# Eine mit allen? Evidence-based Health Care und die Entwicklung der Kinderschutzleitlinie

**Alex Stern**
[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 25 (2020), Ausgabe 1]

## Zusammenfassung

Die Leitlinie "Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)" wurde als S3-Leitlinie evidenzbasiert entwickelt. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und Vernachlässigung ist Aufgabe unterschiedlicher professioneller Handlungsfelder. Aufgrund dessen wurden Angehörige aus verschiedenen Disziplinen und Professionen und aus Handlungsfeldern jenseits der Gesundheitsversorgung in die Leitlinienentwicklung einbezogen. Im interdisziplinären Prozess der Leitlinienentwicklung hat sich gezeigt, dass die Standards der evidence-based health care vor allem in Bezug auf die Bewertung und Nutzung von Evidenz beim Thema Kinderschutz Einschränkungen mit sich bringen. Die Maßstäbe der evidence-based health care bedürfen der Weiterentwicklung.

Schlüsselwörter: evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Kinderschutz, Gewalt gegen Kinder, elterliche Rechte, soziale Ungleichheit, Geschlecht, Diskriminierung

## Summary

**One with all? Evidence-based health care and the development of the child protection guideline**
The guideline "Child maltreatment, abuse and neglect with the involvement of youth welfare and education science (child protection guideline)" was developed as an evidence-based guideline (S3 level). The protection of children and youth from abuse and neglect is the task of various fields of professional action. Thus, members of various disciplines and professions and of different fields of action beyond healthcare have participated in the development of the guideline. During the interdisciplinary process of guideline development, standards of evidence-based health care lead to limitations regarding the appraisal and usage of evidence on issues of child protection. The standards of evidence-based health care need further development.

Keywords: evidence-based health care, child protection, child abuse, parental rights, inequality, social inequality, gender, discrimination

Wenn Kindern oder Jugendlichen Gewalt zugefügt wird oder sie Vernachlässigung erleben, kann es sein, dass sie und ihre Familien professionelle Hilfe benötigen. Pädagogische Beratung, sozialpädagogische Familienhilfe, Familiengerichtsbarkeit, Fremdbetreuung, Psychotherapie oder pädiatrische Versorgung Die Arbeitsbereiche, in denen Kinder und Jugendliche Unterstützung erhalten können, sind ebenso unterschiedlich wie die dort anzutreffenden Professionen. Wenn Professionen und Disziplinen über die Grenzen des eigenen Fachs oder Arbeitsbereiches untereinander kooperieren sollen, treffen unterschiedliche Perspektiven aufeinander. Im Jahr 2011 empfahl der Runde Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in seinem Abschlussbericht unter Verweis auf noch bestehende Forschungsbedarfe die evidenzbasierte Entwicklung einer berufsgruppenübergreifenden S3-Leitlinie zu Gewalt und Vernachlässigung Minderjähriger (Leitlinienbüro, 2019). Mit der S3-Leitlinie "Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)" (AWMF-Registernr. 027-069) ist die Entwicklung einer Leitlinie für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung umgesetzt worden. Die Entwicklung einer S3-Leitlinie

bedarf der den Maßstäben der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung genügenden Evidenz. Der folgende Artikel befasst sich mit Schwierigkeiten, die sich aus der Anwendung dieser Maßstäbe auf die Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung in Bezug auf den Themenbereich der Kinderschutzleitlinie ergeben.

# Kinderschutz und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

Wer ist für den Schutz von Minderjährigen vor Gewalt zuständig? Die Kindeserziehung ist elterliches Recht und elterliche Pflicht unter staatlichem Wächteramt (vgl. § 1 (2) SGB VIII). Sollte das Kindeswohl (unbestimmter Rechtsbegriff) gefährdet sein, hat der Staat, vertreten durch die Jugendhilfe, das Recht und die Pflicht, schützend einzugreifen (vgl. § 1 (3) SGB VIII). Körperliche, sexualisierte oder emotionale Gewalt und körperliche oder emotionale Vernachlässigung stellen solche Kindeswohlgefährdungen dar, die ein staatliches Eingreifen unter anderem in die elterlichen Rechte notwendig machen können (vgl. Andresen, 2018). Die Handlungsbereiche und -möglichkeiten von Jugendhilfe und Familiengerichtsbarkeit unterliegen einschließlich der Steuerung von Maßnahmen, die zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung dienen, mit dem SGB VIII rechtlichen Normen. Diese beschränken sich nicht auf die Beziehung zwischen staatlichen und elterlichen Rechten und Pflichten. Sie beziehen sich stattdessen auf den gesamten Lebensalltag von Kindern und Jugendlichen. Auch der konkrete Schutzauftrag der Jugendhilfe ist nicht auf den familiären Nahraum beschränkt (vgl. § 1 (3) SGB VIII). Kinder und Jugendliche können in allen ihren Lebensbereichen körperlicher, sexualisierter oder emotionaler Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt sein. Ist in diesem Artikel von Gewalt und Vernachlässigung ohne weitere Spezifizierung die Rede, sind diese Gewalt- und Vernachlässigungsformen gemeint. Bei der Ausübung körperlicher, sexualisierter und emotionaler Gewalt und körperlicher und emotionaler Vernachlässigung handelt es sich um Handlungen, die das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen gefährden. An der Abwendung dieser Gefährdungen sind neben der Jugendhilfe in ihrer staatlichen Steuerungsfunktion unterschiedliche fachliche Handlungsfelder beteiligt (vgl. Andresen, 2018).

Gewalt und Vernachlässigung können unter anderem gesundheitliche Schäden für Kinder und Jugendliche zur Folge haben. Die Gesundheitsversorgung kann mit Gewalt oder Vernachlässigung Minderjähriger dementsprechend in unterschiedlichen Konstellationen in Berührung kommen: Sie kann gesundheitliche Folgeschäden von Gewalt oder Vernachlässigung erkennen, gesundheitliche Folgeschäden behandeln. Sie kann in bestimmten Fällen, in denen Kinder und Jugendliche durch eigene oder die Erkrankungen Dritter von Gewalt oder Vernachlässigung bedroht sind, präventiv wirken und sie kann selbst vernachlässigen oder Gewalt ausüben. Die Berufsgruppen, die innerhalb der Gesundheitsversorgung mit Kindern, Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten im Rahmen von diagnostischen oder therapeutischen Abläufen in Kontakt treten, sind mehrheitlich professionell tätig: Ihre aktive Arbeit an und mit Menschen basiert auf der Anwendung wissenschaftlich generierten und durch Erfahrung erworbenen Wissens auf den Einzelfall und ist nicht routinisierbar (vgl. Klatetzki, 2005). Das Fachwissen, das in die professionelle Tätigkeit einfließt, ist in der Gesundheitsversorgung vorrangig evidenzbasiert.

Wenn von "Evidenz" die Rede ist, ist hier nach Gerhardus (2010) dasjenige Wissen gemeint, das wissenschaftlich durch Forschungsergebnisse belegt ist. Evidenz wird damit also innerhalb bestimmter Wissenschaften, die sich ihrer jeweiligen Forschungsmethoden bedienen, oder in interdisziplinärer Forschung generiert. Sie bedarf, sobald sie sich auf professionelles Handeln bezieht, des Transfers in die Praxis: "The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research" (Gray, 2009, S. 20). Offenkundig ist, dass vorrangig das Feld der Gesundheitsforschung adressiert wird, wenn es um die Erzeugung der passenden Evidenz für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (*evidence-based health care*) im weiteren Sinne und evidenzbasierte

klinische Praxis (*evidence-based clinical practice/evidence-based medicine*) in Bezug auf die Versorgung einzelner Patient*innen geht (vgl. Gray, 2009).

Wie ihr Name deutlich macht, ist die Kinderschutzleitlinie unter anderem unter Einbezug von Vertreter*innen der Jugendhilfe und der Pädagogik bzw. Erziehungswissenschaft erarbeitet worden. Neben der Tatsache, dass die Fachkräfte der Jugendhilfe naheliegenderweise mehrheitlich erziehungswissenschaftlich geprägten Berufsfeldern angehören, sind an vielen der von ihr initiierbaren Maßnahmen Professionelle aus diesen Berufsfeldern beteiligt. Die Kooperation zwischen fachlich unterschiedlich geprägten Feldern im Bereich des Kinderschutzes ist notwendig, aber bisweilen schwierig: Die Beteiligten müssen über die Grenzen unterschiedlicher Aufgabenfelder und Befugnisse, Handlungsformen und professioneller Aufgaben und Ziele in je nach Einzelfall variierenden Konstellationen zusammenarbeiten können (vgl. Wazlawik et al., 2018). Wenn für Angehörige anderer Felder als der Gesundheitsversorgung als einem Bestandteil des Hilfesystems einsichtig ist, an welchen Handlungsempfehlungen sich Fachkräfte der Gesundheitsversorgung orientieren, kann die notwendige Aushandlung der Kooperation im Einzelfall (ebd.) erleichtert sein.

Leitlinien werden nach Möglichkeit evidenzbasiert erstellt. Unter welchen Bedingungen einzelne Wissenschaften Evidenz anerkennen und wie sie sie bewerten, ist ebenso unterschiedlich wie die Perspektiven der möglichen Beteiligten an Praxiskooperationen in Kinderschutzfällen. An der Entwicklung der nach den Maßstäben der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung erstellten Leitlinie sind Wissenschaften und ihnen zugehörige Professionen beteiligt gewesen, die nicht den gleichen Evidenzverständnissen folgen. Mit dem Einbezug von Akteur*innen, die z.B. im Familienrecht juristisch tätig sind, sind zusätzlich Personengruppen involviert, deren Handeln nicht vorrangig evidenz-, sondern normenbasiert ist (vgl. Buchner, 2010). In Verbindung mit der Thematik des Kinderschutzes kann diese Konstellation zu Schwierigkeiten bei der Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen führen. Im Folgenden werden exemplarisch einige Konfliktfelder anhand einzelner Inhalte der Leitlinie vorgestellt.

# Exklusion und Markierung

Sprache kann zu Missverständnissen führen, wenn die Bedeutung von Begriffen zwischen Disziplinen bzw. den zugehörigen Professionen variiert. Neben dem Kindeswohlbegriff, der vom Leitlinienbüro zum neuen Kernthema der Leitlinie wurde und dabei der vorübergehenden Operationalisierung bedurfte (vgl. Leitlinienbüro, 2019), kann unter anderem der Risikobegriff zum Problem werden. Im epidemiologischen Sprachgebrauch ist der Risikobegriff wertneutral: Er beschreibt lediglich, ob die exponierte Personengruppe ein höheres Risiko im Vergleich zur nicht exponierten Gruppe dafür aufweist, dass bei ihren Mitgliedern ein bestimmter Outcome auftritt - der positiv oder negativ sein kann (vgl. Razum et al., 2016). Beim Vorliegen von bestimmten Risikofaktoren im Leben von Kindern und Jugendlichen besteht ein höheres Risiko für sie, Gewalt oder Vernachlässigung ausgesetzt zu sein, als wenn diese Faktoren nicht vorliegen. Dieses erhöhte Risiko bedeutet nicht, dass Minderjährige, bei denen diese Einflussfaktoren nicht vorliegen oder nicht bekannt sind, nicht Gewalt oder Vernachlässigung erleben. Es bedeutet auch nicht, dass alle Minderjährigen unter den betreffenden Risikofaktoren Gewalt oder Vernachlässigung ausgesetzt sind. Ein bei einem Kind vorliegender Risikofaktor rechtfertigt im Gegensatz zu deutlichen Anhaltspunkten im Einzelfall, wie etwa auffälligen Verletzungsmustern oder dem Bericht von sexualisierten Gewalterfahrungen (vgl. Leitlinienbüro, 2019), folglich nicht den grundsätzlichen Verdacht, dieses Kind sei Gewalt oder Vernachlässigung ausgesetzt. Die in der Leitlinie kombinierten Risikofaktoren der WHO und des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) verdeutlichen den Unterschied zwischen Risiko und Anhaltspunkten: Solange ein Kind jünger als vier Jahre ist, hat es ein höheres Risiko im Vergleich zu älteren Kindern und Jugendlichen dafür, Gewalt oder Vernachlässigung zu erleben (zitiert nach Leitlinienbüro, 2019). Bei jedem Kind unter vier Jahren aufgrund seines Lebensalters davon auszugehen, dass es Gewalt erfährt oder vernachlässigt wird, wäre absurd. Bei manchen Risikofaktoren, wie z.B. einer Behinderung, wäre die Verwechselung von Risikofaktor und Anhaltspunkt eine Diskriminierung. In der Endfassung der Leitlinie wurde sich für die Formulierung

"Belastungsfaktoren" entschieden, um Diskriminierungen vorzubeugen (vgl. Leitlinienbüro, 2019).

Neben vielen weiteren Risikofaktoren finden sich auch psychische Erkrankungen der Eltern in der Auflistung (vgl. Leitlinienbüro, 2019). An den Handlungsempfehlungen, die sich auf diesen Risikofaktor beziehen, werden einige Probleme deutlich, die im Zusammenhang mit evidenzbasierter klinischer Praxis auftreten können. Problematische Aspekte im Zusammenhang mit der Herstellung, Recherche und Nutzung von Evidenz zeigen sich unter anderem im Kapitel 4.3.8, dem Informationsaustausch zu psychisch belasteten Eltern (vgl. Leitlinienbüro, 2019): Die psychische Belastung von (werdenden) Eltern stellt einen Risikofaktor dar, dessen Vorliegen unterschiedliche Fachkräfte der Gesundheitsversorgung im Kontakt mit Schwangeren, Müttern und psychiatrisch behandelten Eltern abfragen sollen (evidenzbasierte Handlungsempfehlungen Nr. 49 - 51). Für den Fall, dass Gesundheitsversorger*innen eine psychische Belastung bei einem (angehenden) Elternteil feststellen, verweisen sämtliche elternbezogenen Handlungsempfehlungen auf Handlungsempfehlung Nr. 48 zurück: Diese empfiehlt den Informationsaustausch der Gesundheitsdienstleistenden, die für psychisch kranke oder psychisch belastete Schwangere zuständig sind, mit der Patientin. Außerdem empfiehlt sie den Informationenaustausch und die Zusammenarbeit untereinander (Klinischer Konsenspunkt). In den Empfehlungen werden die Zustände "psychische Erkrankung" (aktuell, in der Vergangenheit oder perinatal bei Verwandten ersten Grades) und "psychische Belastung" verwendet. Zusätzlich bezieht sich Handlungsempfehlung Nr. 50 auf die Patient*innen/Klient*innen von Psychiater*innen bzw. Psychotherapeut*innen und im Fall von Nr. 51 auf die aktuelle oder vergangene Nutzung von auf psychische Erkrankungen spezialisierten Angeboten der Gesundheitsversorgung. Psychisches Wohlbefinden (Handlungsempfehlung Nr. 49) wird in einem Fall benannt.

Die Evidenz, die den Handlungsempfehlungen zugrunde liegt, bezieht sich auf psychische Erkrankungen bzw. deren Erkennung und variiert dabei bezüglich der Konzentration auf bestimmte Störungen oder Störungsgruppen, der ihnen zugeschriebenen Schwere und der Settings, in denen sie in Zusammenhang mit Elternschaft gebracht werden (vgl. Leitlinienbüro, 2019b). Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung Deutschlands verbreitet: Der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) zufolge wies im Erhebungsjahr wenigstens zeitweise nahezu ein Drittel der Teilnehmerinnen und ein Viertel der Teilnehmer zwischen 18 und 79 Jahren die vollständige Symptomatik einer psychischen Erkrankung auf (vgl. Wittchen et al., 2012). Angesichts dieser Prävalenz wäre es absurd, aus der der Leitlinie zugrundeliegenden Evidenz abzuleiten, dass - wie in zwei Fällen gefordert (vgl. Brockington et al., 2011, Brockington et al., 2017) - bei psychischen Erkrankungen der Eltern grundsätzlich weit in die elterlichen Rechte eingreifende Maßnahmen durch psychosoziale und Gesundheitsversorger*innen eingeleitet werden sollten. Bei der Nutzung der Evidenz muss neben der Tatsache, dass ein vorliegender Risikofaktor noch keinen Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung bedeutet, der Fokus der Recherchen und der Evidenz selbst berücksichtigt werden. Wenn psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit Schwanger- oder Elternschaft untersucht oder entsprechende Leitlinien (vgl. Leitlinienbüro, 2019b) entwickelt werden, sind eher psychische Erkrankungen von Interesse, die schwer genug ausgeprägt sind, den Schwangeren bzw. Eltern in Bezug auf ihr (ungeborenes) Kind Schwierigkeiten zu bereiten. Das dürfte kaum auf alle psychischen Schwierigkeiten zutreffen, die in ihrer Form und Intensität die diagnostischen Kriterien einer Erkrankung erfüllen: 21.3 % der DEGS1-Teilnehmerinnen zeigten die volle Symptomatik einer Angststörung. Unter diese 21.3 % fallen allerdings neben Frauen mit schweren generalisierten Angststörungen auch diejenigen, die lediglich eine leicht ausgeprägte spezifische Phobie aufweisen (vgl. RKI, 2015). Es ist unwahrscheinlich, dass die mit einer leichten Spinnenphobie zusammenhängenden Belastungen bei einer bestehenden Elternschaft in letzter Konsequenz eine Gefährdung des Kindeswohls zur Folge haben.

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, beziehen sich die Handlungsempfehlungen auf psychische *Belastungen*. Belastungen sind in den Empfehlungen von Erkrankungen abgegrenzt: Eine Erkrankung muss nicht vorliegen, um eine psychische Belastung bei einer schwangeren Person oder einem Elternteil festzustellen (Handlungsempfehlung Nr. 49). Umgekehrt wird bei einer laufenden

psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung, deren Bedingung eine entsprechende Diagnose darstellt, nicht automatisch von einer die Schwanger- oder Elternschaft betreffenden Belastung ausgegangen (Handlungsempfehlungen Nr. 50, 51). Einerseits wird hier eine klare Differenzierung getroffen und damit einer Stigmatisierung psychisch erkrankter Personen vorgebeugt. Andererseits hat eine "psychische Belastung" keine so klare Definition, wie sie für psychische Erkrankungen wenigstens theoretisch vorliegt. Ab welchem Ausmaß psychischer Belastung besteht im Rahmen einer Schwangerschaft oder der Elternschaft mit einem Kleinkind ein Unterstützungsbedarf? Dass im Zuge beider Phasen überhaupt psychische Belastungen für ein Elternteil auftreten, dürfte keine Seltenheit sein. Im Prinzip sollten Fachkräfte der Gesundheitsversorgung als Professionelle im Zuge des Transfers von Fach- und Erfahrungswissen auf den Einzelfall eine entsprechende Entscheidung treffen können (vgl. Klatetzki, 2005). Eine Einschätzung dürfte Fachkräften allerdings schwerfallen, wenn die Einschätzung des psychischen Befindens von Klient*innen bzw. Patient*innen nicht Teile ihres eigentlichen Fachgebiets sind und/oder die Inanspruchnahme des Fachgebiets (z.B. in der zahnärztlichen Versorgung) für viele Patient*innen bereits Belastungen mit sich bringt. Es besteht die Möglichkeit, stattdessen einfach allen Eltern, die eine Belastung erwähnen, ein entsprechendes Angebot zu machen. Dann sollte allerdings einkalkuliert werden, dass ähnliche Angebote vorrangig von den Eltern genutzt werden, die nicht zur Gruppe derer mit dem größten Unterstützungsbedarf gehören (vgl. NZFH, DJI & TU Dortmund, 2018). In diesem Fall ergibt sich zusätzlich ein Problem in der Übertragung der für einen Austausch sprechenden Evidenz auf die Situation der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Der Austausch über Klient*innen bzw. Patient*innen nimmt bei der hier gebotenen Gründlichkeit Zeit in Anspruch - Arbeitszeit, die zum derzeitigen Zeitpunkt schwerlich vergütet werden kann. Im Klinischen Konsenspunkt der maßgeblichen Empfehlung Nr. 48, die den Austausch mit und über weibliche Schwangere und Elternteile regelt und zu der die evidenzbasierten Handlungsempfehlungen hinleiten, ist die Rede von sowohl psychisch Erkrankten als auch Belasteten. Dadurch verbreitert sich die Zielgruppe mit Austauschbedarf zusätzlich.

Parallel zur Schwierigkeit, Belastungen klar zu definieren, weisen die Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen (Kap. 4.3.7) ebenso wie der Informationsaustausch zu psychisch kranken Eltern (Kap. 4.3.8) evidenzbedingt inhaltliche Reduktionen auf: Beispielsweise fokussiert der Bereich der Früherkennung möglicher Kindeswohlgefährdungen bzw. deren erhöhter Wahrscheinlichkeit und der Möglichkeit zur Prävention im Einzelfall den Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt und postnataler Periode (und lässt außen vor, dass Schwangere sich auch gegen eine Fortsetzung einer Schwangerschaft entscheiden können). Die Handlungsempfehlungen adressieren als Patient*innen, aber nicht alle Personen, die ein Kind zur Welt bringen werden oder gebracht haben, sondern explizit Frauen (vgl. Leitlinienbüro, 2019). Die Tatsache, dass auch trans* Männer und nicht binärgeschlechtliche Personen schwanger werden und ein Kind gebären können, wird in den Handlungsempfehlungen außen vor gelassen. Das geschieht, obwohl bekannt ist, dass Schwangerschaft und Geburt nicht auf Frauen beschränkt sind (vgl. Light et al., 2017). Diese Aussparung nicht weiblicher Schwangerer aus den Handlungsempfehlungen ist im Anspruch begründet, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen auszusprechen, die auf der gängigen epidemiologischen Bewertung der verfügbaren Evidenz beruhen. In der evidenzbasierten Public Health (und der evidenzbasierten klinischen Praxis als einem ihrer Teilbereiche) gibt es international anerkannte Standards dafür, wie die bestehende Evidenz zum Zweck ihrer späteren Nutzung bewertet werden soll. Diese Standards orientieren sich vorrangig am Studientyp bzw. Studiendesign und an der Qualität der einzelnen Forschungen von thematischem Interesse (vgl. Gray, 2009). Über die Kombination beider Aspekte werden Evidenzlevel vergeben. Bezogen auf das Studiendesign gibt es ein Ranking dazu, welche Studiendesigns in der Regel die beste Ergebnisqualität liefern: Systematische Reviews von Randomized Controlled Trials (RCTs) und gegebenenfalls - wie für die Leitlinie - Metaanalysen sind allgemein als diejenigen Studientypen anerkannt, die die qualitativ hochwertigste Evidenz mit der niedrigsten Anfälligkeit für systematische Fehler (Bias) liefern. Im Anschluss daran folgen systematische Reviews von Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien und Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien selbst. An Querschnittserhebungen, Fallserien und andere Studientypen werden in der Regel, so auch im Rahmen der Leitlinienentwicklung (vgl. Leitlinienbüro, 2018), die niedrigsten Evidenzlevel vergeben (vgl. Balshem et al., 2011). Die Beurteilung der Studienqualität erfolgt unter anderem anhand der Transparenz der Umsetzung und

der Wahrscheinlichkeit, mit der die für den Studientyp typischen systematischen Fehler in der jeweiligen Studie aufgetreten sind (vgl. Gray, 2009). Für den Einbezug bereits existenter Leitlinien existieren eigene Bewertungsschemata (z.B. AGREE II, vgl. Leitlinienbüro, 2019b).

Bei der Recherche zu mit psychischen Belastungen in Zusammenhang stehenden Anzeichen von und Angeboten zu Unterstützungsbedarfen im Umgang mit der Schwangerschaft und der postnatalen Periode wurden den Standards entsprechend nach Evidenz gesucht. Wenn wie in Deutschland bezogen auf trans* Personen deutlich ist (vgl. § 7, bis 2011 angewendete Kastrationspflicht gem. § 8 TSG), dass die Schwangerschaft einer Personengruppe nicht erwünscht ist, ist es unwahrscheinlich, dass sie wahrgenommen und in Studien eingeschlossen wird. Umgekehrt macht ausgerechnet der Studientyp RCT es unwahrscheinlicher, dass im Verhältnis zur Mehrheit einer Population (z.B. schwangere Frauen) kleine Gruppen (z.B. schwangere trans* Männer und nicht binärgeschlechtliche Menschen) überhaupt einbezogen werden. Bei RCTs besteht eine gewisse Motivation, vergleichsweise seltene Merkmalsausprägungen, die die Vorteile der Randomisierung in Bezug auf die durch sie erlaubte Vernachlässigung von Störgrößen untergraben können, auszuschließen und die gesamte Gruppe der Teilnehmenden in Bezug auf diese Merkmale homogen zu halten (vgl. Gray, 2009). Bei Fall-Kontroll-Studien ergibt sich in reduziertem Umfang ein ähnliches Problem: Wo RCTs in der Regel eine Exposition und einen Outcome untersuchen, können Fall-Kontroll-Studien - von einem Outcome aus retrospektiv - mehrere Expositionen berücksichtigen. Nichtsdestotrotz wird auch hier die Notwendigkeit, Fälle und Kontrollen möglichst passgenau zuzuordnen, eher zum Ausschluss von Minderheiten motivieren. Mit trans* und nicht binären Schwangeren wäre unter den Studientypen, die nicht direkt ein niedriges Evidenzlevel zugewiesen bekommen, am ehesten in Kohortenstudien zu rechnen - allerdings nur, wenn sie von vornherein als existent berücksichtigt werden. Als Ergebnis derartiger Mechanismen tauchen Personengruppen, die in Hinblick auf üblicherweise erfasste Merkmale Minderheiten darstellen, in der Evidenz kaum auf - und falls überhaupt, dann oft in den Studientypen, die geringe Evidenzlevel verliehen bekommen (vgl. Gray, 2009). Für die Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen bedeutet das unter Umständen, dass Handlungsempfehlungen Personengruppen mit Minderheitenstatus gar nicht berücksichtigen. In der Praxis kann aus dieser Nichtberücksichtigung folgen, dass die Bedarfe dieser Personengruppen nicht getroffen werden, weil sie keine Erwähnung finden (für trans* Männer vgl. Hoffkling et al., 2017).

Eine wissenschaftliche Diskriminierung in Hinblick auf die Existenz der Personengruppe und die Berücksichtigung bestimmter Merkmale und ihrer Ausprägungen kann damit zur Folge haben, dass Personen auch in der Versorgungspraxis diskriminiert werden. Zusätzlich können ausgerechnet im Rahmen evidenzbasierten professionellen Handelns strukturelle und interpersonelle Diskriminierungen in der realen Versorgung unentdeckt bleiben: Standards für professionelles Handeln könnten z.B. vernachlässigen, dass unter anderem in Bezug auf Diagnosestellungen bei türkeistämmigen Frauen bisweilen Rassismen seitens der Fachkräfte zu abweichenden Entscheidungen führen (vgl. Gerlach et al., 2008, Gerlach et al., 2011). Dann wäre nicht auszuschließen, dass diesen Patientinnen deshalb häufiger als anderen Defizite hinsichtlich ihrer elterlichen Kompetenzen zugeschrieben werden. Um in Bezug auf Elternschaft, elterliche Fähigkeiten und psychische Gesundheit marginalisierte Personengruppen mit einbeziehen zu können, müssten gezielte Recherchen nach den *Personengruppen* stattfinden und die entsprechenden Ergebnisse abhängig von der Studienqualität auch bei üblicherweise weniger hoch bewerteten Designs einbezogen werden.

Der umgekehrte Effekt der Kopplung von psychischen Belastungen an Weiblichkeit liegt auf der Hand: Frauen werden in den Handlungsempfehlungen durch deren Konzentration auf weibliche Schwanger- und Elternschaft als besondere Personengruppe mit besonderem Gefährder*innenpotential gegenüber Ungeborenen und Kleinkindern konstruiert. "Die Handlungsempfehlungen haben einen präventiven Charakter und weisen auf eine potenzielle Auswirkung (der psychischen Belastungen der Mutter, Anm. AS) auf das Kind hin" (Leitlinienbüro, 2019, S. 170). Frauen (und trans* und nicht binäre Personen) erleben in Paarbeziehungen häufiger Gewalt als Männer, sind in Hinblick auf Elternschaft und Erziehung aufgrund geschlechtlicher Rollenvorstellungen häufiger als männliche von institutionellen und persönlichen

Entscheidungen anderer abhängig und befinden sich häufiger auch in ökonomischen Abhängigkeitsverhältnissen (vgl. Brenssell & Hartmann, 2017). Das absichtliche Vernachlässigen gesellschaftlicher Marginalisierung hat teilweise, wie Andresen (2018) am Beispiel von Armut zeigt, in der Gesundheitsversorgung Tradition. Es ist fraglich, ob das Hervorheben einzelner Gruppen ohne eine Kontextualisierung von Diskriminierungen und miteinander in Beziehung stehenden sozialen Benachteiligungen den betreffenden Personen hilft oder einer Marginalisierung der Gruppe und damit indirekt Nachteilen für ihre Kinder nicht noch Vorschub leistet (vgl. Andresen, 2018, Zodehougan & Steinhauer, 2018). Neben der Reduktion sozialer Kontexte liegt unter anderem eine Entwicklung, Bewertung und Nutzung von Evidenz in der Gesundheitsversorgung diesem Problem zugrunde: Es gibt zu bestimmten Teilbereichen einer Fragestellung genügend Evidenz, die hoch bewertet werden kann, um aus ihr Handlungsempfehlungen abzuleiten. Zu anderen Teilbereichen liegt keine Evidenz vor oder nur solche, die keine hohe Bewertung erfährt, und die daher allenfalls Handlungsempfehlungen auf dem Niveau eines Klinischen Konsenspunktes zulässt. Diese werden nach Möglichkeit vermieden, weil sie sich ungünstig auf die Bewertung der gesamten Leitlinie auswirken (vgl. SIGN, 2019). Neue evidenzbasierte Handlungsempfehlungen bedürfen früher oder später der Evaluation (vgl. Gray, 2009). Mit einem qualitativ als hochwertig beurteilten narrativen Review (vgl. Kölch, 2010) liegen Informationen für Männer und Frauen auch in Bezug auf die Inanspruchnahme der Jugendhilfe vor.

# Feldübergreifende Angebote: Angebot und Nebenwirkung

RCTs sind im Bereich der klinischen Praxis oft gut geeignet, weil sie die sehr detaillierte Untersuchung der Wirksamkeit *einer* Exposition (ggf. pro Gruppe) erlauben, deren Form weitgehend der Kontrolle der Forscher*innen unterliegt und die die Teilnehmenden ab einem geplanten Zeitpunkt und für eine kontrollierbare Dauer erleben. Nicht nur ist das Outcome gut messbar, zusätzlich ist die Exposition selbst so weit kontrollierbar, wie diejenigen, die sie an die Teilnehmenden vermitteln, letzteres umzusetzen in der Lage sind. Aus der starken Kontrolle resultiert zudem eine geringere Anfälligkeit für Bias im Vergleich zu anderen Designs (vgl. Gray, 2009). Der Einbezug und viele Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe eignen sich dagegen kaum für RCTs: Abläufe des staatlichen Kinderschutzes sind rechtlich weitreichend normiert, um die Rechte von Kindern und die Rechte und Pflichten Personensorgeberechtigter und des Staats miteinander in Einklang zu bringen und vor Übergriffen durch die anderen Beteiligten zu schützen. Wenn ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht, ist die Konstruktion von Exposition und Kontrolle in Bezug auf Maßnahmen der Jugendhilfe in den meisten denkbaren Fällen ethisch nicht vertretbar: Eine Gruppe von Kindern und deren Personensorgeberechtigten würde exponiert, indem sie in Kontakt mit der Jugendhilfe gebracht wird oder ihr eine bestimmte Unterstützung angeboten wird. Die Kontrollgruppe müsste warten oder ihr würde ein Hilfsangebot gemacht, das mutmaßlich im Einzelfall weniger gut geeignet ist. Unterstützungsmaßnahmen der Jugendhilfe beziehen außerdem, sobald es um Schutzaspekte geht, in der Regel mehr Bereiche der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen mit ein, als die einfache Logik von RCTs es erlaubt. Ein Lebensalltag ist kein Labor. Die in der Gesundheitsversorgung - und entsprechend in manchen Bezugspunkten der Leitlinie - mögliche Lösung, Maßnahmen auf bestimmte Einzelbestandteile herunterzubrechen, greift bei den meisten Maßnahmen der Jugendhilfe nicht.

Auf den ersten Blick ist das unproblematisch: Welche Form von Evidenz den Maßnahmen der Jugendhilfe zugrunde liegt, ist irrelevant, da sich die Leitlinie an Fachkräfte der Gesundheitsversorgung richtet. Die Leitlinie sieht allerdings in einzelnen Handlungsempfehlungen die Unterbreitung von Unterstützungsangeboten direkt durch Fachkräfte der Gesundheitsversorgung vor: In Kapitel 4.3.6 wird Fachkräften nahegelegt, Schwangeren und Sorgeberechtigten von Kleinkindern Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (nicht näher definiert) zu unterbreiten. In Kapitel 4.6 werden Interventionen für Personensorgeberechtigte präsentiert, die ihr Kind vernachlässigt oder ihm Gewalt zugefügt haben (vgl.

Leitlinienbüro, 2019). Alle vier Handlungsempfehlungen dieses Kapitels sind evidenzbasiert. Nichtsdestotrotz adressieren sie den falschen Kreis von Fachkräften. Hier ist wie im Fall der Kommunikation aller Gesundheitsversorger*innen eines psychisch belasteten Elternteils die Übertragbarkeit von interventionsbezogener Evidenz auf die Hilfestrukturen in Deutschland nicht gegeben. Zudem werden einzelne Interventionen genannt, für die gesundheitswissenschaftlichen Maßstäben entsprechende Evidenz vorliegt, bei denen es sich - wenig überraschend - um therapeutische Maßnahmen handelt (vgl. Leitlinienbüro, 2019).

Die Vielfalt der möglichen Maßnahmen, die Personensorgeberechtigten über die Jugendhilfe zugänglich sind, ist ebenso wie die Notwendigkeit ihrer Passung und Kombination im Einzelfall nicht abgebildet (vgl. entsprechende Sondervoten der DGKJP/BAGkjpp sowie der BfE e.V. in Leitlinienbüro, 2019, S. 324) Diese Undifferenziertheit zugunsten der Nutzung der bestehenden Evidenz birgt Gefahrenpotentiale, wenn z.B. eine Handlungsempfehlung beinhaltet, die Kinder und Jugendlichen in die Interventionen für ihre Personensorgeberechtigten einzubeziehen, "( ) soweit sie (die Minderjährigen, Anm. AS) dem zustimmen" (Leitlinienbüro, 2019, S. 329). Ob die Interessen der Minderjährigen unter diesen Umständen umfassend berücksichtigt werden, ist nicht sichergestellt. Bei der Behandlung der Sorgeberechtigten gilt klar den letzteren das Kerninteresse der Behandlung. Minderjährige müssen bei der Einholung ihrer Zustimmung und während der Behandlung vor Reviktimisierungen und Retraumatisierungen geschützt werden. Damit kann ein Zielkonflikt entstehen. Im Einzelfall könnte bei Behandelnden die Motivation, Täter*innen von weiteren Taten (auch gegen andere Minderjährige) abzuhalten, das Schutzbedürfnis der Minderjährigen überwiegen. Unklar ist auch, ob und in welchem Ausmaß für Minderjährige nicht durch den generellen Einbezug in die Behandlung der Eindruck entsteht, für das vergangene und zukünftige Verhalten der Täter*innen mitverantwortlich zu sein. Denkbar sind Gefahrenpotentiale hier unter anderem bei Fallkonstellationen, in denen bereits das bloße Angebot an Kinder und Jugendliche von den Minderjährigen als implizite Aufforderung verstanden wird. Das könnte z.B. dann der Fall sein, wenn ihnen die Gewalt als Gefälligkeit mit einer entsprechenden Schuldigkeit gegenüber Täter*innen präsentiert worden ist (vgl. Schlingmann, 2018). Ein gerade bei sexualisierter Gewalt häufig bestehendes Gefühl der Mitverantwortung kann sich bei den Minderjährigen unter diesen Rahmenbedingungen verstärken. Die der Handlungsempfehlung zugrundeliegende Evidenz besteht aus zwei RCTs, von denen der eine lediglich Fälle von körperlicher Misshandlung einbezieht, der andere nur Kinder bis zum Alter von fünf Jahren, und die beide mit drei Monaten bzw. zehn Wochen sehr kurze Follow Up-Zeiträume aufweisen (vgl. Leitlinienbüro, 2019, Leitlinienbüro, 2019b). Weder liegen Informationen zur langfristigen Wirkung der Interventionen auf die Prävention einer Reviktimisierung der Minderjährigen durch die gleichen Täter*innen vor noch werden unerwünschte Spätfolgen der Interventionen ersichtlich. Leichsenring et al. (2018) kritisieren im Bereich der Psychotherapieforschung am Beispiel von CBT die Tendenz, einzelne Verfahren, zu denen überhaupt oder besonders viel Evidenz auf designbedingt hohen Evidenzlevels vorliegt, zu Standardverfahren erheben zu wollen: Die Quantität vorliegender Evidenz (im passenden Design) zeugt nicht zwingend davon, dass ein Verfahren einem anderen überlegen ist. Davon ist besonders dann nicht auszugehen, wenn die Psychotherapieforschung, die keine industrielle Förderung erfährt, oftmals Bias erzeugenden Mechanismen der Ressourcenverteilung zur Wirksamkeitsforschung unterliegt. Letzterer Punkt trifft ebenso wie der Hinweis von Leichsenring et al. (2018), dass nicht jedes Verfahren für alle Personen mit einer bestimmten Diagnose geeignet ist, auf die Maßnahmen im Bereich der Jugendhilfe zu: Maßnahmen der Gesundheitsversorgung können häufig aufgrund ihrer besseren Eignung zu bestimmten Studiendesigns als z.B. Maßnahmen der kommunalen Sozialarbeit einfacher als letztere Nachweise ihrer Wirksamkeit erbringen. Sobald die entsprechenden Studien zu Maßnahmen der Gesundheitsversorgung eher gefördert werden, entsteht ein zusätzliches Ungleichgewicht.

Durch die Konzentration von RCTs auf einen bestimmten Outcome werden unerwünschte Ereignisse (*adverse events*) einschließlich unerwünschter Auswirkungen der Intervention leicht vernachlässigt. In einem systematischen Review der Cochrane Collaboration (vgl. Gillies et al., 2016) zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Erfahrungen werden z.B. keine

unerwünschten Ereignisse aufgeführt. Es ist fraglich, ob die berücksichtigten RCTs tatsächlich vollständig ohne derartige Ereignisse abgelaufen sind. Die Autor*innen des Reviews merken stattdessen an: "Researchers provided no adverse events data" (Gillies et al., 2016, S. 23). Möglich wäre rein theoretisch, dass es in den in den Review der Cochrane Collaboration aufgenommenen Trials tatsächlich keine unerwünschten Ereignisse gegeben hat: RCTs haben in der Regel geringe Teilnehmendenzahlen in Interventions- und Kontrollgruppen. Ein unerwünschtes Ereignis, das in direktem Zusammenhang mit der Intervention steht, kann regelmäßig auftreten - aber zu selten, um in einem RCT mit einer Interventionsgruppe von n = 40 erfasst zu werden (vgl. Gray, 2009). Das heißt nicht, dass dieses Ereignis zu vernachlässigen wäre. In Bezug auf psychotherapeutische Interventionen in der Gesundheitsversorgung sind unter anderem diejenigen unerwünschten Ereignisse, die in einem Kausalzusammenhang mit der Therapie stehen, lange vernachlässigt worden (vgl. Haupt et al., 2018). Die oft fehlende Repräsentation unerwünschter Ereignisse und unerwünschter (oder ausbleibender) Langzeitwirkungen von Interventionen in der klinischen Forschung insgesamt wird vorläufig eher noch durch unterschiedliche Bias verstärkt (vgl. Klemperer, 2010). Dass Nebenwirkungen korrekt durchgeführter Behandlungen und Kunstfehler z.B. in Form von nicht durch Behandlungskonzepte gerechtfertigter Gewaltausübung gegen Minderjährige durch Fachkräfte der Gesundheitsversorgung nicht in der Leitlinie berücksichtigt werden, dürfte zwei Gründe haben: Erstens konzentriert die Leitlinie sich auf Vernachlässigung und Gewalt durch Personensorgeberechtigte (vgl. Leitlinienbüro, 2019). Zweitens ist zur Häufigkeit und den besonderen Faktoren der Gewaltausübung gegen Kinder und Jugendliche, die durch Fachkräfte der Gesundheitsversorgung ausgeübt wird - im Gegensatz zu Gewalt in pädagogischen Handlungsfeldern - noch wenig bekannt (vgl. Kindler & Fegert, 2015). Unter anderem die im Juni 2019 durch den WDR erfolgte Aufdeckung der sexualisierten Gewalt und der Vertuschungsversuche am Universitätsklinikum des Saarlands (vgl. Martens et al., 2019) machen aber deutlich, dass ein stärkeres Bewusstsein unter Fachkräften der Gesundheitsversorgung für Täter*innenschaft in den eigenen Organisationen notwendig ist (vgl. DGKJP-Vorstand, 2019).

Geht es um Behandlungen im Kompetenzbereich der Gesundheitsversorgung, ist die umfassende Aufklärung vor Beginn einer Behandlung Patient*innenrecht (vgl. Haupt et al. 2018). Gegenüber Personensorgeberechtigten ist im Bereich der Jugendhilfe neben den rechtlichen Rahmungen eine umfassende Aufklärung auch deshalb notwendig, um ihr Vertrauen in die Jugendhilfe zu erhalten bzw. nach negativen Erfahrungen wiederherzustellen (vgl. Kölch, 2010). Für Minderjährige ist die umfassende Aufklärung bei der Auswahl von Maßnahmen wichtig, um die ihnen in allen sie direkt betreffenden Belangen rechtlich zugesicherte Partizipation zu garantieren (vgl. § 8 SGB VIII). Ohne die notwendigen Informationen kann keine Beteiligung an einer Entscheidungsfindung stattfinden. Für das bisher für den Bereich der Gesundheitsversorgung fehlende Äquivalent in Form der Handlungsempfehlung Nr. 1 der Leitlinie zur grundsätzlichen Beteiligung von Kindern und Jugendlichen auch im Bereich der Gesundheitsversorgung liegt nicht nur Evidenz vom Level 1- vor, sie wurde auch mit 100 % Konsens verabschiedet (vgl. Leitlinienbüro, 2019).

# Schlussfolgerungen

Eine nach Maßstäben der Gesundheitsversorgung evidenzbasierte Leitlinie für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung zum Umgang mit Aspekten eines Themenfeldes, das von unterschiedlichen Disziplinen und Professionen in diversen einzelnen Handlungsfeldern bearbeitet wird, zu erarbeiten, ist kompliziert. Bestimmte schwierige Aspekte der Leitlinienerarbeitung sind nicht bzw. nur indirekt den Maßstäben der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung zuzurechnen: Das Fehlen der Gesundheitsversorgung als einem Lebensbereich, in dem Minderjährige Gewalt ausgesetzt sein können, ist mutmaßlich eher der Schwerpunktsetzung auf Personensorgeberechtigte zuzurechnen und sollte bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigt werden. Der Anspruch der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung führt aber fraglos zu Schwierigkeiten: Ein Teil der internationalen Evidenz ist nicht auf die Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar, ohne eine Diffusion bzw. Überschreitung von Kompetenzbereichen unterschiedlicher

Handlungsfelder wahrscheinlich zu machen. Gerade in Bezug auf die Jugendhilfe, deren Kompetenzbereich und Handlungsspielräume unter der besonderen Berücksichtigung des Schutzes der Rechte aller Beteiligten festgelegt sind, ist das riskant.

Aus der Bewertung und Nutzung von bestehender Evidenz heraus werden vorläufig Personengruppen als Nutzer*innen der Gesundheitsversorgung exkludiert, während andere im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdungen markiert werden. Die fehlenden Möglichkeiten zur Berücksichtigung sozialer Ungleichheit und (mehrfachen) Marginalisierungen von Personengruppen sind anteilig konkreten Forschungsdefiziten, hier aber zweifellos auch den derzeitigen Maßstäben der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung geschuldet. Als Resultat besteht die Gefahr, dass Personengruppen in der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit Kinderschutzaspekten diskriminiert werden, bestehende Benachteiligungen und Pathologisierungen verdeckt werden und Kinder und Jugendliche und ihre Personensorgeberechtigten im Einzelfall keine bedarfsgerechte Unterstützung finden.

Der Einzelfallbezug unter Einbezug sozialer Rahmenbedingungen, dem in Kinderschutzfällen eine elementare Bedeutung zukommt, ist mit den derzeitigen Maßstäben der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung schwerlich vereinbar. Das Leitlinienbüro und die Leitliniengruppe haben sich darum bemüht, die evidenzbezogenen Defizite der Handlungsempfehlungen in den weiteren Bestandteilen der Leitlinie (weiterführende Informationen, Wording, Expert*innenmeinungen etc.) bestmöglich auszugleichen (vgl. Leitlinienbüro, 2019). Die grundsätzlichen Schwierigkeiten bestehen allerdings weiterhin. Eine Schlussfolgerung wäre, sich von den Maßstäben der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung im Bereich der evidenzbasierten klinischen Praxis in Bezug auf Kinderschutzfälle zu verabschieden. Die bessere Alternative dürfte sein, diese Maßstäbe weiterzuentwickeln, bis sie der Versorgung einer heterogenen Bevölkerung nicht nur in Bezug auf Kinderschutzfälle gerecht werden.

Leitlinien bzw. das in ihnen aufbereitete Fachwissen sind nur ein Teil der evidenzbasierten klinischen Praxis. Der zweite Bestandteil ist die Übertragung auf den Einzelfall in dem Ausmaß und der Form, in denen sie den einzelnen Patient*innen bzw. Klient*innen helfen. Diesem Transfer als Kern jedes professionellen Handelns kommt in den Handlungsfeldern des Kinderschutzes und an ihren Schnittstellen besondere Bedeutung zu. Neben den Fragen zur Weiterentwicklung der Evidenzbasierung bleibt damit auch die Frage, welchen Stellenwert wir der Transferkompetenz Professioneller in der Ausbildung und der alltäglichen Arbeitspraxis künftig in Bezug auf Kinderschutzfälle beimessen - und welche Ressourcen. Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht auf Schutz vor Gewalt und Vernachlässigung. Die Wahrung dieses Rechts setzt die Bereitschaft voraus, den beteiligten Professionellen die Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Arbeit mit Einzelfällen verlangt.

# Literatur

Andresen, S. (2018). Soziale Lebenslagen, Kindeswohlgefährdung und sexuelle Gewalt - Zur Problematik einseitig hergestellter Zusammenhänge. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis (S. 242-251). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Bozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Norris, S. & Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines. 3. Rating the quality of evidence. Journal of Clinical Epidemiology, 64, 401-406.

Brenssell, A. & Hartmann, A. (2017). Kontextualisiertes Traumaverständnis in der Arbeit gegen Gewalt an Frauen. Familiendynamik, 42 (1), 28-39.

Brockington, I., Chandra, P, Dubowitz, H., Jones, D., Moussa, S., Nakku, J. & Ferre, I. Q. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry, 10 (2), 93-102.

Brockington, I., Butterworth, R. & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. Archives of women's mental health, 20 (1), 113-120.

Buchner, B. (2010). Evidence-based Public Health aus juristischer Perspektive. In A. Gerhardus, J. Breckenkamp, O. Razum, N. Schmacke & H. Wenzel (Hrsg.), Evidence-based Public Health (S. 111-117). Bern: Verlag Hans Huber.

DGKJP-Vorstand - Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2019). Stellungnahme zur aktuellen Pressedebatte über Grenzverletzungen in kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Einrichtungen*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 47 (5), 469-474.

Gerhardus, A. (2010). Evidence-based Public Health. Ein Gebiet in Entwicklung. In A. Gerhardus, J. Breckenkamp, O. Razum, N. Schmacke & H. Wenzel (Hrsg.), Evidence-based Public Health (S. 17-29). Bern: Verlag Hans Huber.

Gerlach, H., Becker, N. & Abholz, N.N. (2008). Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendiskussion mit Hausärzten. Z. Allg. Med., 84, 428-435.

Gerlach, H., Abholz, H-H., Koc, G., Yilmaz, M. & Becker, N. (2011). "Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden". Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. Z. Allg. Med., 88 (2), 77-85.

Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C. & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10, Nr. CD012371 [Review]. Verfügbar unter: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012371/full [12.12.2019].

Gray, M. (2009). Evidence-based Healthcare and Public Health. How to make decisions about health services and public health. 3. Auflage. Edinburgh u.a.: Elsevier Limited.

Haupt, M.-L., Linden, M. & Strauß, B. (2018). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung (S. 1-13). 2. Auflage. Berlin: MWV.

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity. A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. BMC Pregnancy and Childbirth, 17 (2). DOI 10.1186/s12884-017-1491-5

Kindler, H. & Fegert, J. M. (2015). Missbrauch in Institutionen. Empirische Befunde zur grundlegenden Orientierung. In J. M. Fegert & M. Wolff (Hrsg.), Kompendium "Sexueller Missbrauch in Institutionen". Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention (S. 167-185). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Klatetzki, T. (2005). Professionelle Arbeit und kollegiale Organisation. Eine symbolisch- interpretative Perspektive. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hrsg.), Organisation und Profession (S. 253-284). Wiesbaden: VS

Verlag für Sozialwissenschaften.

Klemperer, D. (2010). Kommunikation von Public Health-Evidenzergebnissen. In A. Gerhardus, J. Breckenkamp, O. Razum, N. Schmacke & H. Wenzel (Hrsg.), Evidence-based Public Health (S. 131-143). Bern: Verlag Hans Huber.

Kölch, M. (2010). Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. In Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen (S. 753-788). München: Deutsches Jugendinstitut.

Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S. & Steinert, C. (2018). "Gold Standards , Plurality and Monocultures. The Need for Diversity in Psychotherapy. Frontiers in Psychiatry, 9, Art. Nr. 159. DOI 10.3389/fpsyt.2018.00159

Leitlinienbüro - Kinderschutzleitlinienbüro (2019). AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Langfassung 1.0. AWMF-Registernummer: 027 - 069. Verfügbar unter: https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie/leitlinie-materialien-zum-downloaden [01.12.2019].

Leitlinienbüro - Kinderschutzleitlinienbüro (2019b). Evidenzaufbereitung AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). AWMF-Registernummer: 027 - 069. Verfügbar unter: https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie/leitlinie-materialien-zum-downloaden [01.12.2019].

Leitlinienbüro - Kinderschutzleitlinienbüro (2018). AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Leitlinienreport 1.0, 2018, AWMF-Registernummer: 027 - 069. Verfügbar unter: https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie/leitlinie-materialien-zum-downloaden [01.12.2019].

Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius J. & Kerns, J. L. (2017). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. Obstetrics and gynecology, 124 (6), 1120-1127.

Martens, K., Müller, P. F. & Schmitt, J. (2019). Jahrelang vertuscht. Mutmaßlicher Missbrauch an Uniklinik [Video]. Verfügbar unter: https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/klinik-missbrauch-saarland-100.html [01.12.2019].

NZFH, DJI & TU Dortmund - Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut und Technische Universität Dortmund (Hrsg.) (2018). Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln: NZFH.

Razum, O., Breckenkamp, J. & Brzoska, P. (2016). Epidemiologische Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 275-321), 6. durchgesehene Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.

Schlingmann, T. (2018). Genderaspekte sexualisierter Gewalt gegen Jungen. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis (S. 261-269). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

SGB VIII - Achtes Sozialgesetzbuch (Kinder und Jugendhilfe) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11.September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S.2652) geändert worden ist.

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2019). A guideline developer's handbook. Überarbeitete Auflage. Edinburgh: SIGN.

TSG - Transsexuellengesetz vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) geändert worden ist.

Wazlawik, M., Christmann, B., Rothländer, J. & Pöter, J. (2018). Kooperation im Umgang mit sexualisierter Gewalt. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis (S. 609-616). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Gaebel, W., Zielasek, W., Maier, W., Wagner, M., Hapke, U., Siegert, J. & Höfler, M. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). Bundesgesundheitsblatt, 55, 980-990.

Zodehougan, S. & Steinhauer, S. M. (2018). Intersektionalität und sexualisierte Gewalt. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis (S. 119-127). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

# Abkürzungsverzeichnis

AGREE - Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

BAGkjpp - Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

BfE e.V. - Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.

CBT - Cognitive Behavior Therapy

CDC - Center for Disease Control and Prevention

DEGS1 - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

DJI - Deutsches Jugendinstitut

NZFH - Nationales Zentrum Frühe Hilfen

RCT - Randomized Controlled Trial

RKI - Robert Koch-Institut

RTSK - Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch

SGB VIII - Achtes Sozialgesetzbuch

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network

TSG - Transsexuellengesetz

TU - Technische Universität

UBSKM - Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

WDR - Westdeutscher Rundfunk

WHO - World Health Organization

# Autor

**Alex Stern**
a.stern@bitte-keinen-spam-uni-bielefeld.de

Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG3 Epidemiologie & International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. An der Entwicklung der Kinderschutzleitlinie war er in der Leitliniengruppe als Mitglied des Betroffenenrats beim UBSKM zum Einbezug der retrospektiven Patient*innenperspektive von Kindern und Jugendlichen beteiligt.