelfall



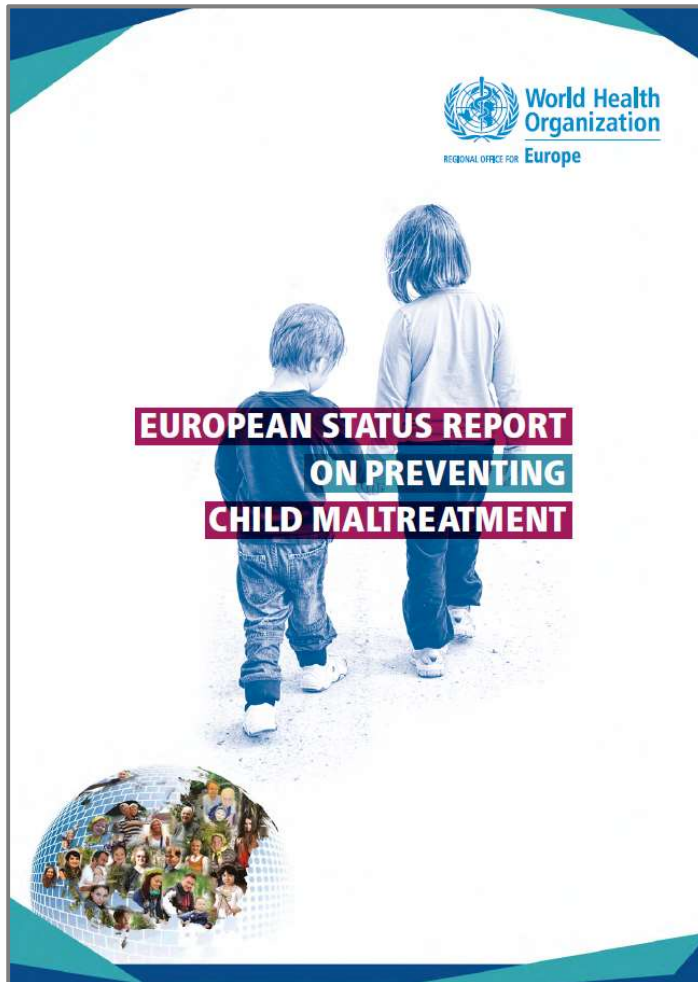
- Bundesweit
- Kostenfrei
- Rund um die Uhr erreichbar

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Medizinische Kinderschutzhotline: Ein Positiv-Beispiel



Medizinische Kinderschutzhotline: Ein Positiv-Beispiel

Kinderschutz in der Medizin

Ein Grundkurs für alle
Gesundheitsberufe



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

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

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

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

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

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

Medizinische Kinderschutzhotline

0800 19 21 000



Gesundheitswesen



Rechtliche Aspekte
Schütteltrauma
Frakturen
Früher Kinderschutz
Erkrankte Eltern
Informationen für MFA's
Informationen für Pflegeberufe
Sexueller Missbrauch
Häusliche Gewalt
Kinderschutz im Rettungsdienst
Substanzabusus Stillzeit
Dentale Vernachlässigung
OPS 1-945 (Diagnostik
Kindwohlgefährdung)

Kinder- und Jugendhilfe



Schütteltrauma
Vernachlässigung
Psychische Misshandlung
Körperliche Misshandlung
Sexueller Missbrauch
Substanzabusus Stillzeit
Dentale Vernachlässigung

ERWACHSENENPSYCHIATRIE UND KINDERSCHUTZ – ERKRANKTE ELTERN

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

Ziele guter Versorgung

- Wahrnehmung der Patient:innen in der Elternrolle
- Ressourcen der Elternrolle therapeutisch nutzen
- Risiken erkennen und thematisieren
- Hilfen einleiten und Netzwerke bilden

Erkrankungsbedingte Störungen der Eltern-Kind-Interaktion

- Ambivalenz des elterlichen Verhaltens
- Parentifizierung und Loyalitätskonflikte der Kinder
- ggf. eingeschränkte Impulskontrolle beim erkrankten Elternteil
- Phasenweise krankheitsbedingt reduzierte Feinfühligkeit der Eltern, auf kindliche Bedürfnisse adäquat zu reagieren

→ Risiko der transgenerationalen (Sorge um geprädestinierende Erziehung)
→ Sorge und Vorwürfe

In Anlehnung an: Clemens, V., f

Mögliche Angebote für die Patientenversorgung

- erfragen, ob Kinder im Haushalt leben und wie diese versorgt sind
- Einrichtung einer Gruppe für Patient:innen mit Kindern
- Unterstützung der Patient:innen bei der Kommunikation mit den eigenen Kindern über die Erkrankung
- Stehen Plätze in Mutter-Kind-Stationen (z.B. bei postpartaler Depression) zur Verfügung?
- Notfallpläne zur Versorgung der Kinder im Krisenfall und Benennung erwachsener Ansprechpartner:innen für die Kinder, um diese von der Verantwortung für das erkrankte Elternteil zu entlasten
- Notfallbriefe, die Eltern ihren Kindern zur Vorbereitung auf Krisenfälle schreiben können, Beispielen bei Netz und Boden e.V. (www.netz-und-boden.de)

Externe Hilfesysteme

- Patenprojekte für Kinder psychisch kranker Eltern
- Jugendamt: freiwillige Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII)
- bei Anhalt für Gefährdung des Kindes aber auch Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII, vorab Beratung bei einer insoweit

Auswahl weiterer Informationsquellen

- National Association for Children of Alcoholics NACOA: nacoa.de
- Projekt Trampolin: projekt-trampolin.de
- KidKit Infoportal für Kinder ab 10 Jahren: kidkit.de
- Cornelius Stiftung für Kinder suchtkranker Eltern: cornelius-stiftung.de
- BApK e.V. (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen): bapk.de

Im Einzelfall ist der Schutz des Kindes ggf. auch gegen den Willen der Patient:innen sicherzustellen

- Liegt eine akute Gefährdung des Kindes durch Vernachlässigung, Misshandlung, riskante Umgebung vor?
- Ist das erkrankte Elternteil nicht einsichtig?
- Zweiter Elternteil steht nicht als verbindliche Ressource zur Verfügung?

→ Befugnis zur Weitergabe der Informationen an das Jugendamt nach § 4 KKG

Medizinische Kinderschutzhotline

0800 19 210 00 | 24/7 erreichbar, bundesweit, kostenfrei, vertraulich | Beratung für Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Familiengerichte.

Website



kinderschutzhotline.de

Apps



Android



iOS

Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung nach Bundeskinderschutzgesetz

Auf jeder Stufe besteht der Anspruch auf eine fachliche Beratung.

Stufe 1

Prüfung der eigenen fachlichen Mittel zur Gefährdungsabschätzung und Gefährdungsabwehr

Stufe 2

Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen durch die Personenberechtigten

Stufe 3

Mitteilung an das Jugendamt (Befugnis), wenn das Tätigwerden als erforderlich für die Gefährdungsabschätzung oder Gefährdungsabwehr erachtet wird.

Vor Information des Jugendamtes (Stufe 3) sind die Personensorgeberechtigten darüber zu informieren – sofern der wirksame Schutz des Kindes / Jugendlichen dadurch nicht infrage gestellt wird. Im Ausnahmefall ist eine Meldung ohne vorherigen Hinweis möglich. Die Gründe hierfür sollten nachvollziehbar dokumentiert werden.



gefördert vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Konzept: Team der Medizinischen Kinderschutzhotline, Stand 2026

S3 Leitlinie Kinderschutz



- Evidenzbasierte Empfehlungen zu Diagnostik, Intervention, Gesprächsführung
- 2026 Aktualisierung und Aufnahme neuer Themen:
 - Digitaler Kinderschutz (gefördert aus Mitteln des Preisgeldes des Internationalen Karlspreises zu Aachen an Dr. Ursula von der Leyen)
 - Medizinische Kindesmisshandlung
- 2027-2029 Förderung der grundlegenden Überarbeitung durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Leitliniensekretariat der DGKiM an den DRK Kliniken Berlin – verbunden auch als Kooperationspartner der Medizinischen Kinderschutzhotline



S3 Leitlinie Kinderschutz



Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen

Nr. 50 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Alle Psychiater_innen und Psychotherapeuten_innen sollten*:

- ihre weiblichen Patienten nach einer bestehenden Schwangerschaft
- alle Patienten nach ihrer Verantwortung für ein Kind fragen.

Besteht bei zutreffenden Patienten_innen eine Belastung, sollte* entsprechend der Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

Quelle: Austin 2003, Austin et al. 2017, Brockington et al. 2011

LoE 4

Nr. 53 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen sollte* Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrem eigenen Wohlbefinden zu äußern; dabei sollte* die Thematik Suchterkrankung offen angesprochen werden.

Quelle: Kroll et al. 2004; Simons et al. 2008; Staton-Tindall et al.

LoE 2++ bis 3 2013



Empfehlungsgrad B*

S3 Leitlinie Kinderschutz

Nr. 56 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
Bei der Vorstellung Erwachsener in Notaufnahmen aufgrund von häuslicher Gewalt und/oder eines Suizidversuches oder einer psychischen Dekompensation und/oder einer Substanzintoxikation soll* als Screening gefragt werden, ob der_die Patient_in die Verantwortung für eine_einen Minderjährige_n trägt, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen. In diesem Fall soll* der Sozialdienst der Klinik informiert werden.	
Quelle: LoE 2++ bis 2+	Diderich et al. 2013; Diderich et al. 2014; Diderich et al. 2015; H. v. Konijnenburg et al. 2015  Empfehlungsgrad A*

S3 Leitlinie Kinderschutz

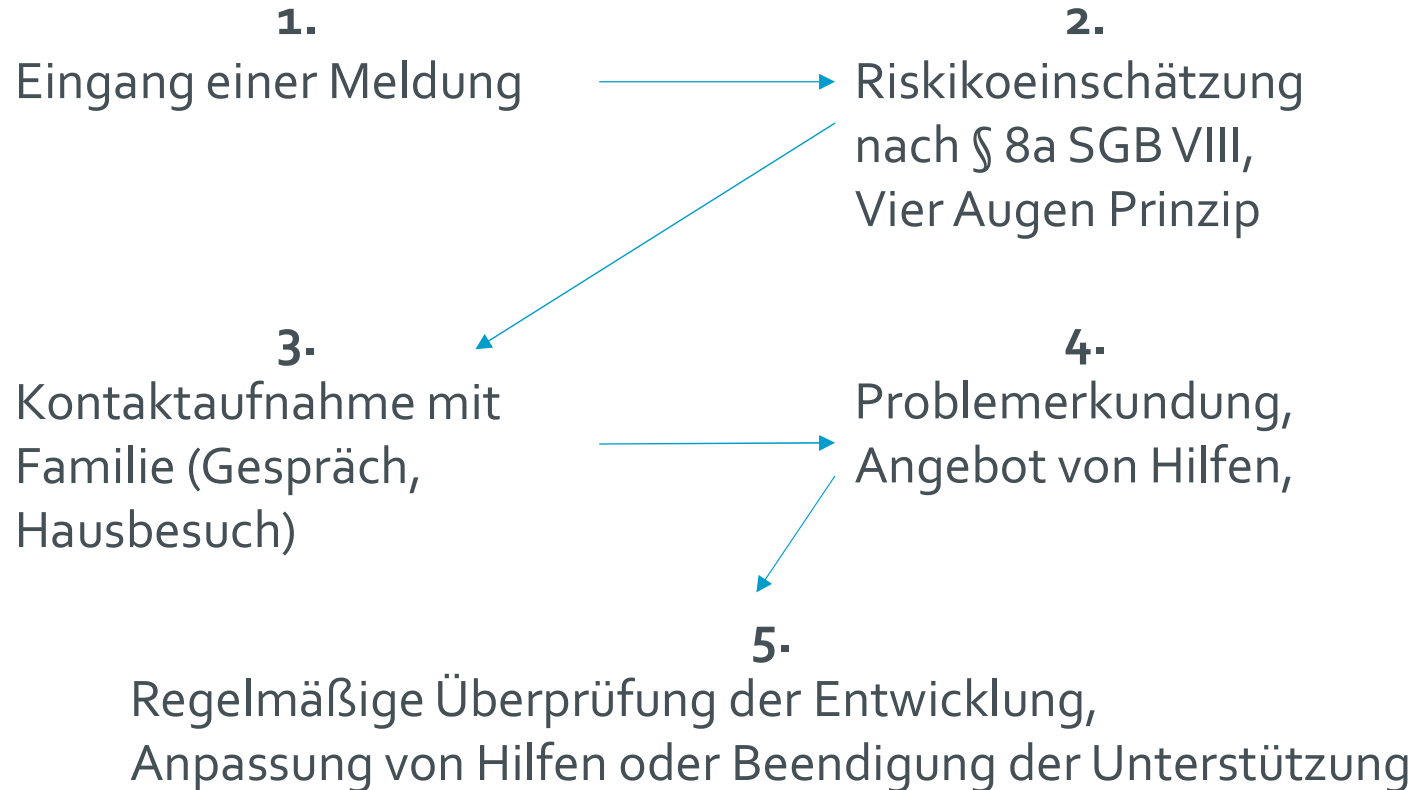
Nr. 54 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
Bei gesicherter Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten ¹ sollen* Fachkräfte, Kinder und Jugendliche und/oder die suchtkranke Person begleiten, mögliche Anhaltspunkte wie Risikofaktoren (z.B. Häusliche Gewalt, Delinquenz, Armut oder fehlende elterliche Sorge) und/oder Komorbiditäten (z.B. weitere psychische Erkrankungen) erfassen, dokumentieren und bewerten.	
Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden. (KKP)	
¹ Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt der Kinder und Jugendlichen lebt.	
Quelle: Lawson et al. 2001; Simons et al. 2008; Vanderploeg et al. 2007 LoE 3	Empfehlungsgrad A*

Nr. 53 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen sollte* Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrem eigenen Wohlbefinden zu äußern; dabei sollte* die Thematik Suchterkrankung offen angesprochen werden.	
Quelle: Kroll et al. 2004; Simons et al. 2008; Staton-Tindall et al. 2013 LoE 2++ bis 3	 Empfehlungsgrad B*

Was passiert nach einer Information des Jugendamtes?

Handlungsspielraum der Kinder- & Jugendhilfe

Ablauf einer Gefährdungsmeldung beim Jugendamt



Handlungsspielraum der Kinder- & Jugendhilfe



Unterstützungsmöglichkeiten im SGB VIII

- Beratungsangebote für Eltern und Familien § 16-18
- § 27 ff Hilfen zur Erziehung, z.B.
 - Erziehungsberatung
 - Erziehungsbeistand
 - Sozialpädagogische Familienhilfe SPFH
 - Tagesgruppe
- Maßnahmen außerhalb der Kernfamilie
 - Betreuung auf stationärer Wohngruppe
 - Pflegefamilie

Handlungsspielraum der Kinder- & Jugendhilfe



Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder aus psychisch oder suchtselasteten Familien

- Familienhebammen, Frühe Hilfen bei kleinen Kindern
- Haushaltshilfen
- SPFH § 35
- Betreuung in Tagesgruppen § 32
- Betreuung durch Soziale Gruppenarbeit § 29
- Ferien- & Freizeitangebote
- Unterstützende Bezugspersonen im Umfeld

- → Ziel: Schutz & Entlastung

Handlungsspielraum der Kinder- & Jugendhilfe



Handlungsmöglichkeiten Jugendamt

Abgesehen von einer akuten Gefährdungslage bieten Jugendämter grundsätzlich zunächst **Unterstützung und Hilfen an** (Beratung, SPFH, Tagesgruppe etc.).

Schritt 1: Ein wichtiger Schritt ist immer das Gespräch mit den Eltern mit dem Ziel einer guten Zusammenarbeit und dem freiwilligen Annehmen von Hilfen.

Nur wenn einer Kindeswohlgefährdung nicht anders begegnet werden kann, kommen Maßnahmen in Betracht, die mit einer Trennung von den Eltern verbunden sind (familiengerichtliche Entscheidung und in Akutfällen Inobhutnahme durch das Jugendamt. Inobhutnahme muss in einer geeigneten Einrichtung erfolgen, Krankenhaus kann geeignete Einrichtung sein).

Vernetzung ist zentral

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

MODELLPROJEKT
**GUTER START INS
KINDERLEBEN**

WERKBUCH VERNETZUNG

Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation
und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz

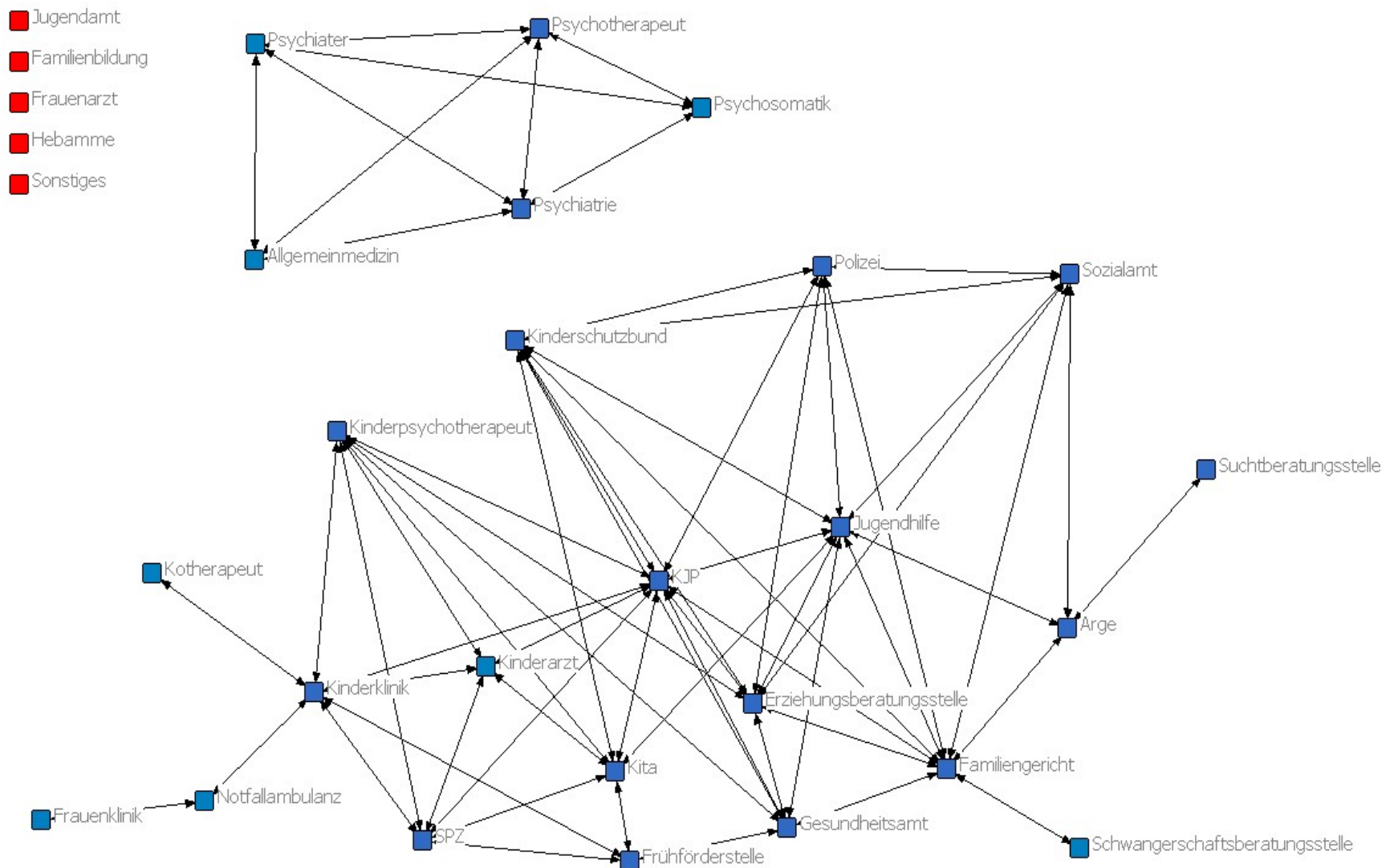
Mit Förderung der Bundesländer Baden-Württemberg,
Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie des
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster,
Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert



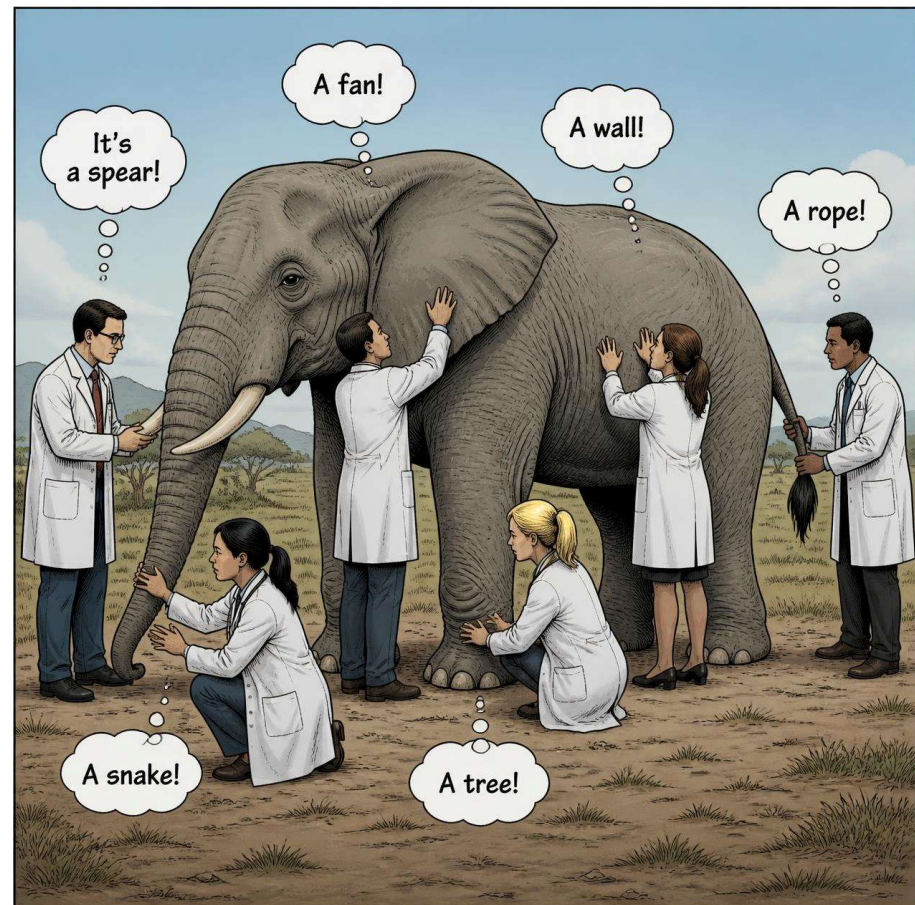
Graphik: Netzwerk Kontakthäufigkeit

Datengrundlage: Korrelation von .4 der Häufigkeit des Kontaktes bezüglich der Fallarbeit.



Fazit

Psychiatrie, Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Jugendamt kennen oft
dieselben Familien
– aber ohne Austausch
bleibt eine ganzheitliche
Betrachtung aus



Ein besonderer Dank geht an die

Ingrid & Frank Stiftung

die uns seit 2007 kontinuierlich unterstützt,
damit das Thema „Elternschaft psychisch
kranker Menschen, Kinder psychisch
Kranker“ mehr Beachtung findet!

Kinderschutz und Teilhabe brauchen einen gemeinsamen wissenschaftlichen Raum

- Forschung und Praxis zu Kinderschutz und Teilhabe finden häufig in getrennten Fachwelten statt.
- Viele relevante Erkenntnisse erreichen die jeweils anderen Disziplinen nicht.
- **Die Interdisziplinäre Zeitschrift für Kinderschutz und Teilhabe (IZKT)** bringt diese **Perspektiven zusammen** und schafft einen gemeinsamen Ort für **Austausch** und wissenschaftlichen Diskurs.
- **Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!**
- Die IZKT lebt von vielfältigen Perspektiven und innovativer Forschung.



— IZKT



<https://ojs.psychiatrie-verlag.de/izkt/>

Follow us  [linkedin.com/company/izkt](https://www.linkedin.com/company/izkt)



Veranstaltung: „Die Erfolgsgeschichte der gewaltfreien Erziehung weiterentwickeln: Was lernen wir daraus für ein sicheres Aufwachsen in einer zunehmend digitalisierten Welt?“

am 17.11.2026 in Berlin & online



Sehr geehrte Damen und Herren,

seit 25 Jahren steht in §1631 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) statt des früheren väterlichen, später elterlichen Züchtigungsrechts, nun die gewaltfreie Erziehung. Ähnlich wie die heutige Debatte um ein **sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in einer zunehmend digitalisierten Welt** war auch die Debatte um die Einführung der gewaltfreien Erziehung polarisiert. Viele vertraten die Auffassung, dass eine Regelung im BGB, welche die Erwartungen an das Erziehungsverhalten von Eltern rahmt, ohne Sanktionen oder Interventionen vorzusehen, reine Symbolpolitik sei.

Unsere gemeinsame, mit **UNICEF Deutschland** durchgeführte Untersuchung zu **25 Jahren gewaltfreie Erziehung im BGB** zeigt, dass diese Annahme weit gefehlt war. Im Gegensatz zu vielen anderen, zum Teil sehr viel teureren Informationskampagnen war die gesetzliche Rahmung, verbunden mit der Information der Bevölkerung, die natürlich auch über die politische Debatte emotional transportiert wurde, eine der erfolgreichsten Maßnahmen in Bezug auf eine nachweisliche Einstellungs- und auch Verhaltensveränderung.

Kann man aus diesem Beispiel für die jetzige Debatte um ein sicheres Aufwachsen in einer zunehmend digitalisierten Welt etwas lernen? Wir meinen ja und laden Sie herzlich ein, am **17.11.2026**, Teil dieser wichtigen Diskussion zu sein.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Christian Schneider
UNICEF Deutschland

Verbindliche Anmeldungen für die Präsenzteilnahme bitte bis **01.11.2026** unter:
<https://veranstaltungen.elearning-kinderschutz.de/local/eventreg/registrer.php?id=165>



Es stehen **195 Plätze** für eine Präsenzteilnahme zur Verfügung.

Anmeldungen für die Online-Teilnahme bitte bis **12.11.2026** unter:
<https://veranstaltungen.elearning-kinderschutz.de/local/eventreg/registrer.php?id=167>



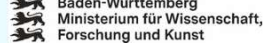
Diese Veranstaltung ist kostenfrei.

Anfragen:
E-Mail: socialmedia.kjp@uniklinik-ulm.de

Eine Kooperation von:



Gefördert vom:



Die Erfolgsgeschichte der gewaltfreien Erziehung weiterentwickeln: Was lernen wir daraus für ein sicheres Aufwachsen in einer zunehmend digitalisierten Welt?

Hybride Veranstaltung

Dienstag, 17. November 2026
Kaiserin-Friedrich-Haus
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin



Programm

09.30 - 11.00 Uhr
Get together & Anmeldung

11.00 - 11.30 Uhr
Grußworte
Dr. Stefanie Hubig
Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz

Christian Schneider
UNICEF Deutschland

11.30 - 12.00 Uhr
Dr. Christine Bergmann im Gespräch mit
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Dr. Christine Bergmann
Bundesministerin a.D.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm

12.00 - 12.30 Uhr
25 Jahre Gewaltfreie Erziehung im BGB - Vorstellung der repräsentativen Befragungsergebnisse
Emily Sitarski
Universitätsklinikum Ulm

12.30 - 13.30 Uhr
Pause

13.30 - 14.15 Uhr
Gutachten "Gewalt in der Familie" des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim BMBFSFJ
Prof. Dr. Margarete Schuler - Harms
Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim BMBFSFJ

14.15 - 14.45 Uhr
Empfehlungen aus der Unabhängigen Expertenkommission "Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt"
Nadine Schön
Unabhängige Expertenkommission „Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt“

14.45 - 15.15 Uhr
Empfehlungen aus dem "Special Panel on child safety online and potential age limits for social media platforms in Europe"
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm

15.15 - 15.45 Uhr
Pause
15.45 - 16.15 Uhr
Childhood in a Digital World - Screentime, digital skills and mental health
UNICEF Innocenti (angefragt)

16.15 - 16.45 Uhr
Statement von UNICEF: Was lernen wir aus der Entwicklung der gewaltfreien Erziehung für die digitale Welt?
UNICEF Deutschland

16.45 - 17.15 Uhr
Jugendstatement
UNICEF Youth

17.15 - 17.45 Uhr
Handlungsempfehlung: Rahmung der digitalen Erziehung und des gewaltfreien Aufwachsens in einer digitalisierten Welt im BGB
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm

17.45 - 18.15 Uhr
Pause

18.15 - 19.15 Uhr
Abschlussdiskussion: „Neue Herausforderungen, gemeinsame Verantwortung: Gewaltfreie Erziehung im digitalen Zeitalter – wie kommen wir dahin?“
Moderation: **Prof. Dr. Jörg M. Fegert**

Ab 19.15 Uhr
Forderungen und Fazit
UNICEF Deutschland

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

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

Albert Einstein (*1879 in Ulm)

joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

