

**BACHELORARBEIT**

# **Pflegerische Möglichkeiten der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung**

---

Vorgelegt am 31. Mai 2021

Von Josephine Müller

---

1. Prüferin: Prof. Miriam Tariba Richter
  2. Prüferin: Katrin Dehning
- 

**Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg**  
Departement Pflege und Management  
Alexanderstraße 1  
20099 Hamburg

## **Abstract**

Hintergrund: Da Kindesmisshandlungen erhebliche gesundheitliche Folgen für die Betroffenen haben können und damit ein hohes gesundheitsgefährdendes Risiko darstellen, fällt die Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung mit in den Aufgabenbereich von Pflegekräften in Deutschland. Die Thematik ist jedoch weder ein fester Teil der Pflegeausbildung/des Pflegestudiums, noch gibt es Übersichten oder Leitlinien zu den Möglichkeiten, die Pflegekräften zur Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung zur Verfügung stehen.

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Relevanz von Pflegekräften in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung aufzuzeigen, sowie ihre Handlungsmöglichkeiten vorzustellen. Die Arbeit soll dazu beitragen, die hohe Dunkelziffer zu verringern und langfristig Kindesmisshandlungen in Deutschland vorzubeugen.

Methodik: Mittels einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL wurden, anhand festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien, 26 Studien und Expertenbeiträge ermittelt, die nach einer Qualitätsprüfung in die vorliegende Literaturübersichtsarbeit inkludiert wurden. Diese werden in dieser Arbeit in Bezug auf die Leitfrage *Welche Möglichkeiten stehen Pflegekräften zur Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung zur Verfügung?* qualitativ analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse aus den Studien zeigen folgende pflegerischen Möglichkeiten in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung auf: Wissen aneignen; Resilienz und Fürsorgekompetenz steigern; Edukation von Eltern/Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen; Risikofaktoren identifizieren; Anzeichen wahrnehmen und Verdacht melden. Ebenso bildeten sich aber auch eine Reihe an Barrieren heraus, die die pflegerische Arbeit im Kinderschutz beeinträchtigen können, woraus sich Handlungsbedarfe für Praxis, Lehre und Forschung ergeben.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Literatur zeigt, dass Pflegekräfte aufgrund ihrer ressourcenorientierten Arbeitsweise und ihren häufig vertrauensvollen Beziehungen zu Kindern und ihren Eltern/Sorgeberechtigten einen essenziellen Beitrag in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung leisten können.

Schlüsselworte: Kindesmisshandlung, Früherkennung, Prävention, Pflege

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	II
1 Einleitung.....	1
2 Methodik.....	3
3 Wissenschaftlicher Hintergrund.....	5
3.1 Kindesmisshandlung.....	5
3.1.1 Definitionen.....	5
3.1.2 Misshandlungsformen.....	7
3.1.3 Risiko- und Schutzfaktoren.....	8
3.1.4 Folgen für die Betroffenen.....	9
3.2 Früherkennung, Prävention und Kinderschutz.....	11
3.2.1 Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von Kindesmisshandlung..	11
3.2.2 Prävention als Aufgabe von Pflegekräften.....	12
3.3 Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland.....	13
3.3.1 Prävalenz.....	13
3.3.2 Gesetzgebung und Richtlinien.....	15
4 Ergebnisse.....	16
4.1 Wissen aneignen.....	17
4.2 Resilienz und Fürsorgekompetenz steigern.....	19
4.3 Edukation von Eltern/Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen.....	21
4.4 Risikofaktoren identifizieren.....	23
4.5 Anzeichen wahrnehmen und dokumentieren.....	24
4.6 Verdacht melden.....	27
5 Diskussion.....	31
5.1 Limitationen.....	35
5.2 Implikationen für die Praxis, Lehre und Forschung.....	35
6 Fazit.....	37
7 Literaturverzeichnis.....	39
Anhang.....	III

## Abkürzungsverzeichnis

APN	-	Advanced Practice Nurse
AHT	-	Abusive Head Trauma
BC	-	Britisch-Columbia
BGB	-	Bürgerliches Gesetzbuch
BKiSCHG	-	Bundeskinderschutzgesetz
BMG	-	Bundesgesundheitsministerium
CAFH	-	Child and Family Health Nurse
CDC	-	Centers of Disease Control and Prevention
CHN	-	Community Health Nurse
CTQ	-	Childhood Trauma Questionnaire
FGKiKP	-	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft
FRC	-	Family Resource Center
KFN	-	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
MeSH Terms	.	Medical Subject Headings
MH	-	CINAHL Subject Headings
PCN	-	Primary Care Nurse
PHN	-	Public Health Nurse
PfIBG	-	Pflegeberufegesetz
PNP	-	Pediatric Nurse Practitioner
PTBS	-	Posttraumatische Belastungsstörung
SBS	-	Shaken Baby Syndrome
SEEK	-	Safe Environment for Every Kid - Programm
WHO	-	World Health Organization

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flussdiagramm zur Darstellung des Studienauswahlprozesses .....	4
Abbildung 2: Formen von Kindesmisshandlung.....	8

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Screening-Fragen zur Identifizierung von Kindesmisshandlung .....	26
Tabelle 2: Suchstrategie in der Datenbank PubMed (Eigene Darstellung) .....	IV
Tabelle 3: Suchstrategie in der Datenbank CINAHL (eigene Darstellung) .....	IV
Tabelle 4: Bewertung der einbezogenen Interventionsstudien .....	V
Tabelle 5: Bewertung der einbezogenen qualitativen Studien .....	VII
Tabelle 6: Bewertung der einbezogenen qualitativen Studien (Fortsetzung).....	VIII
Tabelle 7: Bewertung der einbezogenen systematischen Übersichtsarbeiten .....	IX
Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Eigene Darstellung) .....	X

# 1 Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat einen immensen Einfluss auf die Mehrheit der Bevölkerung. Kinder und Jugendliche sind besonders von der Pandemie und den behördlichen Eindämmungsmaßnahmen betroffen (vgl. Schlack et al., 2020: S.1). So wird von einem steigenden Risiko für Kindesmisshandlung und psychischen Belastungen gesprochen (ebd.). So sind im Jahr 2019 rund 55.500 Kindeswohlgefährdungen durch Jugendämter festgestellt worden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021) und Experten sprechen von einem zusätzlichen erheblichen Dunkelfeld (vgl. Fendrich, & Pothmann, 2010: S.1003). Die internationale Polizeiorganisation Interpol berichtet jedoch, dass im Zuge der COVID-19-Pandemie sogar weniger Fälle von Kindermisbrauch gemeldet wurden (vgl. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt, 2020). Dies könnte damit zusammenhängen, dass Kinder und Jugendliche aktuell seltener in Kontakt mit anderen Personen kommen, welche die Anzeichen von Kindermisshandlung erkennen könnten. Dabei können Kindesmisshandlungen, seien sie körperlicher oder seelischer Natur, schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen haben – insbesondere, wenn sie nicht frühzeitig erkannt werden (vgl. Hermann et al., 2016: S.40 ff.). Die körperlichen und psychischen Folgen können sich bis ins Erwachsenenalter ziehen, weshalb Kindesmisshandlung auch ein epidemiologisch relevantes und gesellschaftlich wichtiges Thema ist, das mit hohen gesellschaftlichen und ökonomischen Folgen behaftet ist (ebd.)

Umso wichtiger ist es Kindesmisshandlungen früh zu erkennen und im besten Fall vorzubeugen. Unter anderen Professionen sind auch Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem dazu in der Lage (vgl. Oeder et al., 2009: S.46 ff.). Unter den Gesundheitsberufen wird die Verantwortung der Aufdeckung und Prävention von Kindesmisshandlung häufig Ärzt\*innen übertragen (vgl. Francis et al., 2012: S.67). So gibt es viele Veröffentlichungen (vgl. Herrmann et al., 2016) und Leitlinien (vgl. Bundesärztekammer, 2020), die Ärzt\*innen für Warnsignale sensibilisieren, präventive Maßnahmen aufzeigen und das Vorgehen bei einem Verdachtsfall genau beschreiben, jedoch wenige, die ebendieses für Pflegekräfte tun. Dabei haben Pflegekräfte wichtige Informationen und Kenntnisse, die Ärzt\*innen vorenthalten bleiben, die zur Früherkennung von Kindesmisshandlung beitragen können. Dies ergibt sich aus dem

deutlich engeren zeitlichen, aber auch emotionalen Kontakt zum Kind und den Eltern/Sorgeberechtigte (vgl. DAKJ & DGKiM, 2016: S. 13). Es entsteht häufig ein professionelles Vertrauensverhältnis, das es Pflegekräften ermöglicht das Verhalten des Kindes und die Eltern/Sorgeberechtigten-Kind-Interaktion zu beobachten und Risikofaktoren und Warnsignale frühzeitig zu erkennen (ebd.).

Das Ziel dieser Arbeit ist die Relevanz von Pflegekräften in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung aufzuzeigen, sowie ihre Handlungsmöglichkeiten vorzustellen. Die Arbeit soll dazu beitragen, die hohe Dunkelziffer zu verringern und langfristig Kindesmisshandlungen in Deutschland vorzubeugen. Dazu wird folgende Frage leitend sein:

*Welche Möglichkeiten stehen Pflegekräften zur Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung zur Verfügung?*

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein Literaturreview, welches in einer qualitativen Analyse, anhand einer umfangreichen systematischen Literaturrecherche, die derzeitige Präventionssituation und hierbei insbesondere den Handlungsspielraum von Pflegekräften analysiert. Dazu wird zunächst die Methodik der systematischen Literaturrecherche dargestellt. Anschließend werden relevante Definitionen und Hintergrundinformationen zum Thema Kindesmisshandlung, Prävention und zur aktuellen Versorgungssituation in Deutschland erläutert. In Kapitel 4 werden die generierten Ergebnisse der Recherche mittels einer selbststrukturierten Darstellung präsentiert und kritisch bewertet. Es folgt die Diskussion der Ergebnisse und darauf basierend konkrete Implikationen für die Praxis, Lehre und Forschung. Abschließend folgt ein zusammenfassendes Fazit.

## 2 Methodik

Zur Beantwortung der Leitfrage wurde Mitte März 2021 eine systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Die Entscheidung für diese Datenbanken fiel aus dem Grund, dass Medline via Pubmed eine der umfangreichsten Fachdatenbanken im Gesundheitswesen und CINAHL insbesondere für pflegerische Fragestellungen geeignet ist (vgl. Nordhausen & Hirt, (2019). Zur Suche wurden die deutschen Begriffe *Pflegekräfte*, *Früherkennung*, *Prävention* und *Kindesmisshandlung* ins Englische übersetzt und Synonyme ermittelt, um alle relevanten Werke mit einzubeziehen. Daraufhin wurden datenbankinterne Schlagworte gesucht (Medical Subject Headings [MeSH Terms] und CINAHL Subject Headings [MH]) und diese mit den Bool'schen Operatoren AND und OR verknüpft (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3 im Anhang 1). Zusätzlich wurden folgende Filter gesetzt: 10 years; english; german; full text. Die Recherche ergab bei PubMed 92 und bei CINAHL 51 Treffer. Durch eine Doppelung und die Sichtung der Titel und Abstracts der Ergebnisse, konnten 57 Treffer anhand folgender Kriterien ein- und 88 Treffer ausgeschlossen werden.

Eingeschlossen werden Suchergebnisse, die folgende Kriterien erfüllen:

- Datum: Publikation zwischen 2011 und 2021
- Sprache: Artikel in Deutsch und Englisch
- Studientypen/-designs: Alle (inkl. grauer Literatur)
- Betreffen Kinder oder Jugendliche im Alter zwischen 0-18 Jahren
- Handelt von jeglicher Art von Kindesmisshandlung
- Enthält Maßnahmen durch berufliche Pflegekräfte in jeglichem Setting

Ausgeschlossen werden Suchergebnisse, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Betrifft Misshandlungsoffer über 18 Jahren
- Handelt von Gewalt in Intimpartnerschaften oder Elternmisshandlung durch Kinder



- Schließt keine Maßnahmen durch berufliche Pflegekräfte ein
- Veröffentlichung vor 2011
- Jegliche Sprachen außer Deutsch und Englisch

So befanden sich 57 Volltexte in der Vorauswahl, die gesichtet und auf ihre Eignung für die Beantwortung der Fragestellung geprüft werden mussten. Zwei Volltexte aus dem Jahr 2021 konnten trotz etwaiger Bemühungen in Folge mangelnder Zugangsrechte nicht beschaffen werden. Nach Sichtung der zugänglichen Volltexte mussten 29 weitere Quellen exkludiert werden, da sie sich aufgrund der aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien als ungeeignet darstellten.

Insgesamt erfüllten damit 26 Treffer die Einschlusskriterien und wurden in diesem Literaturreview berücksichtigt. Darunter befinden sich zwei Literaturübersichtsarbeiten, fünf Interventionsstudien, acht qualitative Studien sowie elf Expertenbeiträge. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 1 skizziert.

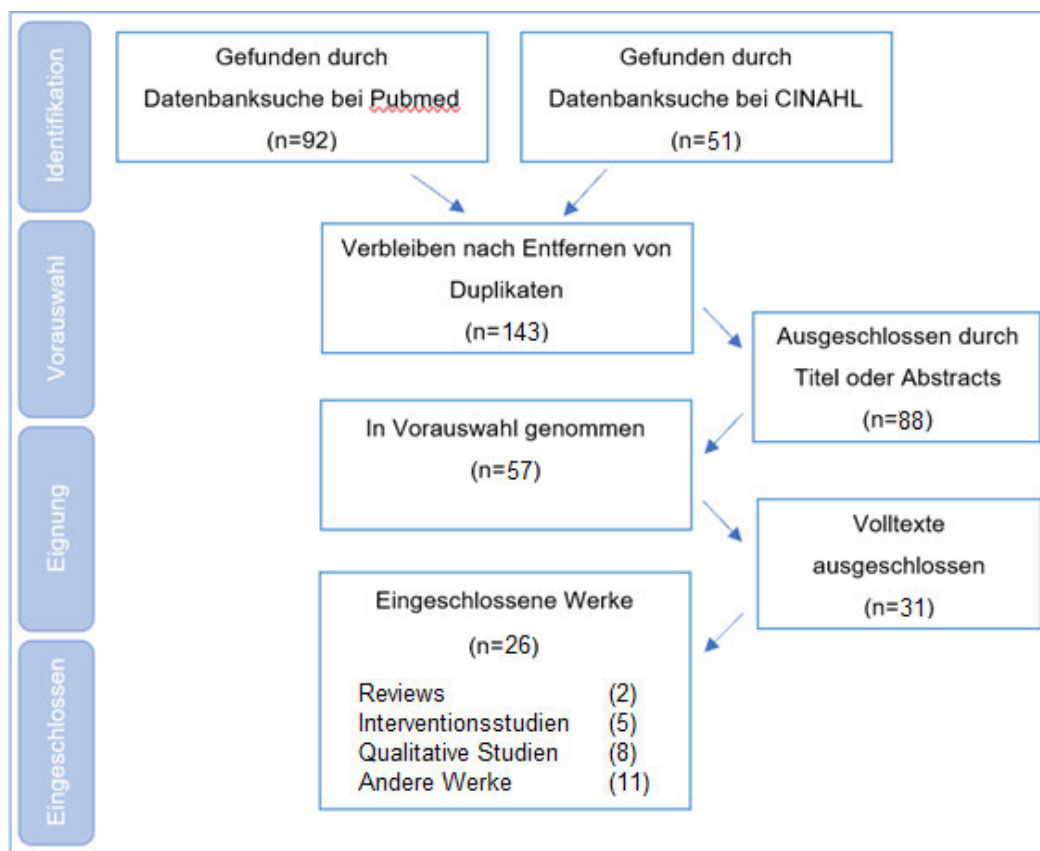


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Darstellung des Studienauswahlprozesses (Eigene Darstellung in Anlehnung an Moher et al., 2009)

Anhand von Checklisten nach Behrens und Langer (2010) wurde anschließend die Qualität der Studien kritisch beurteilt (siehe Tabellen 4, 5 und 6 im Anhang).

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Studien in Bezug auf die eingangs formulierte Fragestellung ausgewertet und die Ergebnisse in Kapitel 4 dargelegt. Zur Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrunds wurden zusätzliche Quellen nach dem Schneeballsystem und per Handsuche hinzugezogen.

### **3 Wissenschaftlicher Hintergrund**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die pflegerischen Möglichkeiten in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung aufzuzeigen. Dafür sind allgemeine Kenntnisse zum Thema Kindesmisshandlung, Begriffsbestimmungen, aktuelle Kennzahlen und rechtliche Grundlagen Voraussetzung. Diese werden in den folgenden Kapiteln erläutert.

#### **3.1 Kindesmisshandlung**

Zunächst folgt ein Überblick über die Definitionen und Formen von Kindesmisshandlung, sowie über ihre Risiko- und Schutzfaktoren und Folgen.

##### **3.1.1 Definitionen**

Weder national noch international gibt es eine einheitliche oder allgemeingültige Definition von Kindesmisshandlung (vgl. Oeder et al., 2009: S.3). Dies wird mit den unterschiedlichen gesellschaftlichen Normen und Maßstäben bezüglich des Erziehungsstils begründet. Wann die Fürsorge und Pflege eines Kindes als angemessen gilt und wann die Grenze der Tolerierbarkeit überschritten ist, kann sich im Laufe der Zeit und im kulturellen Kontext stark wandeln (vgl. Engfer, 2005: S.3 ff.; Gellert, 2007: S.5 ff.). Darüber hinaus werden die verschiedenen Begrifflichkeiten nicht einheitlich verwendet. So werden beispielsweise die Begriffe *Kindesmisshandlung*,

*Kindesmissbrauch* oder *Kindeswohlgefährdung* in verschiedenen Kontexten (Justiz, Gesundheit, Jugendhilfe) als übergeordnete Begriffe synonym zum Begriff „Gewalt gegen Kinder“ verwendet. In der internationalen Literatur sind Begriffe wie *Child Maltreatment* oder *Child Abuse* und *Child Neglect* zu finden. Dennoch gibt es allgemeine Begriffsbestimmungen, die dem Kern des Alltagsverständnisses von Kindesmisshandlung in der aktuellen gesellschaftlichen Epoche entsprechen (vgl. Wetzels, 1997: S.56) .

Die World Health Organization (WHO) definiert Kindesmisshandlung z.B. wie folgt:

„Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional illtreatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power.“  
(WHO, 2002: S.59)

Leeb et al. (2008) differenzieren in ihrer Definition zusätzlich zwischen Handeln und Unterlassen und beziehen auch die mögliche Schädigung des Kindes durch die Eltern/Sorgeberechtigten mit ein. Sie verstehen unter Kindesmisshandlung:

„Jede Form einer Handlung oder Unterlassung der Eltern oder anderer Sorgeberechtigter, die in einer Schädigung, einer potentiellen Schädigung oder in der Gefahr einer Schädigung des Kindes resultiert, auch wenn eine Schädigung nicht beabsichtigt war. Unter Handlung ist in diesem Zusammenhang der physische, sexuelle und psychische Missbrauch zu verstehen und mit Unterlassung ist die physische, emotionale, medizinische/zahnmedizinische, erzieherische Vernachlässigung sowie keine adäquate Beaufsichtigung und die Exposition gegenüber einer gewalttätigen Umgebung gemeint“ (Leeb et al., 2008: S.11).

Auf Grundlage dieser Definition wird im Folgenden Kindesmisshandlung als übergeordneter Begriff verwendet, der alle Subtypen von Misshandlung und die potenziell daraus resultierenden Schädigungen der Kinder miteinschließt.

### 3.1.2 Misshandlungsformen

Leeb et al. (2008) sind ein interprofessionelles Team des Centers of Disease Control and Prevention (CDC) in den USA. In einem mehrjährigen Prozess entwickelten sie die zuvor genannte Definition von Kindesmisshandlung, sowie die der verschiedenen Misshandlungsformen (vgl. Leeb et al., 2008: S.1 ff.). Kindesmisshandlung wird zunächst in Handlungen und in Vernachlässigungen bzw. Unterlassungen unterteilt (siehe Abbildung 2). Als Formen von Handlungen gelten körperliche und emotionale/psychische Misshandlung, sowie der sexuelle Missbrauch (ebd.). Bei Vernachlässigungen handelt es sich hingegen um das Versagen der Sorgeberechtigten für die basalen physischen, emotionalen oder erzieherischen Bedürfnisse des Kindes zu sorgen oder das Kind vor (potenziellem) Schaden zu schützen (ebd.). Vernachlässigung wird in unterlassene Fürsorge und in unterlassene Beaufsichtigung unterteilt. Die unterlassene Fürsorge kann noch weiter in körperliche, emotionale, (zahn-)medizinische und erzieherische Vernachlässigung gegliedert werden, sowie die unterlassene Beaufsichtigung in die inadäquate Beaufsichtigung und in das Aussetzen des Kindes gegenüber einer gewalttätigen Umgebung (ebd.). Leeb et al. (2008) beschreiben für alle Subtypen der Misshandlung eine Intentionalität bei der Handlung/der Unterlassung, wobei die negativen Konsequenzen nicht intendiert sein müssen (vgl. Leeb et al., 2008: S.11). Schon eine einmalige Gewalthandlung, wie zum Beispiel das Schütteln eines Säuglings, kann zu beträchtlichen Verletzungen eines Kindes führen (vgl. Oeder et al., 2009: S15). In den seltensten Fällen jedoch tritt eine Misshandlungsform isoliert auf. Sie kommen häufiger als „vielschichtige Mischformen vor, die unmittelbar aufeinander folgen oder gleichzeitig stattfinden bzw. sich überlagern und verstärken“ (Oeder et al., 2009: S.5). In Abbildung 2 sind die verschiedenen Misshandlungsformen zur besseren Übersicht schematisch dargestellt.

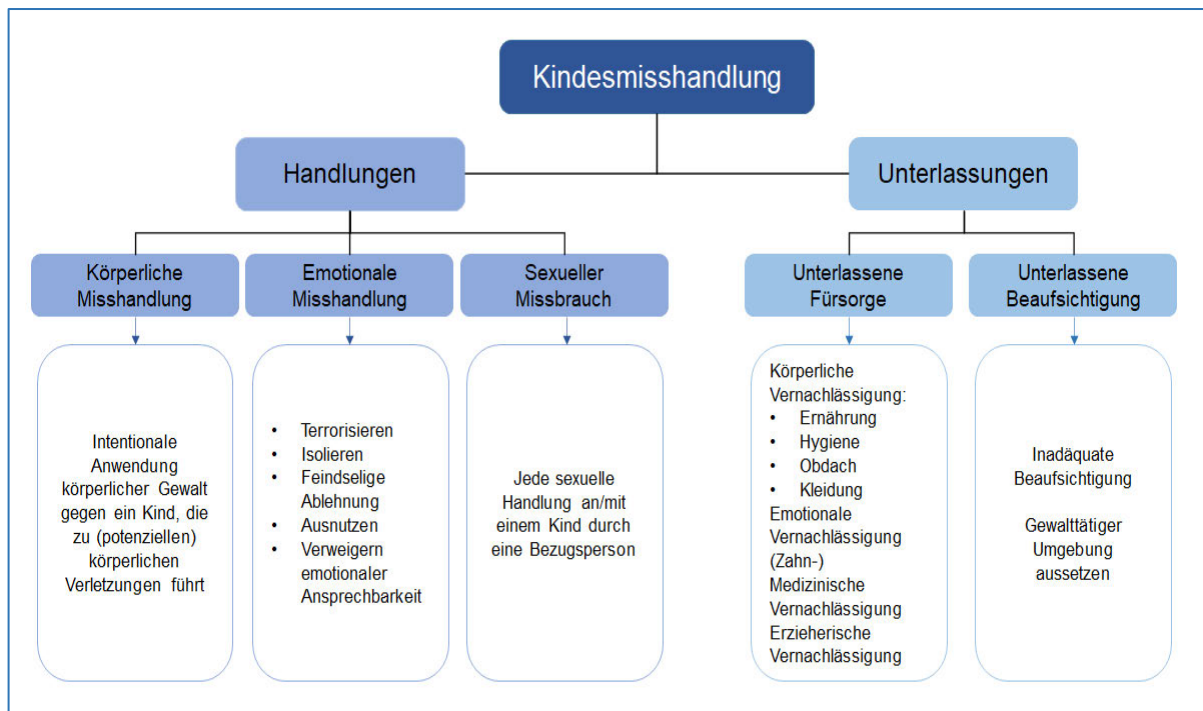


Abbildung 2: Formen von Kindesmisshandlung (Eigene Darstellung nach Leeb et al., 2008)

### 3.1.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Kindesmisshandlungen sind in der Regel Folgen einer Funktionsstörung im sozialen System Eltern/Sorgeberechtigten – Kind – Umgebung. Sie können ihren Ursprung sowohl in einer gestörten Beziehung zwischen Erwachsenen und Kind als auch im gestörten familiären System haben (vgl. Herrmann et al., 2016; Oeder et al., 2009: S.25). Die Eltern bzw. anderen Sorgeberechtigten und die Kinder sowie auch der soziale Kontext einer Familie können schädigende (Risiko-) und protektive (Schutz-) Faktoren besitzen (ebd.). Das Auftreten einzelner Risikofaktoren ist kein Indikator für ein erhöhtes Gewaltpotenzial in einer Familie. Addieren sich die Risikofaktoren jedoch überproportional zu den Schutzfaktoren einer Familie, kann dies zu einer Überforderung der Eltern/Sorgeberechtigten führen. Wenn sie diesen Stress nicht bewältigen können oder dieser durch äußere Einflüsse (z.B. durch Großeltern, Erziehungshelfer etc.) unterbrochen wird, kann eine Dynamik zwischen der Bezugsperson und dem Kind entstehen, die in einer Kindesmisshandlung mündet (vgl. Oeder et al., 2009: S.25-36).

Zu den Risikofaktoren der Eltern/Sorgeberechtigten gehören z.B. psychische/psychiatrische Auffälligkeiten, ein Defizit an Fürsorgekompetenz oder

biografische Belastungen wie Missbrauchserfahrungen in der eigenen Kindheit (vgl. Hermann et al., 2016: S.489 f.). Als kindliche Risikofaktoren gelten unter Anderem das Alter (Säuglinge unter einem Jahr sind besonders häufig betroffen), gesundheitliche Probleme oder Behinderungen, sowie Regulations- und Interaktionsstörungen der Kinder (z.B. Schlaf- oder Fütterungsstörungen) (vgl. Oeder et al., 2009: S.28 f.). Den sozialen Kontext betreffend zählen z.B. schlechte Wohnverhältnisse, die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht, sozial verarmte Nachbarschaften und kulturell bedingte Erziehungspraktiken zu den Risikofaktoren (ebd.). Als Schutzfaktoren gelten u.a. die bedingungslose Akzeptanz des Kindes durch die Eltern/Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen, die erfahrene elterliche Fürsorge, resiliente Persönlichkeitsmerkmale von Eltern/Sorgeberechtigten und des betroffenen Kindes, sowie das Bestehen einer guten Beziehung zu gleichaltrigen Kindern (ebd.).

### **3.1.4 Folgen für die Betroffenen**

Die Folgen für die Betroffenen von Kindesmisshandlungen sind vielfältig und können sich bis ins Erwachsenenalter erstrecken. Neben den rein körperlichen Verletzungsfolgen und Folgen einer Mangelversorgung treten insbesondere psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten häufig als Folge einer bzw. multipler und kombinierter Misshandlungen auf (vgl. Hermann et al., 2016: S.40).

#### **Somatische Folgen**

Körperliche Folgen wie Schmerzen, Kopfverletzungen, Hämatome, Verbrühungen, Verbrennungen und Frakturen können auftreten, wenn Eltern/Sorgeberechtigte ihre Kinder mit Händen, Peitschen oder Stöcken schlagen, sie gegen die Wand schleudern oder von der Treppe stoßen; wenn sie sie würgen, auf den Ofen setzen, mit Zigaretten oder heißem Wasser verbrennen. Infektionen und Intoxikationen kommen vor, wenn die Eltern/Sorgeberechtigten ihre Kinder in kaltem Wasser frieren lassen, sie ihren eigenen Urin trinken oder Kot essen lassen, oder vergiften (vgl. Deegener, 2009: S.813; Hermann et al., 2016: S.77 ff.). Besondere Formen der körperlichen

Misshandlung stellen die weibliche Genitalverstümmelung<sup>1</sup>, wie sie vor allem im afrikanischen Kulturraum üblich ist, und das Shaken-Baby-Syndrom (SBS) dar. Letzteres kann durch die unkontrollierten, rotierenden Bewegungen des Kopfes, die beim Schütteln eines Säuglings entstehen, retinale Blutungen, subdurale Hämatomme und schwere, oft diffuse Hirnschäden hervorrufen. Diese können zu körperlichen und geistigen Behinderungen oder gar zum Tod führen (vgl. Oeder et al., 2009: S.16 f.). Ebenso wird in der Literatur ein erhöhtes Risiko für kardio-vaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Adipositas bei den Betroffenen aufgeführt (vgl. Boynton-Jarrett et al., 2012).

### Psychische Folgen

Als psychische Folgen von Kindesmisshandlung zeigen sich bereits ab der frühen Kindheit internalisierende Störungen, wie Depressionen und Angststörungen (vgl. Norman et al., 2012: S.24), sowie externalisierende Störungen, wie Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) (vgl. Kindler, 2006: S. 16-4 ff.). Später kommen Lern- und Schulschwierigkeiten (ebd.) und ein erhöhtes Risiko für selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche hinzu (vgl. Lang & Sharma-Patel, 2011: S.34). Im Verlauf zeigen sich außerdem gehäuft tiefgreifende Scham- und Schuldgefühle (vgl. Oeder et al., 2009: S.20), schwerwiegendere Störungen des Sozialverhaltens sowie Substanzmissbrauch (vgl. Kindler, 2006: S.27-2) und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Hermann et al., 2016: S.259). Darüber hinaus können auch posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auftreten (vgl. Hermann et al., 2016: S.312). Zudem wird auch von einer intergenerationellen Transmission der Misshandlungserfahrungen (auch „Kreislauf der Gewalt“ genannt) gesprochen (vgl. Oeder et al., 2009: S.17). Das bedeutet, dass bei Eltern/Sorgeberechtigten, die selbst Missbrauch in der Kindheit oder Jugend erlebt haben, ein hohes Risiko besteht, ebenfalls wieder Gewalt bei der Erziehung der eigenen Kinder anzuwenden (ebd.).

Es liegen aktuell nur wenige Studien zu konkreten Symptomverläufen nach Kindesmisshandlung vor, deren Ergebnisse zudem heterogen sind. Es bedarf daher

---

<sup>1</sup> Die weibliche Genitalverstümmelung beschreibt jede nichttherapeutische, zum Beispiel religiös oder kulturell begründete, teilweise oder vollständige Entfernung oder Verletzung der weiblichen äußeren Genitale (vgl. WHO, 2020).

weiterer Studien, die die vielfältigen Folgen von Misshandlungen durch geeignete Messinstrumente erfassen (vgl. Witt, 2018:S.22).

## **3.2 Früherkennung, Prävention und Kinderschutz**

Prävention ist im Gesundheitswesen ein Oberbegriff für alle Maßnahmen und Aktivitäten, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheit zu fördern, Krankheiten oder gesundheitliche Schädigung zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern (vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2021b; Lauber & Schmalstieg, 2018: S.8). Unter Früherkennung wird die frühzeitige Identifikation von Erkrankungen, Risikofaktoren und Behinderungen verstanden und ist damit ein elementarer Bestandteil von Prävention (BMG, 2021a.). „Der Begriff des Kinderschutzes beinhaltet alle rechtlichen Regelungen und Maßnahmen des Staates sowie nicht-staatlicher Instanzen, die dem Schutz von Kindern dienen sollen“ (Jungmann, 2020). Maßnahmen zur Prävention von Kindesmisshandlung sind darin eingeschlossen. „Präventive Maßnahmen lassen sich nach dem Zeitpunkt, zu dem sie eingesetzt werden, der primären, der sekundären oder der tertiären Prävention zuordnen“ (BMG, 2021b).

In folgendem Kapitel wird diese Unterteilung auf die Prävention von Kindesmisshandlung angewandt und dargelegt, welche Präventionsart welche Maßnahmen umfasst. Anschließend wird die Prävention als Aufgabenbereich von Pflegekräften erörtert.

### **3.2.1 Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von Kindesmisshandlung**

Unter Primärprävention werden im Kinderschutz alle politischen und gesellschaftlichen Maßnahmen verstanden, welche gesellschaftliche Einstellungen fördern, die die Entwicklung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung minimieren und damit das Ausmaß von Kindesmisshandlungen reduzieren (vgl. Oeder et al., 2009: S.43).

Die sekundäre Prävention hingegen zielt auf Maßnahmen ab, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Kindesmisshandlung durch eine frühe



Identifizierung von Risikofaktoren, durch Früherkennung (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V., 2009: S.62) oder durch Interventionen in frühen Stadien der Misshandlung verringert (vgl. Oeder et al., 2009: S.43).

Tertiäre Präventionsmaßnahmen betreffen die Behandlung und Rehabilitation nach bereits stattgefundenener Misshandlung eines Kindes, beziehungsweise das Verhindern weiterer Gewalterfahrungen und der Entwicklung von sekundären Folgeschäden, insbesondere psychischer Störungen (vgl. Hermann et al., 2016: S.775).

### **3.2.2 Prävention als Aufgabe von Pflegekräften**

In §5 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) ist festgeschrieben, dass

„Pflege [...] **präventive** [Herv. D. Verf.], kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen [...]“

umfasst. Damit ist gesetzlich festgelegt, dass Pflegekräfte in Deutschland eine Mitverantwortung tragen, die Gesundheit der zu pflegenden Menschen zu fördern und das Auftreten von gesundheitsgefährdenden Risiken zu minimieren. Das präventive Handeln von Pflegekräften zeigt sich beispielsweise konkret bei der Erstellung einer Pflegeplanung, bei der die Bedarfserhebung und schließlich auch Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen eine Rolle spielt (vgl. §5 Abs.3, S.1e). Da Kindesmisshandlungen erhebliche gesundheitliche Folgen für die Betroffenen haben können (siehe Kap. 3.1.4) und damit ein hohes gesundheitsgefährdendes Risiko darstellen, fällt die Prävention von Kindesmisshandlung mit in den Aufgabenbereich von Pflegekräften in Deutschland.

### **3.3 Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland**

In Deutschland gibt es bis heute kaum valide Daten zur Häufigkeit von Kindesmisshandlungen. Das liegt einerseits an dem fehlenden einheitlichen Meldesystem bei (Verdachts-)Fällen von Misshandlung und andererseits am Fehlen einer eindeutigen Definition, die eine klare Grenze zwischen Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung zur Normalität zieht (vgl. Oeder et al., 2009: S.36). Es ist daher erschwert, aus den bestehenden Daten eine genaue Prävalenz abzuleiten. Dennoch gibt es eine Reihe aktueller Übersichtsarbeiten zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung in der europäischen Region und weltweit. Diese, vorhandene Deutsche Prävalenzstudien und die Gesetzgebung und Richtlinien Deutschlands werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt.

#### **3.3.1 Prävalenz**

Die Datenbasis für sexuellen Missbrauch von Kindern ist im Vergleich zu den anderen Misshandlungsformen am größten. Die Prävalenz wird von Stoltenborgh et al. (2011: S.84) nach der Befragung von Betroffenen weltweit auf 12,7% insgesamt, für Frauen\* auf 18% und Männer\* auf 7,6% geschätzt. Dies entspräche weltweit 164-197 Betroffenen von 1000 Mädchen\* und 66-88 Betroffenen von 1000 Jungs\*. Für Europa gaben Sethi et al. (2013: S.8) eine Prävalenz von 13,4% für Frauen und 5,7% für Männer an.

Nach den Studien zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch liegen vor allem Daten zur Epidemiologie von körperlicher Misshandlung vor. Stoltenborgh et al. (2013: S.85) geben hier eine internationale Prävalenz von 22,6% und Sethi et al. (2013: S.8) für die europäische Region eine von 22,9% an.

Die Themen Kindesvernachlässigung und emotionale Misshandlung erhalten in der Öffentlichkeit und in den Fachkreisen bisher weniger Aufmerksamkeit. Dieser Umstand ist auch unter dem Terminus „Vernachlässigung der Vernachlässigung“ bekannt (vgl. Hermann, B.; 2005: S.1). Dennoch liegen auch hierfür Metaanalysen vor. Die weltweite Prävalenz der emotionalen Misshandlung von Kindern wird auf 36,3% (vgl. Stolthenborgh et al., 2012: S.877) und im europäischen Bereich auf 29,1% geschätzt (vgl. Sethi et al., 2013: S. 8). Sethi et al. (2013: S.8) schätzen die Prävalenz

körperlicher Vernachlässigung auf 16,3% und die, emotionaler Vernachlässigung auf 18,4%. Sethi et al. (2013) geben in ihrem Bericht keine Zahlen zur Vernachlässigung in Europa an.

Für Deutschland liegen bis zu diesem Zeitpunkt lediglich drei bevölkerungsrepräsentative Studien zum Ausmaß von Kindesmisshandlung vor. Zwei dieser Studien fokussieren sich auf den sexuellen Missbrauch von Kindern und wurden vom kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) im Abstand von etwa 20 Jahren durchgeführt. Im Jahr 1992 wurden 3241 Personen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren retrospektiv zu ihren Erlebnissen in Kindheit und Jugend befragt. Dort ergab sich eine Prävalenz von 18,1% für Frauen\* und 7,3% für Männer\* (Wetzels, 1997: S.14). Wird eine Altersschutzgrenze von 14 Jahren gesetzt, verringern sich die Prävalenzraten auf 10,1% für Frauen\* und 3,4% für Männer\* (ebd.). Diese Ergebnisse lassen eine internationale Übereinstimmung bzgl. der Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch vermuten. Die zweite Befragung der KFN wurde 2011 bei n=11.428 Personen zwischen 16 und 40 Jahren zu sexuellen Missbrauchserfahrungen mit Körperkontakt unter 14 Jahren durchgeführt. Hier ergab sich eine Prävalenz von 5,2% für Mädchen\* und 1,1% für Jungen\* (Bieneck et al. 2012: S.40). Werden diese beiden Studien verglichen, ist ein deutlicher Rückgang der Raten von sexuellem Missbrauch zu finden. Die Studien werden jedoch häufig kritisiert, da ihnen unterschiedliche Methodiken zugrunde liegen und damit schwer vergleichbar sind (vgl. Witt, 2018: S.6).

Die dritte deutsche bevölkerungsrepräsentative Studie stammt von Häuser et al. (2011) und hat als einzige mehrere Formen von Kindesmisshandlung erfasst. Es wurden ca. 2500 Teilnehmer\*innen zu Misshandlungserfahrungen in ihrer Kindheit mittels dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) befragt (vgl. Häuser et al., 2011: 288 f.). Dabei gaben 10,8% schwere körperliche Vernachlässigung, 6,6% schwere emotionale Vernachlässigung, 1,9% schwere körperliche Misshandlung, 1,9% schweren sexuellen Missbrauch und 1,6% an, schwere emotionale Misshandlung erlebt zu haben (ebd.). Diese Werte sind niedriger als die in den weltweiten und europäischen Metaanalysen. Dies kann jedoch mit unterschiedlichen Definitionen und Erhebungsmethoden begründet werden. Übereinstimmend lässt sich jedenfalls feststellen, dass Kindesmisshandlung kein seltenes Phänomen ist.

### 3.3.2 Gesetzgebung und Richtlinien

Nach dem §1631, Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) haben Kinder ein Recht auf eine gewaltfreie Erziehung. Demnach sind alle entwürdigenden Maßnahmen, wie z.B. körperliche Bestrafungen und seelische Verletzungen unzulässig (vgl. §1631, Abs. 2, BGB). Um allen Kindern dieses Recht zukommen zu lassen, ist am ersten Januar 2012 das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) in Kraft getreten. Es regelt den aktiven Kinderschutz in Deutschland. Das Gesetz sieht für „Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes“ (§4 Abs.1 BKISCHG) folgende Regelung zum Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung vor:

1. Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen und den Eltern/Sorgeberechtigten: Hinwirkung auf Inanspruchnahme von Hilfen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird
2. Bei Unsicherheiten bzgl. der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung besteht ein Anspruch auf Beratung durch eine Fachkraft des Jugendamtes – Erlaubnis zur pseudonymisierten Datenübermittlung
3. Kann die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung nicht durch ein Gespräch nach 1. abgewendet werden, besteht für die in Absatz 1 benannten Personen die Befugnis zur Einschaltung des Jugendamtes unter Mitteilung der erforderlichen Daten. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt würde. (ebd.)

Eine Meldepflicht wird durch das Gesetz nicht begründet.

Für alle Bundesländer liegen Leitfäden für Ärzt\*innen zu Abklärung einer möglichen Kindemisshandlung vor. Die Leitfäden enthalten Hinweise zu Anzeichen einer Kindesmisshandlung, Unterlagen zur Dokumentation, Informationen zu den beachtenden Rechtsgrundlagen und Hinweise zu verfügbaren Hilfesystemen (vgl. Bundesärztekammer, 2020). Entsprechende Leitfäden für Pflegekräfte wurden nicht gefunden.

## 4 Ergebnisse

In dieses Literaturreview werden 26 internationale Werke, veröffentlicht zwischen 2011 und 2021, aus der systematischen Literaturrecherche (siehe Kap. 2) inkludiert. Sie stammen überwiegend aus den westlichen Industrieländern (n=18) und beschäftigen sich entweder explizit mit der Rolle und den Erfahrungen von Pflegekräften im Kinderschutz und/oder mit Präventionsmaßnahmen, die Pflegekräfte miteinschließen. Die Mehrheit der Studien (n=16) befasst sich speziell mit Pflegekräften, die Hausbesuche durchführen (*Pediatric Nurse Practitioners [PNPs]; Advanced Practice Nurses [APNs]; Community Health Nurses [CHNs]; Public Health Nurses [PHNs]; Child and Family Health Nurses [CAFH]; Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen [FGKiKPs]*), während sich andere Studien im klinischen Setting (n=9) oder in selbständigen Projekten bewegen (n=1).

Die Datenextraktion erfolgt nach der kritischen Bewertung der Literatur. Unter den 26 einbezogenen Werken, waren 15 Studien, die mittels der Checklisten nach Behrens & Langer (2010) geprüft werden konnten. Sie sind hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit und Anwendbarkeit größtenteils von guter Qualität (Notenvergabe  $\geq 3$ ) (siehe Tabellen 3-5 im Anhang). In drei Fällen ist die Aussagekraft mangelhaft (Notenvergabe  $\leq 4$ ), weswegen die Ergebnisse dieser Studien kritisch betrachtet werden. Die häufigsten Mängel in der Qualität wurden durch fehlende Randomisierungen und Kontrollgruppen, kleine Stichprobengrößen oder eine mangelhafte Methoden- und Ergebnisdarstellung festgestellt. Die elf übrigen Werke sind Expertenbeiträge, Autorenmanuskripte und Positionspapiere, deren wissenschaftliche Qualität und Aussagekraft grundsätzlich niedriger eingeschätzt wird. Sie können jedoch trotzdem in der Beantwortung der Leitfrage Anwendung finden, da in dieser Arbeit vorrangig pflegerische Möglichkeiten der Früherkennung und Prävention aufgezeigt werden sollen. Hinsichtlich der Effektivität der Interventionen werden die Ergebnisse der Werke jedoch besonders kritisch betrachtet.

Die wichtigsten Daten der Publikationen sind in Tabelle 8 (siehe Anhang 5) zusammengefasst. Die extrahierten Daten beinhalten die Autor\*innen, das Publikationsjahr, das Land, das Studienziel, das Studiendesign, eine Beschreibung der Methode/Intervention und der Stichprobe, sowie die wichtigsten Ergebnisse.

Die Ergebnisse aus den Studien lassen sich in Bezug auf die pflegerischen Möglichkeiten in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung in sechs grobe Themenbereiche einteilen: (1) Wissen aneignen; (2) Resilienz und Fürsorgekompetenz steigern; (3) Edukation von Eltern/Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen; (4) Risikofaktoren identifizieren; (5) Anzeichen wahrnehmen und dokumentieren und (6) Verdacht melden. Diese werden in den folgenden Kapiteln ausführlich dargelegt.

## **4.1 Wissen aneignen**

Pflegekräfte können das Leben von Kindern stark beeinflussen, wenn sie ein umfassendes Verständnis von Kindesmisshandlung und deren Folgen haben (vgl. Hornor, G., 2015: S.197; Anselmi, 2011: S.17). In zahlreichen Studien berichten Pflegekräfte jedoch, von einem Mangel an Wissen und Vertrauen, um Kindesmissbrauch identifizieren und adäquat darauf reagieren zu können (vgl. Dubowitz et al., 2012; Lines et al., 2017; Scharmanski & Renner, 2018: S.12.; vgl. Leite et al., 2016: S.4; Schols et al., 2013: S.13; Francis et al., 2012: S.66; Pietrantonio et al.; 2013: S.104; Visscher & van Stel, 2017: S.269; Souza Aragao et al., 2013: S.177). Während die Mehrheit der Pflegekräfte sich ihrer ethischen und gesetzlichen Verpflichtung zur Meldung von Kindesmisshandlung bewusst sind (vgl. Lines et al., 2017: S.303), bestehen Unsicherheiten bezüglich der Anzeichen und Risikofaktoren von Kindesmisshandlung (vgl. Hornor et al., 2015: S.543; Souza Aragao et al., 2013: S. 177), der angemessenen Gesprächsführung (vgl. Pietrantonio et al., 2013: S.107; Schols et al., 2013: S.14;), der Notwendigkeit von Beweisen (vgl. Francis et al., 2012: S.66) und Interventionen (vgl. Lines et al., 2017: S.303) und des Meldeprozesses (vgl. Lines et al., 2017: S.315; Dubowitz et al., 2012: S.303; Francis et al., 2012: S.66; Hornor et al., 2015: S.95).

Verschiedene Studien zeigen, dass sich Pflegekräfte nach edukativen Interventionen, wie Fortbildungen und Schulungen, sicherer und kompetenter bei der Bewältigung von präventiven Maßnahmen und im Umgang mit Verdachtsfällen fühlen (vgl. Dubowitz et al., 2012: S.265; Hornor et al., 2015: S.531; Schols et al., 2013: S.12; Nocera et al., 2016: S.e5). In der Interventionsstudie von Dubowitz et al. (2012: S.261) beispielsweise, wurden Ärzte (n=35) und Nurse Practitioners (n=15) im Rahmen des

Safe Environment for Every Kid-Programms (SEEK) in kleinen Gruppen zu Auswirkungen von elterlichen Risikofaktoren auf die Gesundheit, Entwicklung und Sicherheit der Kinder und in Techniken der Gesprächsführung geschult. Die Teilnehmer\*innen berichteten noch 36 Monate nach der ersten Schulung von einer wahrnehmbaren Verbesserung ihrer Unsicherheiten und Kompetenzen (ebd.). Hornor et al. (2015) generierten in ihrer Studie ähnliche Ergebnisse. Neben anderen Teilnehmer\*innen nahmen auch 671 Pflegekräfte verschiedener Qualifikationen an einer 60-minütigen Schulung zu den Auswirkungen von körperlicher Bestrafung von Kindern und alternativen Methoden der Disziplinierung teil (vgl. Hornor et al., 2015: S.530). Die Intervention veränderte die Meinung vieler Teilnehmer\*innen hinsichtlich körperlicher Bestrafungen. Während vor der Intervention mehr als ein Drittel der Teilnehmer\*innen (n=351; 39,88%) in der Befragung angaben, dass körperliche Bestrafungen manchmal notwendig sind, taten dies signifikant weniger (n=251; 28,9%;  $p < 0,001$ ) nach der Intervention (ebd.). Mehr als drei Viertel (n=679; 77%) der Befragten gaben zudem an, dass sie nach der Schulung eher bereit dazu sind, mit ihren Patient\*innen und deren Eltern/Sorgeberechtigten über körperliche Bestrafung zu sprechen (ebd.). Im Review von Lines et al. (2017) wurde eine Studie beschrieben (vgl. Fraser et al., 2016), die indiziert, dass Schulungen keinen Einfluss auf die Wahrnehmung der Schwere von Kindesmisshandlungen haben, während zwei andere Studien aus dem Review herausgefunden haben, dass die Entscheidung von Pflegekräften, Anzeige zu erstatten, mehr mit ihren subjektiven Überzeugungen, als mit dem Wissen über Kindesmisshandlung zusammenhängt (vgl. Ben Natan et al., 2012; Ho & Gross 2015).

Die Literatur ist sich einig darin, dass Pflegekräfte fortlaufende Schulungen und/oder Fortbildungen zum Thema Kindesmisshandlung benötigen und das Thema bereits in der Ausbildung aufgegriffen werden sollte (vgl. Hornor et al., 2015: S.534; Hornor, 2012: S.441; Hornor, 2019: S.95; Francis et al., 2012: S.68; Leite et al., 2016: S.6; Schols et al., 2013: S.14, 66; Visscher & van Stel, 2017: S.266; Nocera et al., 2016: S.e1; Pietrantonio et al., 2013: S.107; Lyden, 2011: S.2-5). Die Fortbildungen/Schulungen sollten im besten Fall interprofessionell mit anderen Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Francis et al., 2012: S.68) und vorzugsweise persönlich – nicht online – (vgl. Nocera et al., 2016: S.e5) stattfinden. Folgende Inhalte werden von den Autor\*innen empfohlen:

- die physiologische körperliche und geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen  
(vgl. Hornor, 2012: S.441; Littler, 2020: S.18)
- Anzeichen, Risikofaktoren und Folgen von Kindesmisshandlung  
(vgl. Hornor, 2015: S.192; Hornor et al., 2019: S.100; Visscher & van Stel, 2017: S.266, Lyden, 2011: S.2-5; Schols et al., 2013: S.12)
- Kompetenz- und Kommunikationstraining um Kindesmisshandlung anzusprechen und zu bewältigen  
(vgl. Schols et al., 2013: S.14; Pietrantonio et al., 2013: S.107)
- Alternative Methoden zur Disziplinierung (vgl. Hornor et al., 2015: S.534)
- Spezifische Gesetze und Prozesse des (Bundes-)Landes bzgl. der Meldepflicht  
(vgl. Pietrantonio et al., 2013: S.107; Francis et al., 2012: S.68; Hornor, 2012: S.195; Leite, et al., 2016: S.6)
- Forensische Terminologie, Korrekte Dokumentation und Beweissammlung  
(vgl. Lyden, 2011: S.2-5)
- Anlaufstellen bzw. Ansprechpersonen bei offenen Fragen (ebd.)

## **4.2 Resilienz und Fürsorgekompetenz steigern**

Ein entscheidender Aspekt in der Primärprävention von Kindesmisshandlung ist die Stärkung der Fürsorgekompetenz und die Resilienz von Eltern/Sorgeberechtigten und ihrer Kinder (vgl. Hornor et al., 2015: S.98; Hornor, 2015. S.193 ff; Scharmanski & Renner, 2018: S.268). Eine Begründung dafür findet sich in Visscher & van Stel's (2017: S.267) und Schols et al.'s (2013: S.10) Interviews wieder, in denen alle Befragten andeuteten, dass Misshandlung nicht so sehr aus Böswilligkeit, sondern vielmehr aus pädagogischer Inkompetenz resultiert. Hornor et al. (2019: S.98) erklären daher in ihrem Artikel, dass die Prävention bereits beim ersten Hausbesuch (durch beispielsweise eine Community Health Nurse oder Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft) für Neugeborene oder idealerweise schon während der Schwangerschaft (vgl. Scharmanski & Renner, 2018: S.275), beginnen und bei jedem



weiteren Besuch fortgesetzt werden soll. Denn „durch die frühe Unterstützung [...] können die negativen Auswirkungen von möglichen psychosozialen Belastungen reduziert, Elternkompetenzen gesteigert und die Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Eltern und Kindern verbessert werden“ (Scharmanski & Renner, 2018: S.275). Pflegekräfte sind, aufgrund der häufig vertrauensvollen Beziehung zu den Familien, besonders für die Primärprävention geeignet (vgl. Williams et al., 2019: S.1348; Pietrantonio et al., 2013: S.107; Honda et al., 2020: S.2792). Sie können die familiäre Situation häufig gut beurteilen und die notwendigen Maßnahmen einleiten, um gemeinsam gesetzte Ziele, wie das Wohl des Kindes, zu erreichen (vgl. Einboden et al., 2019: S.12 f.; Williams et al., 2019: S.1348; Fraser et al., 2016: S.205; Pietrantonio et al., 2013: S.107; Lines et al., 2017: S.315).

Wichtige Aspekte zur Förderung der Beziehungs- und Fürsorgekompetenzen von (werdenden) Eltern/Sorgeberechtigten, sind die alltägliche Unterstützung, die Schulung in Strategien für positive Erziehung, einschließlich der Wichtigkeit, entwicklungsgemäße Erwartungen an die Kinder zu stellen, nicht-körperliche Methoden der Disziplinierung zu fördern, die Bedeutung von Lob zu betonen, eine offene respektvolle Kommunikation zu fördern und wenn nötig weitere professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Hornor et al., 2015: S.98, Hornor, 2015: S. 194, 197; Scharmanski & Renner, 2018, S. 268; Schols et al., 2013: S.1; Carnochan et al., 2013: S.170; Fraser, et al., 2016: S.213).

Verschiedene Studien belegen, dass sich die Betreuung von Risiko-Familien, mittels Hausbesuchen durch Pflegekräfte, sowohl aus der Perspektive der Fachkräfte als auch aus der Perspektive der Eltern/Sorgeberechtigten, positiv auf die Lebens- und Fürsorgekompetenzen der Eltern/Sorgeberechtigten auswirkt (vgl. Scharmanski & Renner, 2018, S. 275, Dubowitz et al., 2012: S.265; Carnochan et al., 2013: S.171). Hornor (2015: S.196) bezeugt, dass strukturierte Elternschaftsprogramme eine der wenig klinisch nachgewiesenen Interventionen sind, die die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern fördern. Carnochan et al. stellen in ihrem Review (2013) u.a. zwei Projekte vor, die solche Programme anbieten: *Family Resource Center* (FRC) sind eigenständige Non-Profit-Organisationen für vorwiegend einkommensschwache und risikoreiche Bevölkerungsgruppen, die Schwierigkeiten haben, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen (vgl. Carnochan et al., 2013: S.169 ff.). Public Health Nurses fördern u.a. die Familien, wie zuvor beschrieben, im Auftrag der

FRCs. Das *Project Safecare* ist ein kurzes Hausbesuchsprogramm (18-20 Sitzungen) für Familien mit kleinen Kindern, die bereits wegen Kindesmisshandlung gemeldet wurden (ebd.). Die Hausbesucher (zum Teil Pflegekräfte) nutzen Strategien zur Bewertung und zum Training von Fähigkeiten, um Eltern/Sorgeberechtigten dabei zu helfen, die Gesundheit ihrer Kinder, die Eltern-Kind-Interaktionen und die Bindung sowie die Sicherheit zu Hause zu verbessern (ebd.). Carnochan et al. (2013) beschreiben die Projekte als Wirkungsvoll hinsichtlich der elterlichen Fähigkeiten, des familiären Zusammenhalts und der Anpassungsfähigkeit der Familien. Die Effektivität hinsichtlich der Prävalenz- und Rezidivraten müsse jedoch noch weiter erforscht werden (ebd.).

Neben der Steigerung der Lebens- und Fürsorgekompetenzen der Eltern/Sorgeberechtigten ist, wie zuvor erwähnt, auch die Förderung der Resilienz der Kinder in der Prävention relevant (vgl. Hornor, 2015: S.193 ff.). Sie ist für alle Kinder wichtig, aber entscheidend für Kinder, die einem Trauma ausgesetzt waren (ebd.). Einige Elemente der Resilienz, wie grundlegende kognitive Fähigkeiten und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, sind unveränderlich (ebd.). Dennoch können Pflegekräfte helfen, Resilienz aufzubauen (vgl. Hornor, 2015, S. 194; Pietrantanio et al., 2013: S.107). So wird beispielsweise die soziale Unterstützung, insbesondere ein liebender und stabiler Erwachsener, mit der Resilienz eines Kindes in Verbindung gebracht (vgl. Hornor, 2015: S.193 ff.). Sie schützt vor potenziell negativen Folgen traumatischer Erfahrungen (ebd.). Pflegekräfte (z.B. PNPs, CHNs & FGKiKPs) sollten daher die gesellschaftlichen Ressourcen ihrer Gemeinde kennen und Kinder und ihre Familien an wertvolle Programme, wie Horte, Mentorenprogramme oder spezielle Interventionsprogramme für gefährdete Mädchen\* und junge Frauen\* verweisen (vgl. Collins, 2013: S.56; Hornor, 2015: S.193 ff.).

### **4.3 Edukation von Eltern und anderen Bezugspersonen**

Eine weitere Möglichkeit der Primärprävention von Kindesmisshandlung stellt die Edukation von Eltern und anderen Bezugspersonen dar (vgl. Fujiwara, 2015: S.110; Barr, 2012: S.17298). In den vorliegenden Studien wurden insbesondere krankenhausbasierte Edukationsprogramme zur Prävention von Schütteltraumata (auch als *shaken-baby-syndrome* oder *abusive head trauma* [AHT] bekannt) bei

Säuglingen evaluiert (vgl. Barr, 2012; Ronald G. Barr et al., 2018; Nocera et al., 2016). Die Vermittlung von Präventionsbotschaften im Zusammenhang mit der Geburt eines Säuglings, scheint der einzige Weg zu sein, um alle Eltern/Sorgeberechtigten zu erreichen (vgl. Barr, 2012: S.17298). *The Period of PURPLE Crying* ist eines dieser Edukationsprogramme und basiert auf der Annahme, dass das Schütteltrauma ein Versagen normaler, gewöhnlicher und sich wiederholender Interaktionen zwischen einem Säugling und dessen Bezugsperson ist und nicht nur bei risikobehafteten Familien auftreten kann (vgl. Barr et al., 2018: S.107; Barr, 2012: S.17299). Das Programm enthält sechs Schlüsselbotschaften, die durch Pflegekräfte an die Eltern/Sorgeberechtigten vermittelt werden: 1) Weinen ist normal; 2) das Weinen erreicht seinen Höhepunkt im Alter von etwa zwei Monaten; 3) das Schütteln eines Babys ist gefährlich; 4) die Eltern/Sorgeberechtigten sollen sich die Programmzugehörige DVD zu Hause ansehen; 5) Sie sollen sich die ausgegebene Broschüre zu Hause durchlesen und 6) die Informationen mit anderen Bezugspersonen des Babys teilen (vgl. Nocera et al., 2016. S.e2; Barr, 2012: S.17298). Die Effektivität dieses Programms wurde in verschiedenen Studien belegt:

Eine Beobachtungsstudie im oberen Bundesstaat New York berichtete über eine 47%ige Reduktion der AHT-Fälle (41,5 zu 22,2 Fälle pro 100.000 Lebendgeburten,  $p=0,017$ ) beim Vergleich der Zeiträume vor und nach der Implementierung eines Elternbildungsprogramms bei der Geburt eines Neugeborenen (vgl. Barr, 2012: S.17298). In British Columbia war die Einführung des Präventionsprogramms nach acht Jahren mit einem 35%igem Rückgang der AHT-Aufnahmen verbunden, der für <24 Monate alte Kinder statistisch signifikant war ( $p=0,048$ ) und mit einem ähnlichen, wenn auch nicht statistisch signifikanten, 33%igen Rückgang ( $p=0,090$ ) für <12 Monate alte Kinder (vgl. Barr et al, 2018: S.110). Die Studie von Fujiwara, T. (2015) in Japan untersuchte die Auswirkungen eines ähnlich konzipierten Programms anhand des Wissens und des Verhaltens der Mütter. Die Frauen\* der Interventionsgruppe zeigten im Vergleich zu Frauen\*, die keiner Intervention ausgesetzt waren, eine 1,48-1,79 Mal höhere und damit signifikante Wahrscheinlichkeit ( $p=0,03$ ) für das im Präventionsprogramm empfohlene Verhalten (während unstillbaren Schreiens des Kindes kurz wegzugehen) (vgl. Fujiwara, 2015, S. 478 ff.). Auch die Kenntnisse der Mütter der Interventionsgruppe über das Weinen und Schütteln von Säuglingen waren signifikant größer ( $p=0,001$ ), als die der Mütter aus der Kontrollgruppe (ebd.).

Die vorgestellten Studien adressierten überwiegend Mütter von Säuglingen (vgl. Barr et al., 2018; Fujiwara, 2015), wobei bekannt ist, dass auch Väter, Freunde und andere Betreuungspersonen Verursacher des Schütteltraumas sein können (Barr, 2012: S. 17295 ff.). Wenn vorübergehende Betreuungspersonen z.B. glauben, dass Fürsorge mit dem Weinen des Babys unvereinbar ist, könnten sie mehr Druck als Eltern/Sorgeberechtigte erfahren, einen Säugling dringend vom Weinen abzuhalten (ebd.). Daher empfehlen die benannten Studien alle, die Eltern/Sorgeberechtigten und die Gesellschaft im Allgemeinen, mit universellen, attraktiven, konsistenten und aussagekräftigen Gesundheitsbotschaften zu erziehen (vgl. R. G. Barr, 2012; Barr et al., 2018; Fujiwara, 2015; Hornor et al., 2015).

#### **4.4 Risikofaktoren identifizieren**

Die vorliegenden Studien beschreiben auch das Identifizieren von Risikofaktoren von Kindesmisshandlung als Aufgabe von Pflegekräften (vgl. Schols et al., 2013: S.1; Souza Aragao et al., 2013, S. 174; Fraser et al., 2016: S.205; Williams et al., 2019: S.1345 ff.; Lines et al., 2017: S.304; Honda et al., 2020: S.2792). Dazu ist es zwingend erforderlich, dass sie die Risikofaktoren kennen und routinemäßig nach den wichtigsten fragen (vgl. Schols et al, 2013: S.1; Visscher & van Stel, 2017: S.266). Zu den wichtigsten Risiken werden in der Literatur vorhandene Misshandlungserfahrungen in der Familie, psychische Erkrankungen der Eltern/Sorgeberechtigten, mangelnde Fürsorgefähigkeiten, Drogenkonsum, Armut, Stress, Entwicklungsverzögerungen oder besondere medizinische Bedürfnisse des Kindes gezählt (Williams et al., 2019: S. 1347, Visscher & van Stel, 2017: S. 266; Carnochan et al., 2013: S.163; Hornor, 2015: S.194). Schols et al. (2013: S.13) beschreiben, dass besonders die Hausbesuche durch Pflegekräfte ein wichtiges Instrument zur Erkennung und damit zur Prävention von Kindesmisshandlung darstellen. Williams et al. (2019) haben in ihrer qualitativen Studie die Vorgehensweise in der Risikoeinschätzung von Pflegekräften und Kinderschutzsachbearbeiter\*innen untersucht und haben dabei folgendes festgestellt: Für einige Pflegekräfte bestehen zu einem gewissen Grad bei jeder Familie ein Risiko für Kindesmisshandlung (vgl. Williams et al., 2019, S. 1345 ff.). Im Vergleich zu Kinderschutzsachbearbeiter\*innen konzentrieren sich Pflegekräfte besonders auf die vorhandenen Fähigkeiten und

Stärken der Eltern/Sorgeberechtigten. So sorgt erst ein bestimmtes Ausmaß oder wenn die Eltern/Sorgeberechtigten nicht mehr in der Lage sind, mit diesen Risiken umzugehen und ihr Kind angemessen zu versorgen, für Bedenken bei den Pflegekräften (ebd.). Es gibt keine Standardmethode, wie Pflegekräfte die Risikoeinschätzung durchführen (ebd.). Für viele ist es Teil des pflegerischen Prozesses und sie greifen auf ihre Erfahrungen und ihr klinisches Urteilsvermögen zurück (ebd.). Wenn sie dann auf Unsicherheiten stoßen, neigen die Pflegekräfte dazu, ihre Bedenken mittels Assessmentinstrumenten zu dokumentieren, um ihr „Bauchgefühl“ und die ganzheitliche Situation besser zu erfassen (ebd.).

Schols et al. (2013: S.13) sprechen sich dafür aus, dass Assessmentinstrumente für Kindesmissbrauchsrisiken fest in das Hausbesuchssystem eingebettet werden sollten. Da die Verbreitung des COVID-19 international eine Störung des traditionellen Systems der Prävention von Kindesmisshandlung verursacht hat, betonen Honda et al. (2020: S.2793), dass neue Strategien fürs Risiko-Assessment entwickelt werden müssen, die auch unter Pandemiebedingungen gefährdete Familien erreichen.

#### **4.5 Anzeichen wahrnehmen und dokumentieren**

Von Gesundheitsdienstleistenden, inklusive Pflegekräften, wird erwartet, dass sie Anzeichen für möglichen Missbrauch erkennen, wenn ein Kind die Einrichtung betritt (vgl. Lyden, 2011: S.1; Hornor et al., 2019: S.95, Lines et al., 2017: S.303). Unabhängig davon, ob Patient\*innen über die Notaufnahme, eine Arztpraxis oder im ambulanten Bereich mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, ist eine Pflegekraft oft die erste Person, die eine gründliche Beurteilung des Kindes durchführen kann (vgl. Lyden, 2011: S. 3). Pflegekräfte sind aufgrund ihrer häufig einzigartigen Beziehungen zu den Familien in einer optimalen Position, um Anzeichen zu erkennen und spielen damit eine wichtige Rolle in der Prävention von Kindesmisshandlung (vgl. Hornor, 2012: S.441; Hornor, 2015: S.197). Die professionelle Verantwortung von Pflegekräften wird in der qualitativen Studie von Francis et al. (2012: S.62) als „Aufmerksamkeit für die offensichtlichen und nicht so offensichtlichen Anzeichen von Kindesmissbrauch“ beschrieben. Lyden (2011: S.3) beschreibt dies als „*suspiciousness factor*“ (engl. für *Verdachtsfaktor*), den jede Pflegekraft, aber insbesondere jene, die auf einer Kinderintensivstation arbeitet, haben

muss. Nach Berichten der befragten Fachkräfte in der Studie von Schols et al. (2013: S.2,8,9), können sie die Anzeichen für eine Misshandlung entweder durch körperliche Merkmale oder Verhaltensweisen des Kindes bzw. der Eltern/Sorgeberechtigten, durch die Familien-Interaktionen oder über Informationen durch Dritte erkennen. Da die Informationen von Dritten ungemein wichtig zur Früherkennung von Kindesmisshandlung sind und Kinder vor dem Eintritt ins Schulalter besonders häufig von Missbrauch betroffen sind (vgl. Oeder et al., 2009: S.28), sollten Pflegekräfte und Ärzt\*innen, Eltern/Sorgeberechtigte generell dazu ermutigen, ihr Kind für beispielsweise Vorschuleinrichtungen anzumelden (ebd.).

Neben dem Vorhandensein konkreter Anzeichen für Kindesmisshandlung wird in vielen Studien auf die Intuition oder ein Bauchgefühl von Pflegekräften, als einen unbewussten, automatischen und wichtigen Aspekt bei der Erkennung von Kindesmissbrauch verwiesen (vgl. Schols et al., 2013: S.9; Einboden et al., 2019: S.4; Lyden, 2011: S.3; Williams et al., 2019, S. 1345 ff.). Dabei können die Pflegekräfte im ersten Moment oft nicht beschreiben, was sie konkret wahrgenommen haben, das das Gefühl in ihnen weckt, dass etwas nicht stimmt (vgl. Schols et al., 2013: S.9; Einboden et al., 2019: S.4). Die Intuition entwickelt sich mit dem Wissen und der Expertise, wenn eine Reihe von Patient\*innen mit ähnlichen Verletzungen betreut und mit vielen verschiedenen Familien gearbeitet wird (vgl. Lyden, 2011: S.3). Wenn Pflegekräfte diese intuitiven Gefühle erleben, ist der nächste Schritt, diese Gefühle zu objektivieren (vgl. Schols et al., 2013: S.9, Lyden, 2011: S.3).

Dies ist häufig der Ausgangspunkt für eine systematische Untersuchung, die aus Beobachtungen von Kind-Eltern/Sorgeberechtigten-Interaktionen, der familiären psychosozialen Anamnese, Screening-Fragen zu Kindesmisshandlung, die den Eltern und dem Kind gestellt werden, der körperlichen Untersuchung und Berichten von anderen beteiligten Fachkräften wie Lehrern oder Kinderbetreuern gewonnen werden, besteht (vgl. Hornor, 2012: S.441; Schols et al., 2013: S.9, Lyden, 2011: S.3).

Pflegekräfte müssen gut zuhören und angemessene, spezifische Fragen stellen, um nach Anzeichen körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und/oder Vernachlässigung zu suchen (vgl. Anselmi, 2011: S.16; Hornor; 2015: S.194; Hornor, 2012: S.440). Hornor veröffentlicht mit seinen Beiträgen aus 2012 und 2015 Beispiele für konkrete Screening-Fragen, die den Kindern und Eltern/Sorgeberechtigten zur gezielten Suche nach Missbrauchshinweisen gestellt werden können. Eine Auswahl

an Screening-Fragen für die verschiedenen Misshandlungsformen sind in Tabelle 7 dargestellt. Lyden (2011, S.4) betont dazu, dass Kinder eher zu wenig als zu viel über Missbrauch berichten und dass daher einem Kind, das behauptet missbraucht worden zu sein, unbedingt Glauben geschenkt werden muss, unabhängig davon, was die Eltern/Sorgeberechtigten behaupten.

Tabelle 1: Auswahl an Screening-Fragen zur Identifizierung von Kindesmisshandlung

	<b>Körperliche Misshandlung</b>	<b>Sexueller Missbrauch</b>	<b>Vernachlässigung</b>
<b>Fragen für Eltern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie disziplinieren Sie ihr Kind?</li> <li>- Haben Sie oder jemand anderes ihr Kind jemals mit einem Gegenstand geschlagen? Wo? Wie oft? Hat dies jemals einen Abdruck hinterlassen?</li> <li>- Haben Sie jemals andere körperliche Mittel zur Disziplinierung eingesetzt? Treten/Zwicken/Haare-ziehen/scharfe Soße auf die Zunge?</li> <li>- Haben Sie jemals nicht-körperliche Mittel zur Disziplinierung eingesetzt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben Sie Bedenken wegen sexuellen Missbrauchs?</li> <li>- Wurden Sie oder Ihr Partner als Kind sexuell missbraucht?</li> <li>- Gibt es eine Vorgeschichte von sexuellem Missbrauch in Ihrer Familie oder in der Familie Ihres Partners?</li> <li>- Hat Ihr Kind jemals Kontakt zu einer Person gehabt, die beschuldigt wurde, ein Kind oder einen Jugendlichen sexuell missbraucht zu haben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was für ein Kind ist ___?</li> <li>- Ist er/sie leicht zu versorgen?</li> <li>- Erzählen Sie mir etwas Gutes/Positives über ___.</li> <li>- Was ist schwer/schwierig?</li> <li>- Was ist leicht an ___?</li> <li>- Fühlen Sie sich oft traurig, niedergeschlagen oder hoffnungslos?</li> <li>- Gibt es Zeiten, in denen Sie Ihr Kind allein zu Hause lassen müssen?</li> </ul>
<b>Fragen für Kinder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was macht Mama/Papa, wenn du Ärger machst?</li> <li>- Hat dich schon einmal jemand geschlagen/gehauen/versohlt? Womit schlagen sie dich? Wo an deinem Körper schlagen sie dich? Wer schlägt dich? Wie oft wirst du geschlagen? Hat es jemals einen Abdruck auf deinem Körper hinterlassen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lassen Sie das Kind seine oder ihre Geschlechtsteile identifizieren.</li> <li>- Lassen Sie das Kind seine oder ihre Körperteile identifizieren.</li> <li>- Fragen Sie das Kind mit Hilfe seiner Worte für seine Geschlechtsteile, ob jemand jemals seine/ihre Geschlechtsteile berührt, gekitzelt, verletzt oder etwas in sie hineingesteckt hat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie läuft es zu Hause?</li> <li>- Wie kommst du mit Mama/Papa/ ___ aus?</li> <li>- Erzähl' mir etwas, was du gerne mit Mama/Papa/___ machst.</li> <li>- Erzähl' mir etwas, das du an Mama/Papa/___ magst.</li> <li>- Erzähl' mir etwas, das du an Mama/Papa/ ___ nicht magst.</li> <li>- Fühlst du dich von jemandem verängstigt, traurig oder dumm?</li> </ul>

*Eigene Darstellung nach Hornor 2012 & Hornor 2015*

Auch wenn das Sammeln forensischen Beweismaterials nicht in der von Pflegekräften (ausgenommen Forensic Nurses) liegt (vgl. Lyden, 2011: S.4), sollten sie insbesondere bei einem Verdacht oder Bauchgefühl, eine gründliche körperliche Untersuchung durchführen (vgl. Hornor, 2012: S.441). Die körperliche Untersuchung sollte langsam, sorgfältig und respektvoll durchgeführt werden, wobei sich der

Schwerpunkt der Untersuchung nach den vorliegenden Beschwerden richten soll (vgl. Hornor, et al., 2019: S.97). Die Wunden von Misshandlungsopfern sind meist verborgen und können ein Muster oder eine Konfiguration hinterlassen, die darauf hinweist, wie die Verletzung entstanden ist (vgl. Lyden, 2011: S.3 f.). Bisswunden sollten beispielsweise immer ein Warnsignal sein (ebd.).

Die psychosoziale wie auch körperliche Untersuchung kann eine große Menge an Beobachtungen/Informationen hervorbringen, die sorgfältig beurteilt und objektiv dokumentiert werden müssen (vgl. Lyden, 2011: S.3; Anselmi, 2011: S.16.). Die Pflegedokumentation sollte genaue Beobachtungen über das Verhalten, Affekt, Stimmung von Kind und Eltern/Sorgeberechtigten, wie auch die Interaktionen innerhalb der Familie, detaillierte Beschreibungen von Wunden, wenn möglich mit Fotos und durchgeführte Maßnahmen enthalten (vgl. Lyden, 2011: S.3 f.; Hornor et al., 2019: S.97; Anselmi, 2011: S.16). In der Studie von Schols et al. (2013: S.9 ff.) äußern die befragten Fachkräfte, dass Richtlinien bezüglich der Merkmale einer ausreichend guten Elternschaft hilfreich wären, um insbesondere Vernachlässigungen besser erkennen zu können. Ebenso ein strukturiertes Instrument zur Objektivierung von Verdachtsmomenten, insbesondere bei eher impliziten als offensichtlichen Anzeichen, könnte die Erkennung von Missbrauch verbessern (ebd.).

## **4.6 Verdacht melden**

Wenn die verarbeiteten Informationen in irgendeiner Weise einen Verdacht auf Kindesmisshandlung aufkommen lassen, muss dies in einigen Ländern verpflichtend dem Kinderschutzdienst gemeldet werden (vgl. Hornor, 2012: S.441; Hornor, 2015: S.195; Leite et al., 2016: S.4; Francis et al., 2012: S.58; Fraser et al, 2016: S.204) und die Bedenken bzw. die Notwendigkeit einer Meldung mit den Eltern besprochen werden (vgl. Hornor, 2012: S.441). Denn eine rechtzeitige Identifizierung von Missbrauch in Verbindung mit einer angemessenen Intervention, kann dazu beitragen, dass weitere Gewalterfahrungen und die Entwicklung von sekundären Folgeschäden, insbesondere psychischer Störungen verhindert bzw. verringert werden (vgl. Pietrantonio et al., 2013: S.103-4; Hornor, 2015: S.197). Die Rolle von Pflegekräften bei der Meldung von Kindesmisshandlung variiert jedoch international sehr stark (vgl. Lines et al., 2017: S.303 f.). In Ländern wie den USA, Kanada und Australien sind



Pflegekräfte gesetzlich zur Meldung von Kindesmissbrauch verpflichtet, wohingegen es in Ländern wie Großbritannien, und Neuseeland keine gesetzliche Pflicht dafür gibt (vgl. Bund Deutscher Kriminalbeamter, 2009; Lines et al., 2017: S.203 f.). Daher sollten Pflegekräfte die Meldegesetze ihres Staates kennen (vgl. Hornor, 2015: S.195; Pietrantonio et al., 2013: S.103). Und obwohl die Mehrheit der Pflegekräfte sich ihrer gesetzlichen oder zumindest ethischen Verpflichtung zur Meldung bewusst sind, wird - wie in mehreren Studien festgestellt – Kindesmissbrauch verhältnismäßig selten gemeldet (vgl. Lines et al., 2017: S.314; Schols et al., 2013: S.2; Francis et al., S.66; Einboden et al., 2019: S.1).

Francis et al. (2012) untersuchten in ihrer qualitativen Studie die Entscheidungsfindungsprozesse von Fachkräften (Ärzt\*innen, Pflegekräften, Polizist\*innen und Lehrer\*innen) für oder gegen eine Meldung, wenn der Verdacht auf Kindesmisshandlung besteht. Anhand der Interviews mit den 17 Fachkräften über ihre Erfahrungen mit Verdachtsfällen, entwarfen die Autor\*innen ein vierschrittiges Modell, dass von den Pflegekräften und den anderen Berufsgruppen bei der Entscheidungsfindung angewandt wurde (vgl. Francis et al., 2012: S.67). Der erste Schritt ist das „Alarmiert-Sein“: Die Fachkraft hat durch einen Auslöser, körperlicher, verhaltensbezogener oder sozialer Natur (siehe Kap. 4.5), das Gefühl, dass etwas mit dem Kind nicht stimmt (ebd.). Im zweiten Schritt warten viele Pflegekräfte erst einmal ab, um weitere Beobachtungen durchzuführen, Beweise zu sammeln und evtl. andere soziale Unterstützungsdienste um Rat zu bitten (ebd.). Dieser Schritt hebt hervor, dass die Fachkräfte sicher sein wollen, dass sie die Eltern/Sorgeberechtigten nicht fälschlicherweise für etwas beschuldigen (ebd.). Die Angst vor falschen Anschuldigungen wird auch in vielen der anderen vorliegenden Studien festgestellt (vgl. Schols et al, 2013: S.13; Visscher & van Stel, 2017: S. 269; Lines et al., 2017: S.315). Obwohl Kinderschutzdienste vermutlich die geeignetsten Anlaufstellen wären, um Kinderschutzanliegen zu besprechen, lassen sich Pflegekräfte nicht immer direkt von ihnen beraten, da sie ihnen gegenüber manchmal aufgrund vorheriger schlechter Erfahrungen, Misstrauen hegen (Lines et al, 2017: S.315, Leite et al, 2016: S.4; Pietrantonio et al., 2013: S.104; Visscher & van Stel, 2017: S.269). Viele Pflegekräfte sprechen daher bei Unsicherheiten mit der Geschäftsführung, Ärzt\*innen oder Kolleg\*innen (Lines et al, 2017: S.315). Während dieser Prozess zeitweise dazu beiträgt, den Verdacht der Pflegekräfte zu bestätigen, kann er auch zu Frustration führen, wenn die anderen Fachkräfte nicht zur selben Einschätzung kommen oder die

Pflegekräfte anschließend von der Entscheidungsfindung ausgeschlossen werden (ebd.). Ärzt\*innen oder ältere Kolleg\*innen werden von Pflegekräften teilweise auch als höher gestellte Autoritäten gesehen, die sie erst von der Legitimität ihres Anliegens überzeugen müssen, bevor irgendwelche Maßnahmen ergriffen werden dürfen (ebd.).

Der dritte Schritt des Entscheidungsfindungsmodells von Francis et al. (2012) betrifft die konkrete Entscheidung für oder gegen eine Meldung des Verdachts auf Kindesmisshandlung (vgl. Francis et al, 2012: S.67). In der vorliegenden Literatur werden insbesondere folgende Ursachen benannt, die Pflegekräfte von einer Meldung abhalten:

- Mangel an Vorbereitung und Wissen (vgl. Leite et al., 2016: S.4; Schols et al., 2013: S.13; Francis et al., 2012: S.66; Lines et al., 2017: S.314; Pietrantonio et al.; 2013: S.104; Visscher & van Stel, 2017: S.269; Souza Aragao et al., 2013: S.177),
- fehlende Struktur des Unterstützungsnetzwerkes (vgl. Leite et al., 2016: S.4; Schols et al, 2013: S.12; Souza Aragao et al., 2013: S.177),
- Angst, die Arbeit mit und/oder Beziehung zu den Familien zu beeinträchtigen (vgl. Visscher & van Stel, 2017: S.266; Einboden et al, 2019: S.7; Williams et al., 2019: S.1350; Schols et al., 2013: S.13; Fraser et al., 2016: S.210; Francis et al., 2012: S.66, Lines et al., 2017: S.316; Souza Aragao et al., 2013: S.177),
- Angst vor falschen Anschuldigungen (vgl. Visscher & van Stel, 2017: S.266; Schols et al., 2013: S.13),
- Angst vor wütenden oder gewalttätigen Reaktionen der Eltern/Sorgeberechtigten (vgl. Visscher & van Stel, 2017: S.266; Einboden et al., 2019: S.4; Leite et al., 2019: S.4; Francis et al., 2012: S.66; Lines et al., 2017: S.316; Fraser et al., 2016: S.211 f.; Pietrantonio et al., 2013: S.104; Williams et al., 2019: S.1350),
- Angst als Zeug\*innen bei Gericht vorgeladen zu werden (vgl. Leite et al., 2019: S.4; Lines et al., 2017: S.316) und
- Misstrauen gegenüber den Kinderschutzdiensten (vgl. Leite et al., 2019: S.4; Lines et al., 2017: S. 315; Pietrantonio et al., 2013: S.104; Visscher & van Stel, 2017: S.269)

Ob Pflegekräfte dennoch eine Meldung rausgeben, hängt von ihrem Vertrauen in ihre, in Schritt zwei gesammelten, Beweise ab (vgl. Francis et al., 2012: S.67). Sollte das Vertrauen in die Beweise nicht ausreichend sein, aber das Pflichtbewusstsein dominieren, geben sie die Verantwortung ggf. an ältere Kolleg\*innen oder andere Fachkräfte (z.B. Ärzt\*innen) ab (vgl. Lines et al., 2017: S.315 f.; Francis et al., 2012: S.67; Souza Aragao et al., 2013: S.177).

Der letzte Schritt im Entscheidungsprozess nach Francis et al. (2012) beinhaltet die Verarbeitung des Ergebnisses der Entscheidung, die Rückmeldung über die Entscheidung von Dritten und die persönlichen emotionalen Konsequenzen (Francis et al., 2012: S.67). Die Teilnehmer\*innen der Studie reflektierten nach einer Meldung ihre früheren Schritte und forderten Feedback zu ihrer Entscheidung ein (ebd.). Erhielten sie ein gutes Feedback und war ein positives Outcome für die gefährdeten Kinder ersichtlich, waren sie eher bereit, bei zukünftigen Verdachtsfällen ähnlich zu handeln (ebd.). In den vorliegenden Studien wird jedoch häufig von einem fehlenden oder unzufriedenstellenden Feedback durch die Kinderschutzbehörden berichtet (vgl. Lines et al., 2017: S.315; Leite et al., 2016: S.4; Francis et al., 2012: S.66), was zu einem erhöhten Grad an Unsicherheit bei den nächsten Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung führte (vgl. Francis et al., 2012: S.67).

Die am häufigsten genannten Möglichkeiten, um die vorhandenen Unsicherheiten bei Pflegekräften in Bezug auf die Meldung von Kindesmisshandlung zu verringern, sind kontinuierliche Fortbildungen (vgl. Lines et al., 2017: S.107; Pietrantonio et al., 2013: S.107, Francis et al., 2012: S.66); mehr Zeit für die Reaktion auf Misshandlung zu haben, um z.B. Experten zu konsultieren (vgl. Visscher & van Stel, 2017: S.269) und mehr Unterstützung im Meldeprozess (ebd.)

## 5 Diskussion

Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit wurden die pflegerischen Möglichkeiten zur Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung untersucht. Die Einsicht in die Literatur der letzten zehn Jahre (n=26), führt zu dem Ergebnis, dass sich Pflegekräfte in den Kinderschutz einbringen können, indem sie sich themenspezifisches Wissen aneignen, die Resilienz und Fürsorgekompetenzen von Eltern/Sorgeberechtigten bzw. ihren Kindern fördern, Eltern/Sorgeberechtigte und andere Bezugspersonen von Kindern informieren, Risikofaktoren identifizieren, Anzeichen wahrnehmen und dokumentieren und wenn vorhanden, einen Verdacht melden. Ebenso bildeten sich aber auch eine Reihe an Barrieren heraus, die die pflegerische Arbeit im Kinderschutz beeinträchtigen können, woraus sich Handlungsbedarfe für Praxis, Lehre und Forschung ergeben.

Die vorliegende Literatur ist sich einig darin, dass Pflegekräfte aufgrund ihrer besonderen und vertrauensvollen Beziehungen zu Kindern und ihren Familien, eine Schlüsselrolle in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung übernehmen könnten (vgl. z.B. Hornor, 2012: S.441; Hornor, 2015: S.197) . Durch Beobachtungen und Gespräche vom ersten Kontakt an – unabhängig davon, ob bei einem Hausbesuch oder in einer Klinik – können sie relevante Informationen über das Kind und dessen Familie erfassen (vgl. Schols et al., 2013: S.1; Souza Aragao et al., 2013, S. 174; Fraser et al., 2016: S.205; Williams et al., 2019: S.1345 ff.; Lines et al, 2017: S.304; Honda et al., 2020: S.2792). Häufig begleiten sie die Familien in der Klinik oder zu Hause über einen längeren Zeitraum und haben dadurch die einzigartige Möglichkeit, als Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, die Eltern/Sorgeberechtigten-Kind-Interaktion sowie die Fürsorgekompetenzen der Eltern/Sorgeberechtigten in verschiedenen Situationen zu beobachten und einzuschätzen (vgl. Schols et al., 2013: S.2,8,9). Das sind optimale Voraussetzungen, um Risikofaktoren oder Anzeichen von Kindesmisshandlung zu identifizieren (vgl. Hornor, 2012: S.441; Hornor, 2015: S.197). Es gibt keine Standardmethode, wie Pflegekräfte die Risikofaktoren oder Anzeichen erfassen, stattdessen wird in verschiedenen Studien (vgl. Schols et al., 2013; Einboden et al., 2019; Lyden, 2011; Williams et al., 2019) primär über das Bauchgefühl und die Intuition von Pflegekräften gesprochen. Das hat zur Folge, dass sie oft keine konkreten Anzeichen wahrnehmen, sondern nur das Gefühl haben, dass etwas nicht stimmt. Dieses versuchen sie folglich

durch weiteres Abwarten, Beobachten und Sammeln von Beweisen zu konkretisieren. Dadurch besteht ein Risiko, dass das Kind, durch die vergehende Zeit, weiteren Misshandlungen ausgesetzt wird. Zudem könnten die Eltern/Sorgeberechtigten in dieser Zeit z.B. die Klinik verlassen, wodurch die Pflegekraft den Zugang zum Kind verlieren würde. Außerdem fehlt es Pflegekräften laut den vorhandenen Studien (vgl. Dubowitz et al., 2012; Lines et al., 2017; Scharmanski & Renner, 2018: S.12) häufig an ausreichendem Wissen über Anzeichen von Misshandlung. Insbesondere vernachlässigendes Verhalten wird oft übersehen (vgl. Schols et al., 2013: S.9). Das ist ein Grund für die in der Literatur erwähnten seltenen Missbrauchsanzeigen durch Pflegekräfte (vgl. Lines et al., 2017: S.314; Schols et al., 2013: S.2; Francis et al., S.66; Einboden et al., 2019: S.1.). Dies wäre vermeidbar, wenn der Pflegeprozess mit systematischem Rückgriff auf eine Pflege Theorie zur Anwendung käme bzw. mit Pflegemodellen gearbeitet werden würde, die eine systematische Einschätzung der elterlichen Kompetenzen in der Pflege ihres Kindes vorsehen. Zugleich hängt die Wahrnehmung von Pflegekräften stark mit ihren subjektiven Theorien zusammen, sodass z.B. körperliche Bestrafungen nicht als Misshandlung gesehen und daher nicht gemeldet werden (vgl. Hornor et al., 2015: S.530). Andere Gründe sind die Ängste vor falschen Anschuldigungen, die Beziehung zu der betreuten Familie durch die Meldung zu beeinträchtigen (vgl. Visscher & van Stel, 2017: S.266; Schols et al., 2013: S.13). Ebenso wird von einem ausgeprägten Misstrauen gegenüber den Kinderschutzdiensten berichtet, weshalb die Pflegekräfte selbst versuchen, die Sicherheit des Kindes durch die Förderung der Fürsorgekompetenzen der Eltern zu gewährleisten (Lines et al, 2017: S.315, Leite et al, 2016: S.4; Pietrantonio et al., 2013: S.104; Visscher & van Stel, 2017: S.269). Laut den vorliegenden Studien fühlen sich die Pflegekräfte generell in der Primär- und Sekundärprävention kompetenter als in der Reaktion auf Misshandlung (vgl. z.B. Fraser et al., 2016: S.210 f.)

Viele Pflegekräfte empfanden den Meldeprozess von Kindesmisshandlung allgemein als belastend (vgl. Francis, et al., 2012: S.69). Das Nichtansprechen des Problems kann als Schutzstrategie gegenüber Misshandelnden verstanden werden, weil chronische Gewaltsituationen verborgen werden, wohingegen eine Meldung zu gewalttätigen Reaktionen durch die Eltern/Sorgeberechtigten führen kann. Die Pflegekräfte bezeichneten es als Gratwanderung, mit der Familie zu arbeiten, um die Erziehungsfähigkeit zu verbessern und gleichzeitig das Wohl und die Sicherheit des Kindes zu priorisieren.

Zu diskutieren wäre, ob die Edukation der Gesundheitsdienstleistenden, Eltern/Sorgeberechtigten und der Gesellschaft im Allgemeinen, ein Lösungsansatz für die Gratwanderung wäre. Wie in Barr (2012), Barr et al. (2018) und Nocera et al. (2016) beschrieben, zeigt sich die Edukation von Eltern zum AHT hinsichtlich der Primärprävention als wirksam. Wie in den Interventionsprogrammen, sollten Eltern/Sorgeberechtigte und andere Bezugspersonen von Kindern generell zur physiologischen Entwicklung eines Kindes und positiven Erziehungspraktiken informiert werden. Zu hinterfragen wäre zu welchem Zeitpunkt die Edukation erfolgen und inwiefern sie verpflichtend sein sollte. So empfiehlt sich die Edukation zu AHT mit der Geburt eines Kindes zu verknüpfen (vgl. Barr, 2012: S.17298), aber auch über Erziehungsvorbereitungskurse in der Schwangerschaft beispielsweise (ähnlich den Geburtsvorbereitungskursen) sollte nachgedacht werden. Ebenso zu überlegen wäre es, Jugendliche als potenzielle Betreuungspersonen und zukünftige Eltern bereits in die Edukation und somit in die Prävention einzubinden. Diese Überlegung ergibt sich daraus, dass vorübergehende Betreuungspersonen womöglich einem erhöhten Druck ausgesetzt sind, Säuglinge vom Weinen abzuhalten (vgl. Barr, 2012: S.17295). Die Interventionen könnten mit ihren Schlüsselbotschaften zu einer Enttabuisierung von Überforderung in der Kindesbetreuung und Unterstützung durch Gesundheitsdienstleistende und damit zu einer Reduzierung der Risikofaktoren in der Gesellschaft führen.

Die Edukation von Gesundheitsdienstleistenden, im speziellen Pflegenden, scheint einen großen Einfluss auf den Erfolg von Prävention und Früherkennung von Kindesmisshandlung zu haben (vgl. Hornor et al., 2015: S.534; Hornor, 2012: S.441; Hornor, 2019: S.95; Francis et al., 2012: S.68; Leite et al., 2016: S.6; Schols et al., 2013: S.14, 66; Visscher & van Stel, 2017: S.266; Nocera et al., 2016: S.e1; Pietrantonio et al., 2013: S.107; Lyden, 2011: S.2-5). So ist zu überlegen, die Aufklärung zum Thema Kindesmisshandlung bereits in der Ausbildung/dem Studium von Pflegenden zu verankern. Eine Edukation könnte den bereits erwähnten Mangel an Wissen hinsichtlich der Anzeichen, Risikofaktoren und des Meldeprozesses ausgleichen und gleichzeitig die Selbstsicherheit der Lernenden fördern. Verschiedene Studien zeigen, dass sich Pflegekräfte nach edukativen Interventionen, wie Fortbildungen und Schulungen, sicherer und kompetenter bei der Bewältigung von präventiven Maßnahmen und im Umgang mit Verdachtsfällen fühlen (vgl. Dubowitz et al., 2012: S.265; Hornor et al., 2015: S.531; Schols et al., 2013: S.12; Nocera et al., 2016: S.e5). Der

generalistische Ansatz der Ausbildung ermöglicht es sowohl Pflegende aus der Kinder- wie auch Erwachsenenpflege für Risikofaktoren und Anzeichen von Misshandlung zu sensibilisieren und ihre Kompetenzen möglichst früh zu fördern. Die (angehenden) Pflegekräfte aus der Erwachsenenpflege sollten ebenso für die Thematik sensibilisiert werden, sodass sie ein (potenzielles) Risiko, dass von beispielsweise psychisch Erkrankten Eltern/Sorgeberechtigten ausgehen kann, feststellen können.

Zusätzlich sollte über Schulungen für das gesamte interprofessionelle Team nachgedacht werden (vgl. Fancis et al., 2012: S.68). Diese könnten den Umgang mit Verdachtsfällen erleichtern, indem ein Bewusstsein für die Kompetenzen und Ressourcen der anderen Professionen geschaffen und damit eine gegenseitige Unterstützung gefördert wird. Somit könnten die in der Literatur beschriebenen Ängste und Gefühle von Überforderung im Meldeprozess (vgl. Lines et al., 2017: S.315) vermindert und im Meldeprozess unpassenden hierarchische Konstrukte gebrochen werden. Wie in Lines et al. (2017) beschrieben, fühlen sich Pflegekräfte teilweise dazu verpflichtet ihren Verdacht bei älteren Kolleg\*innen oder Ärzt\*innen legitimieren zu müssen, wodurch der Meldeprozess potenziell verlängert wird. Außerdem tragen auch Kinderärzt\*innen eine präventive Verantwortung im Kindeschutz, da sie die Kinder durch die empfohlenen U-Untersuchungen regelmäßig sehen. Sie hätten somit die Möglichkeit, Missstände zu erkennen und ggf. Hausbesuche durch Pflegekräfte (wie z.B. die Frühen Hilfen) anzuordnen. Weiterhin könnten interprofessionelle Schulungen den generellen Austausch über Verdachtsfälle von Kindesmissbrauch und Risikofaktoren in z.B. Teammeetings und Übergaben fördern.

Die Regierung ist in der Verantwortung, die Gesellschaft primärpräventiv über Kindesmisshandlung aufzuklären (vgl. Oeder et al., 2009: S.43). Dies ist u.a. durch aufklärende Kampagnen oder die Verpflichtung zu benannten Schulungen und/oder Weiterbildungen einzuführen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die bundesweite Kampagne der API Stiftung „#schüttelntoetet“ (vgl. [schuettelntoetet.de](http://schuettelntoetet.de)). Durch die öffentliche Thematisierung von Überforderung in der Betreuung von Kindern, kann durch, z.B. Plakate und Videos, eine Enttabuisierung erreicht werden. Zudem gibt es in Deutschland keine Meldepflicht für Ärzt\*innen und Pflegekräfte Kindesmisshandlungen zu melden. Es ist zu überlegen, ob es sinnvoll wäre diese für Gesundheitsdienstleistende einzuführen. Das kann damit argumentiert werden, dass sich Ärzt\*innen und Pflegekräfte dadurch zwingend mit der Thematik

auseinandersetzen müssen, was wie zuvor beschrieben, die Kompetenzen im Umgang mit Misshandlungen fördert. Außerdem würden Pflegekräfte dadurch lernen, dass sie entsprechend des BKiSchG, nicht die Zustimmung von Ärzt\*innen oder Vorgesetzten benötigen, um einen Verdachtsfall zu melden. So könnte die Zurückhaltung von Pflegekräften bzgl. Meldungen von Kindesmisshandlung vermindert werden. Es ist zu hoffen, dass eine Meldepflicht außerdem mit einer Vereinfachung und Beschleunigung des Meldeprozesses einhergehen würde.

Festzuhalten ist, dass die vorhandenen Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und Ressourcen in einer Familie gleichzeitig betrachtet werden müssen. Erst bei dominierenden Risikofaktoren muss zwingend interveniert werden. Die Risiko- und Ressourcenerhebung, sowie deren Evaluation ist als eine grundlegende Kompetenz von Pflegekräften anzusehen. Daher sind Pflegekräfte für die Prävention von Kindesmisshandlung besonders in Betracht zu ziehen.

## **5.1 Limitationen**

Die Schwächen dieser Arbeit bestehen darin, dass 15 von 26 Werke der einbezogenen Literatur eine mangelnde Qualität aufweisen, weshalb die darin beschriebenen Interventionen und Ergebnisse kritisch zu betrachten sind. Zudem sind die in der Arbeit beschriebenen Präventionsmaßnahmen durch Pflegekräfte kaum bis gar nicht auf ihre Effektivität hinsichtlich der Prävalenzraten von Kindesmisshandlung geprüft, sodass Aussagen zur Wirksamkeit schwer getroffen werden können. Nicht zu unterschätzen ist, dass dadurch das lediglich eine Studie aus Deutschland stammt und viele Quellen Pflegekräfte einbeziehen, die Hausbesuche durchführen (z.B. CHNs, FHNs, PNPs, APNs, FGKiKPs), die Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention nicht uneingeschränkt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

## **5.2 Implikationen für die Praxis, Lehre und Forschung**

Aus den Ergebnissen und Limitationen dieser Übersichtsarbeit ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen für die Früherkennung und Prävention von



Kindesmisshandlung in Deutschland: Da das Wissen um die Thematik von Misshandlung die Grundlage für die Früherkennung und Prävention darstellt, ist eine angemessene Edukation von Gesundheitsdienstleistenden, insbesondere Pflegekräften, unabdingbar. Demnach empfiehlt sich die Thematik bereits in der Ausbildung/dem Studium von Pflegekräften zu implementieren. Zudem wären verpflichtende, regelmäßige und interprofessionelle Schulungen für alle Gesundheitsdienstleistenden in Kontakt mit Kindern und deren Eltern/Sorgeberechtigten angemessen. Für Pflegekräfte aus der Erwachsenenpflege wäre ein freiwilliges Schulungsangebot denkbar. Die Inhalte der Schulungen sollten die physiologischen körperlichen und geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen; die Anzeichen, Risikofaktoren und Folgen von Kindesmisshandlung; ein Kompetenz- und Kommunikationstraining um Kindesmisshandlung anzusprechen und zu bewältigen; alternative Methoden zur Disziplinierung; die spezifischen Gesetze und Prozesse des (Bundes)-landes bzgl. der Meldepflicht; forensische Terminologie, korrekte Dokumentation und Beweissammlung sowie konkrete Anlaufstellen und Ansprechpersonen bei offenen Fragen enthalten. Außerdem sollte ein Edukationsprogramm für Eltern/Sorgeberechtigten zu der Thematik und positiven Erziehungstechniken angeboten werden. Beispiele hierfür wären die AHT-Aufklärungsprogramme oder Erziehungskurse für (werdende) Eltern/Sorgeberechtigte. Zusätzlich sollten aufklärende Kampagnen durchgeführt werden, um möglichst die gesamte Gesellschaft für die Thematik der Kindesmisshandlung zu sensibilisieren.

Als Unterstützungsmöglichkeit für Eltern/Sorgeberechtigte wäre es sinnvoll, das Konzept von Community Health Nurses und Frühe Hilfen in Deutschland auszubauen. So könnten die Aufklärung vor Ort individualisiert weitergeführt werden und spezifische Fragen der Erziehung beantwortet werden. Zudem würde dies die Möglichkeit schaffen, Risikofaktoren oder Anzeichen von Kindesmisshandlung frühzeitig zu identifizieren und gezielt durch die Förderung von Ressourcen auszugleichen.

Weiterhin ist es überlegenswert eine Meldepflicht für Kindesmisshandlung in Deutschland einzuführen. Nicht nur, dass dadurch das Auftreten von Kindesmisshandlung potenziell reduziert wird, kann eine Meldepflicht zur Senkung der Dunkelziffer und damit zur realistischeren Prävalenzraten führen. Wichtig ist außerdem den Meldeprozess in Deutschland einheitlicher zu gestalten und damit zu

vereinfachen. Dies könnte die Zurückhaltung von Pflegekräften bei der Meldung von Kindesmisshandlung verringern.

Des Weiteren gilt es ein systematisches Assessmentinstrument für die Risikoeinschätzung bzgl. Kindesmisshandlung zu entwickeln, damit Pflegekräfte hierfür ein konkretes Instrument zur Verfügung haben und Unsicherheiten entgegengewirkt werden kann. Es bedarf weiterhin Forschung bezüglich der Prävalenz von Kindesmisshandlung in Deutschland und der Effektivität von Präventionsmaßnahmen durch Pflegekräfte. Ebenso sollten die Erfahrungen, die Pflegekräfte in Deutschland in Verbindung mit Verdachtsfällen gemacht haben erforscht werden, damit mögliche Probleme erkannt und konkrete Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden können.

## **6 Fazit**

Das Ziel dieser Arbeit war die Relevanz von Pflegekräften in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung aufzuzeigen, sowie ihre Handlungsmöglichkeiten vorzustellen. Dafür war die Frage leitend, welche Möglichkeiten Pflegekräften zur Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung zur Verfügung stehen. Zur Beantwortung der Frage wurden vorerst der nötige wissenschaftliche Hintergrund erläutert und anschließend eine systematische Literaturrecherche vorgenommen. Im Anschluss folgte die Ergebnisdarstellung, welche daraufhin diskutiert und darauf basierend Implikationen für Praxis, Forschung und Lehre abgeleitet wurden.

Die Ergebnisse aus den Studien lassen sich in Bezug auf die pflegerischen Möglichkeiten in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung in sechs grobe Themenbereiche einteilen: Wissen aneignen; Resilienz und Fürsorgekompetenz steigern; Edukation von Eltern und anderen Bezugspersonen; Risikofaktoren identifizieren; Anzeichen wahrnehmen und Verdacht melden. Das Aneignen von Wissen ist dabei eine wichtige Grundvoraussetzung für alle weiteren Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention. Diese stellt sicher, dass Pflegekräfte Risikofaktoren und Anzeichen von Kindesmisshandlung identifizieren, Präventionsmaßnahmen durchführen und Fälle von Kindesmisshandlung bewältigen können. Ebenso stellt die Edukation von Eltern/Sorgeberechtigten einen wichtigen Aspekt der Prävention dar, da das Wissen um die Folgen von Kindesmisshandlung

und positive Erziehungsmethoden nachweislich das Auftreten von Misshandlungen verhindern kann.

Die vorliegende Literatur zeigt, dass Pflegekräfte aufgrund ihrer ressourcenorientierten Arbeitsweise und ihren häufig vertrauensvollen Beziehungen zu Kindern und ihren Eltern/Sorgeberechtigten einen essenziellen Beitrag in der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung leisten können.

Es wurden jedoch auch einige Barrieren aufgezeigt, die Pflegekräfte in ihrer Arbeit mit Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung einschränken. Dazu gehören ein Mangel an Vorbereitung und Wissen; die fehlende Struktur der Unterstützungsnetzwerke; die Angst die Arbeit mit und/oder die Beziehung zu den Familien durch eine Meldung zu beeinträchtigen; die Angst vor falschen Anschuldigungen; die Angst um die eigene Sicherheit; die Angst als Zeug\*innen bei Gericht vorgeladen zu werden und ein Misstrauen gegenüber den Kinderschutzdiensten. Denen kann durch interprofessionelle Schulungen, ein systematisches Assessmentinstrument sowie durch einheitliche und verpflichtende Meldeprozesse entgegengewirkt werden.

Jedoch ist die Effektivität pflegerischer Maßnahmen, insbesondere in Deutschland, noch nicht ausreichend durch Studien belegt. Ein Mangel an Evidenz bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass die Praxis keinen Einfluss auf die Prävalenzraten von Kindesmisshandlung oder andere Ergebnisse hat, sondern vielmehr, dass der potenzielle Einfluss mit der verfügbaren Evidenz nicht bestimmt werden kann.

## 7 Literaturverzeichnis

**BKiSchG** Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (*Bundeskinderschutzgesetz*). (2011).

<https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/bkischg.pdf> (Zugriff am: 2011).

**PfIBG** Gesetz über die Pflegeberufe (*Pflegeberufegesetz - PfIBG*) § 5 Ausbildungsziel. (28. Mai 2021) (Zugriff am: 28.05.21).

**#SchüttelIntoeetet.** (29. Mai 2021). *#SchüttelIntoeetet - Bundesweite Kampagne der API Stiftung.* <https://www.schuettelntoeetet.de/> (Zugriff am: 29.05.21).

**akjstat Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- & Jugendhilfestatistik (2020).** KomDat Kommentierte Daten der Kinder- & Jugendhilfe, 23(2/3), 1–32.

**Altman, R. L., Canter, J., Patrick, P. A., Daley, N., Butt, N. K. & Brand, D. A. (2011).** *Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma.* *PEdiatrics*, 128(5), e1164-72. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3260>

**Anselmi, K. K. (2011).** *Domestic violence and its implications on child abuse.* *The Nurse practitioner*, 36(11), 15–17.

<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000406490.90252.60>

**Barr, R. G (2012).** *Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers.* *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(2), 17294–17301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121267109>

**Barr, R. G., Barr, M., Rajabali, F., Humphreys, C., Pike, I., Brant, R., Hlady, J., Colbourne, M., Fujiwara, T [Takeo] & Singhal, A. (2018).** Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. *Child abuse & neglect*, 84, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.004>

**Bechtel, K., Le, K., Martin, K. D., Shah, N., Leventhal, J. M. & Colson, E. (2011).** *Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome.* *Academic pediatrics*, 11(6), 481–486. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.08.001>

**Ben Natan, M., Faour, C., Naamah, S., Grinberg, K. & Klein-Kremer, A. (2012).** Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International nursing review*, 59(3), 331–337. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x>

- Berthold, O., Witt, A [Andreas], Clemens, V., Brähler, E., Plener, P. L. & Fegert, J. M. (2019).** Do we get the message through? Difficulties in the prevention of abusive head trauma. *European journal of pediatrics*, 178(2), 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3273-0>
- Bieneck, S. (2011).** *Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. [https://www.moses-online.de/sites/default/files/Erster\\_Forschungsbericht\\_sexueller\\_Missbrauch\\_2011.pdf](https://www.moses-online.de/sites/default/files/Erster_Forschungsbericht_sexueller_Missbrauch_2011.pdf) (Zugriff am 15.05.21)
- Boynton-Jarrett, R., Rosenberg, L., Palmer, J. R., Boggs, D. A. & Wise, L. A. (2012).** *Child and Adolescent Abuse in Relation to Obesity in Adulthood: The Black Women's Health Study*. *Pediatrics*, 130(2), 245–253. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1554>
- Bund Deutscher Kriminalbeamter. (2009).** *Kindesmisshandlung*. [https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/02\\_Kinderschutzpartner/Polizei/Brosch%C3%BCre\\_Kindesmishandlung\\_01.compressed.pdf](https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/02_Kinderschutzpartner/Polizei/Brosch%C3%BCre_Kindesmishandlung_01.compressed.pdf) (Zugriff am 15.05.21)
- Bundesärztekammer. (2020).** *Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern: Früherkennung und Prävention als ärztliche Aufgabe*. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kindesmishandlung/> (Zugriff am: 16.06.20).
- Bundesgesundheitsministerium. (2021b).** *Prävention*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html> (Zugriff am: 18.05.21).
- Bundesgesundheitsministerium. (2021a).** *Welche Früherkennungsuntersuchungen werden empfohlen?* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/frueherkennung.html> (Zugriff am: 20.05.21).
- California Family Resource Center Learning Circle. (200).** *Family Resource Centers: Vehicles for change* [The california family resource center learning circle]. <http://shcowell.org/wp-content/uploads/2015/12/Vehicles-for-Change.pdf> (Zugriff am: 2000).

- Carnochan, S., Rizik-Baer, D. & Austin, M. J. (2013).** *Preventing the recurrence of maltreatment.* Journal of evidence-based social work, 10(3), 161–178.  
<https://doi.org/10.1080/15433714.2013.788947>
- Collins, M. (2013).** *Nurse Develops Runaway Intervention Program: Laurel Edinburgh aims to prevent sexual exploitation of young girls.* American Journal of Nursing, 113(11), 56–58.
- DAKJ & DGKiM Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. & Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. (2016).** *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken.* Version 1.6.
- Deegener, G. (2009).** *Gewalt in Eltern-Kind-Beziehungen.* In K. Lenz & F. Nestmann (Hg.), Handbuch Persönliche Beziehungen (1. Aufl., S. 813–833). Juventa Verlag.
- Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt. (2020).** *Interpol: Kindesmissbrauch während Pandemie seltener gemeldet.*  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116310/Interpol-Kindesmissbrauch-waehrend-Pandemie-seltener-gemeldet> (Zugriff am: 31.05.21).
- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V. & Shaffer, M. L. (2005).** *Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program.* Pediatrics, 115(4), e470-7.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2004-1896>
- Drager, N. (2002).** *World trade organization agreements and public health.* Weltgesundheitsorganisation.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)
- Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiatin, J. N. & Magder, L. S. (2012).** *The SEEK model of pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in a low-risk population?* Academic pediatrics, 12(4), 259–268.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.03.005>
- Duffy, J. Y., Hughes, M., Asnes, A. G. & Leventhal, J. M. (2015).** *Child maltreatment and risk patterns among participants in a child abuse prevention program.* Child abuse & neglect, 44, 184–193.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.005>

- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Joraschky, P. (Hg.). (2005).** *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Einboden, R., Rudge, T. & Varcoe, C. (2019).** *Beyond and around mandatory reporting in nursing practice: Interrupting a series of deferrals.* *Nursing inquiry*, 26(2). <https://doi.org/10.1111/nin.12285>
- Eismann, E. A., Pearl, E. S., Theuerling, J., Folger, A. T., Hutton, J. S. & Makoroff, K. (2019).** *Feasibility study of the calm baby gently program: An educational baby book intervention on safe practices related to infant crying.* *Child abuse & neglect*, 89, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.011>
- Engfer, A. (2005).** *Formen der Misshandlung von Kindern — Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze.* In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (3. Aufl., S. 3–19). Stuttgart: Schattauer.
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. & Clemens, V. (2020).** *Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality.* *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Fendrich, S. & Pothmann, J. (2010).** *Einblicke in die Datenlage zur Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheits-, Kriminal- und Sozialstatistiken* [Insights into the state of data about neglect and abuse of children in Germany. Possibilities and limitations of health, crime and social statistics]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1002–1010. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1125-9>
- Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J. & Grant, J. (2012).** *The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected.* *Contemporary nurse*, 41(1), 58–69. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.58>
- Fraser, J. A [Jennifer A.], Mathews, B., Walsh, K., Chen, L. & Dunne, M. (2010).** *Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a*

*multivariate analysis* (Bd. 47).

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748909001734?token=87EBD9341A961030DB5CF9FB651E4167D375966919028E019905514098AD86BE724BE530FE97982246F981BB41894E53&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210525164757> <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>

**Fraser, J. A [Jennifer Anne], Hutchinson, M. & Appleton, J. (2016).** *Nurses' experiences of home visiting new parents in rural and regional communities in Australia: a descriptive qualitative study.* *Journal of Children's Services*, 11(3), 204–216. <https://doi.org/10.1108/JCS-07-2015-0023>

**Fujiwara, T [T.] (2015).** *Effectiveness of public health practices against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan.* *Public health*, 129(5), 475–482. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.01.018>

**Gellert, K. (2007).** *Vernachlässigte Kinder: Entstehung, Verlauf und Intervention.* VDM, Müller.

**Goldberg, A. P., Moore, J. L. & Barron, C. E. (2019).** *Domestic Minor Sex Trafficking: Guidance for Communicating With Patients.* *Hospital pediatrics*, 9(4), 308–310. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0199>

**Gurwitch, R. H., Messer, E. P., Masse, J., Olafson, E., Boat, B. W. & Putnam, F. W. (2016).** *Child-Adult Relationship Enhancement (CARE): An evidence-informed program for children with a history of trauma and other behavioral challenges.* *Child abuse & neglect*, 53, 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.016>

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

**Herrmann, B. (2005).** *Vernachlässigung und emotionale Miss-handlung von Kindern und Jugendlichen.* <http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/VN-KJA-2005.pdf> (Zugriff am 15.05.21)

**Herrmann, B., Dettmeyer, R. B., Banaschak, S. & Thyen, U. (2016).** *Kindesmisshandlung: Medizinische diagnostik, intervention und rechtliche Grundlagen.* Kindle-Version (3. Aufl.). Springer.



- Ho, G. W. K. & Gross, D. A. (2015).** *Pediatric nurses' differentiations between acceptable and unacceptable parent discipline behaviors: a Q-study* (Bd. 29). <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0891524514004143?token=052279128FE72973F5EDB4AC35F3843A2F60CAC5DB29C64F1D9553F075837079516B398BAD37A51CA2722FD341FB014A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210525165143> <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.12.004>
- Honda, C., Yoshioka-Maeda, K. & Iwasaki-Motegi, R. (2020).** *Child abuse and neglect prevention by public health nurses during the COVID-19 pandemic in Japan*. *Journal of advanced nursing*, 76(11), 2792–2793. <https://doi.org/10.1111/jan.14526>
- Honor, G. (2012).** *Emotional maltreatment*. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 26(6), 436–442. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.05.004>
- Honor, G. (2015).** *Childhood trauma exposure and toxic stress: what the PNP needs to know*. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 29(2), 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.09.006>
- Honor, G., Bretl, D., Chapman, E., Chiocca, E., Donnell, C., Doughty, K., Houser, S., Marshall, B., Morris, K. & Quinones, S. G. (2015).** *Corporal Punishment: Evaluation of an Intervention by PNPs*. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 29(6), 526–535. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.04.016>
- Honor, G., Bretl, D., Chapman, E., Herendeen, P., Mitchel, N., Mulvaney, B., Quinones, S. G. & VanGraafeiland, B. (2017).** *Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: A Description of Pediatric Nurse Practitioner Practice Behaviors*. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 31(6), e35-e44. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.05.006>
- Honor, G., Quinones, S. G., Bretl, D., Courtney, A. B., Herendeen, P. A., Lewin, L., Loyke, J. A., Morris, K., Schapiro, N. A. & Williams, S. (2019).** *Commercial Sexual Exploitation of Children: An Update for the Forensic Nurse*. *Journal of forensic nursing*, 15(2), 93–102. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000243>

- Jungmann, T. (2020).** *Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung.*  
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I068-2.0>
- Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009).** *Kindeswohlgefährdung - Erkennen und Helfen* (10. Aufl.). Kinderschutz-Zentrum Berlin.
- Kindler, H. (2006).** *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach [section] 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (H. Kindler, S. Lillig, T. Meysen & A. Werner, Hg.). Deutsches Jugendinst.
- Lang, C. M. & Sharma-Patel, K. (2011).** *The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention.* *Trauma, violence & abuse*, 12(1), 23–37.  
<https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R. & Arias, I. (2008).** *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions For Public Health And Recommended Data Elements* (1. Aufl.). Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention.
- Leite, J. T., Beserra, M. A., Scatena, L., Da Silva, L. M. P. & Ferriani, M. d. G. C. (2016).** *Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses [Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses].* *Revista gaucha de enfermagem*, 37(2), e55796. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55796>
- Lenz, K. & Nestmann, F. (Hg.). (2009).** *Handbuch Persönliche Beziehungen* (1. Aufl.). Juventa Verlag. <http://www.gbv.de/dms/ilmenau/toc/570509440.PDF>  
 (Zugriff am 18.05.21)
- Lines, L. E., Hutton, A. E. & Grant, J. (2017).** *Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe.* *Journal of advanced nursing*, 73(2), 302–322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Littler, N. (2020).** *Designing an adolescent safeguarding curriculum framework for preregistration nurse education programmes.* *Nursing children and young people*, 32(4), 14–19. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2020.e1293>
- Lyden, C. (2011).** *Uncovering child abuse.* *Nursing Management*, 42, 1–5.  
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000396601.75497.26>

- Maier, A., Fegert, J. M. & Hoffmann, U. (2021).** *Kinderschutz: Kompetenz entwickeln.* Pflege Zeitschrift, 74(6), 54–57. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1051-5>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009).** *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.* PLoS medicine, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nocera, M., Shanahan, M., Murphy, R. A., Sullivan, K. M., Barr, M., Price, J. & Zolotor, A. (2016).** *A statewide nurse training program for a hospital based infant abusive head trauma prevention program.* Nurse education in practice, 16(1), e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.013>
- Nordhausen & Hirt (2019).** *Methoden- und Theorieecke.: One size does not fit all - systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken.* Klinische Pflegeforschung, 5(0), 2–43.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012).** *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis.* PLoS medicine, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nwogu, N. N., Agrawal, L., Chambers, S., Buagas, A. B., Daniele, R. M. & Singleton, J. K. (2016).** *Effectiveness of Child Advocacy Centers and the multidisciplinary team approach on prosecution rates of alleged sex offenders and satisfaction of non-offending caregivers with allegations of child sexual abuse: a systematic review.* JBI database of systematic reviews and implementation reports, 13(12), 93–129. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2113>
- Oeder, S., Thater, A., Lehmann, S., Pühlhofer, F., Wohlgemut, W. & Nagel, E. (2009).** *Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen? [Expertise].* Universität Bayreuth.
- Pietrantonio, A. M., Wright, E., Gibson, K. N., Alldred, T., Jacobson, D. & Niec, A. (2013).** *Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers.* Child abuse & neglect, 37(2-3), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.007>
- Rheingold, A. A., Zajac, K., Chapman, J. E., Patton, M., Arellano, M. de, Saunders, B. & Kilpatrick, D. (2015).** *Child sexual abuse prevention training for*

- childcare professionals: an independent multi-site randomized controlled trial of Stewards of Children*. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 16(3), 374–385. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0499-6>
- Rheingold, A. A., Zajac, K. & Patton, M. (2012).** *Feasibility and acceptability of a child sexual abuse prevention program for childcare professionals: comparison of a web-based and in-person training*. *Journal of child sexual abuse*, 21(4), 422–436. <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.675422>
- Russell, K. A. & Wade, A. R. (2015).** *When the Court Interprets Legislative Intent: Mandatory Reporting of Child Abuse*. *Journal of Nursing Regulation*, 6(1), 39–42. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30008-9](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30008-9)
- Scharmanski, S. & Renner, I. (2018).** *Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie [Midwives and Nurses in Early Childhood Intervention: The Benefit of Additional Qualification]*. *Pflege*, 31(5), 267–277. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000630>
- Schlack, R., Neuperdt, L., Hölling, H., Bock, F. de, Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., Wachtler, B. & Beyer, A.-K. (2020).** *Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM\\_04\\_2020\\_Psychische\\_Auswirkungen\\_COVID-19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_04_2020_Psychische_Auswirkungen_COVID-19.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am: 21.05.2021).
- Schols, M. W. A., Ruiter, C. de & Öry, F. G. (2013).** *How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study*. *BMC public health*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-807>
- Shaw, J. S. (2008).** *Practice improvement: child healthcare quality and Bright Futures*. *Pediatric annals*, 37(3), 159–164. <https://doi.org/10.3928/00904481-20080301-14>
- Simon, J. D. & Brooks, D. (2017).** *Identifying families with complex needs after an initial child abuse investigation: A comparison of demographics and needs related to domestic violence, mental health, and substance use*. *Child abuse & neglect*, 67, 294–304. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.001>

- Souza Aragao, A. de, Ferriani, M., Vendruscollo, T., Souza, S. & Gomes, R. (2013).** *Primary care nurses' approach of violence against children.* *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 172–179.
- Statistisches Bundesamt. (6. Januar 2021).** *Kindeswohlgefährdung: In jedem 5. Fall wurden mehrere Arten von Gewalt oder Vernachlässigung festgestellt.* [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/01/PD21\\_004\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/01/PD21_004_225.html) (Zugriff am: 06.01.21).
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. & van Ijzendoorn, M. H. (2012).** *The Universality of Childhood Emotional Abuse:: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence.* *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H. & Alink, L. R. (2013).** *Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence.* *International journal of Psychology*, 48(2), 81–94. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165>
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011).** *A global perspective on child sexual abuse:: meta-analysis of prevalence around the world.* *CHILD MALTREATMENT*, 16(2), 81–94. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Tanoue, K., Senda, M., An, B., Tasaki, M., Taguchi, M., Kobashi, K., Oana, S., Mizoguchi, F., Shiraishi, Y., Yamada, F., Okuyama, M. & Ichikawa, K. (2017).** *Training program for Japanese medical personnel to combat child maltreatment.* *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*, 59(7), 764–768. <https://doi.org/10.1111/ped.13278>
- Tonmyr, L. (2015).** *The Nurse-Family Partnership: evidence-based public health in response to child maltreatment.* *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 35(8/9), 141–142.
- Velez, V. (2015).** *Implementing Child Maltreatment Prevention into the Clinical Setting: an On-Line Learning Tutorial for Advanced Practice Nurses [Dissertation].* University of Arizona, Arizona.
- Visscher, S. J. A. & van Stel, H. F. (2017).** *Variation in prevention of child maltreatment by Dutch child healthcare professionals.* *Child abuse & neglect*, 70, 264–273. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.020>

**Wetzels, P. (1997).** *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit: Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD.* [https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB\\_59.pdf](https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_59.pdf) (Zugriff am: 1997).

**WHO World Health Organization. (2013).** *European Report on Preventing Child Maltreatment.* [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf) (Zugriff am 15.05.21)

**WHO World Health Organisation. (2020).** *Female genital mutilation.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (Zugriff am: 29.05.21).

**Williams, V. N., Ayele, R., Shimasaki, S., Tung, G. J. & Olds, D. (2019).** *Risk assessment practices among home visiting nurses and child protection caseworkers in Colorado, United States: A qualitative investigation.* *Health & social care in the community*, 27(5), 1344–1352. <https://doi.org/10.1111/hsc.12773>

**Witt, A (2018).** *Prävalenz, Verlauf und Folgen multipler und kombinierter Typen von Kindesmisshandlung* [Dissertation]. Universität Ulm, Ulm.

## Anhang

### Anhangsverzeichnis:

Anhang 1: Suchstrategien .....	IV
Anhang 2: Bewertung der einbezogenen Interventionsstudien.....	V
Anhang 3: Bewertung der einbezogenen qualitativen Studien .....	VII
Anhang 4: Bewertung der einbezogenen systematischen Übersichtsarbeiten .....	IX
Anhang 5: Zusammenfassung der inkludierten Literatur .....	X

## Anhang 1: Suchstrategien

Tabelle 2: Suchstrategie in der Datenbank PubMed (Eigene Darstellung)

Nr.	Suchbegriff	Filter	Treffer
#1	„child abuse“[MeSH Terms]		31.030
#2	„domestic violence“[MeSH Terms]		45.163
#3	„child“[MeSH Terms]		1.947.428
#4	„infant“[MeSH Terms]		1.158.118
#5	„young adult“[MeSH Terms]		897.156
#6	#3 OR #4 OR #5		3.242.869
#7	#6 AND #2		32.197
#8	#7 OR #1		34.616
#9	„prevention and control“[MeSH Subheading]		1.321.898
#10	„early diagnosis“[MeSH Terms]		54.478
#11	#9 OR #10		1.368.542
#12	#8 AND #11		6.482
#13	„nurses“ [MeSH Terms]		89.734
#14	„caregivers“ [MeSH Terms]		38.690
#15	#13 OR #14		127.948
#16	#12 AND #15		214
#17	#16	10 years	102
#18	#17	english, german	100
#19	#18	full text	92

Tabelle 3: Suchstrategie in der Datenbank CINAHL (eigene Darstellung)

Nr.	Suchbegriff	Filter	Treffer
#1	MH „child abuse+“		21.688
#2	MH „domestic violence+“		42.469
#3	(MH „child+“) OR (MH „infant+“) OR (MH „Adolescence+“)		1.001.768
#4	MH „Early Diagnosis+“		20.783
#5	prevention		700.863
#6	MH „Nurses+“		229.862
#7	#2 AND #3		19.116
#8	#1 OR #7		26.086
#9	#4 OR #5		717.316
#10	#8 AND #9 AND #6		118
#11	#8 AND #9 AND #6	10 years	53
#12	#11	english	51



## Anhang 2: Bewertung der einbezogenen Interventionsstudien

Tabelle 4: Bewertung der einbezogenen Interventionsstudien

		Barr et al. (2018)	Collins (2013)	Dubowitz et al. (2012)	Fujiwara (2015)	Hornor et al. (2015)
1	Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Alle Eltern von Neugeborenen zwischen 01.2000 und 12.2016 wurden kontaktiert	durch Polizei gefunden	18 Kinderarztpraxen, Randomisiert (2 Ausnahmen zum regionalen Ausgleich)	Allen Müttern im Studienzeitraum wurde beim 4-Monats-Check-Up ein Fragebogen zugeschickt diejenigen, die den Fragebogen vollständig beantworteten nahmen teil	k.A.
2	Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	86-91,2%	k.A.	1.079 von 1.119	1.334 von 1594	100%
3	Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	nein, nicht möglich	nein	zum Teil	nein, nicht möglich	nein
4	Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Alles Eltern, wenig Väter, Keine Angaben zu Alter, Beruf, etc.	k.A.	ja	nein, I-Gruppe hatte höheren Bildungsstand und wenig Unterstützung, häufig das erste Kind	ja
5	Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	keine Kontrollgruppe	k.A.	ja	ja	ja
6	Wurden alle Teilnehmer (in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe) bewertet?	ja	ja	ja	ja	ja
7	War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	ja	k.A.	ja, dafür Studienzeit verlängert	ja	ja

Eigene Darstellung nach Behrens & Langer (2010)

Tabelle 4: Bewertung der einbezogenen Interventionsstudien (Fortführung)

		Barr et al. (2018)	Collins (2013)	Dubowitz et al. (2012)	Fujiwara (2015)	Honor et al. (2015)
8	Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	ja	nicht bekannt	ja	ja	nicht bekannt
9	Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	1. <24 Monate = 35% 2. <12 Monate = 33%	k.A.	Signifikante Steigerung der Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Erziehung, Andere Ergebnisse nicht signifikant	1. Wissen übers Weinen und Schütteltraume signifikant höher 2. 1,79x höhere Wahrscheinlichkeit für empfohlenes Verhalten	r = 0,221
10	Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	1. p = 0,048 2. p = 0,090	k.A.	p = 0,02	1. p < 0,001 2. p = 0,038	p = 0,221
11	Wie präzise sind die Ergebnisse?	CI = 95%	k.A.	CI = 95%	CI = 95%	CI = 95%
12	Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	ja	ja	ja	ja	ja
13	Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	ja	nein	ja	ja	ja
14	Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	ja	ja	ja	ja	ja
	<b>Benotung der Glaubwürdigkeit (1-6)</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Eigene Darstellung nach Behrens & Langer (2010)

## Anhang 3: Bewertung der einbezogenen qualitativen Studien

Tabelle 5: Bewertung der einbezogenen qualitativen Studien

		Francis et al. (2012)	Fraser et al. (2016)	Leite et al. (2016)	Scharmanski & Renner (2018)
1	Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	ja	ja	ja	Ja
2	Welches qualitative Design wurde gewählt?	Grounded Theory Explorativ-deskriptiv	Partizipative Handlungsforschung	Partizipative Handlungsforschung	Partizipative Handlungsforschung
3	Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	ja	ja	k.A.	k.A.
4	Wurden die Teilnehmer*innen passend zur Forschungsfrage ausgewählt und begründet?	ja	ja	ja	ja
5	Wurden die Teilnehmer*innen, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	ausbaufähig	ausbaufähig	ja	ja
6	Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	ja Persönliche oder telefonische Interviews	ja Semi-strukturierte interviews	Ausbaufähig	ja Computer-assistierte persönliche Interviews
7	Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Thematische Analyse, Kodierung	Thematische Analyse, Kodierung, Clusterung	Thematische Analyse, Kodierung, Kategorisierung	Parametrisches Analyseverfahren
8	Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	nein	ja	nein	nein
9	Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	ja	ja	ja	ja
10	Wurden die Ergebnisse bestätigt?	ja	ja	Ja	ja
11	Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	ja	ja	Ja	ja
12	Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	ja	ja	ja	ja
	<b>Benotung der Glaubwürdigkeit (1-6)</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

Eigene Darstellung nach Behrens & Langer (2010)

Tabelle 6: Bewertung der einbezogenen qualitativen Studien (Fortsetzung)

		Schols et al. (2013)	Souza Aragao et al. (2013)	Visscher & van Stel (2017)	Williams et al. (2019)
1	Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	ja	ja	ja	Ja
2	Welches qualitative Design wurde gewählt?	Partizipative Handlungsforschung	Partizipative Handlungsforschung	Partizipative Handlungsforschung	Grounded Theory
3	Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Ja	ja	k.A.	k.A.
4	Wurden die Teilnehmer*innen passend zur Forschungsfrage ausgewählt und begründet?	ja	ja	ja	ja
5	Wurden die Teilnehmer*innen, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	ja	ausbaufähig	ja	ausbaufähig
6	Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Ja Fokusgruppen-Interviews	Ja Semi-strukturierte Interviews	Ja 1. Interviews 2. Online-Fragebogen	Ja (telefonische) Tiefeninterviews
7	Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Thematische Kodierung	Dialektische Hermeneutik	Thematische Kategorisierung	Thematische Kategorisierung
8	Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	nein	nein	nein	ja
9	Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Ja	ja	ja	Ja
10	Wurden die Ergebnisse bestätigt?	ja	ja	ja	Ja
11	Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	ja	ja	ja	Ja
12	Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	ja	nein	ja	Ja
	<b>Benotung der Glaubwürdigkeit (1-6)</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Eigene Darstellung nach Behrens & Langer (2010)

## Anhang 4: Bewertung der einbezogenen systematischen Übersichtsarbeiten

Tabelle 7: Bewertung der einbezogenen systematischen Übersichtsarbeiten

		Carnochan et al. (2015)	Lines et al. (2016)
1	Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	ja	ja
2	Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	k.A.	ja
3	Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	Nein Handsuche	ja
4	Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	ja	ja
5	Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	ja	ja
6	Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	ja	ja
7	Waren die Studien ähnlich?	ja	ja
8	Was sind die Ergebnisse?	Nicht eindeutig	Das Pflegepersonal ist sich seiner Rolle beim Schutz von Kindern bewusst, traut sich aber nicht immer, auf Kinder zu reagieren, die von Missbrauch oder Vernachlässigung bedroht sind
9	Wie präzise sind die Ergebnisse?	Nicht eindeutig	Studien wurden analysiert und gewichtet
10	Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	ja	ja
11	Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	ja	ja
12	Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	ja	ja
	<b>Benotung der Glaubwürdigkeit (1-6)</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Eigene Darstellung nach Behrens & Langer (2010)

## Anhang 5: Zusammenfassung der inkludierten Literatur

Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Eigene Darstellung)

Referenzen	Zielsetzung	Methodik/Intervention	Stichprobe	Ergebnis	Studiendesign
Anselmi (2011) USA	k.A.	entfällt	Eine Familie bestehend aus zwei Kindern, beiden leiblichen (getrennten) Eltern und beiden Stiefeltern	Die NP, die den Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt, Kindesmissbrauch und Familienrecht im Kontext der primären Versorgung versteht, ist in einer einzigartigen Position, um die Gesundheit und das Wohlbefinden eines misshandelten Elternteils und/oder Kindes zu schützen.	Fallstudie
Barr (2012) USA	Überprüfung einer alternativen entwicklungspsychologischen Interpretation, nämlich, dass die frühe Zunahme des Schreiens eine typische Verhaltensentwicklung bei normalen Säuglingen ist und normalerweise nichts Falsches oder Abnormales widerspiegelt. Überprüfung der Hinweise darauf, dass dieses normale Schrei-Muster der häufigste Auslöser für AHT ist.	Literaturarbeit	entfällt	Da Schütteln und Missbrauch auch ohne Risikofaktoren oder Anomalien bei Säuglingen oder ihren Bezugspersonen auftreten können, ist die grundlegende Überlegung für die Umsetzung dieser Präventionsmaßnahmen, dass sie primär und universell angelegt sein sollten.	Expertenbeitrag
Barr et al. (2018) Kanada	Überprüfung, ob die Erfahrungen in Britisch-Columbia (BC) bei der Implementierung eines provinzweiten Präventionsprogramms die AHT-Krankenhauseinweisungsraten reduziert haben	Die Intervention umfasst drei "Maßnahmen": Aufklärung der Eltern aller Neugeborenen während der Aufnahme in der Klinik oder bei Hausgeburten; Verstärkung der Talking Points nach der Geburt durch PHNs und eine jährliche Aufklärungskampagne.	Eltern aller Neugeborenen 01.2009-12.2016 (n=354.477). Ca. 79% erhielten Intervention, n=3.482 nahmen an Befragung-en teil	Die Erfahrung in BC mit der Implementierung eines universellen 3-Dosis-Primärpräventionsprogramms war mit einem 35%igen Rückgang der AHT-Aufnahmen verbunden, der für <24 Monate alte Kinder statistisch signifikant war, und mit einem ähnlichen, wenn auch nicht statistisch signifikanten 33%igen Rückgang für <12 Monate alte Kinder.	Interventionsstudie
Carnochan et al. (2013) USA	Zusammenfassung der Forschungsergebnisse zu kindlichen, familiären und systemischen Faktoren, die mit der Wiederholung von Misshandlung zusammenhängen, sowie vielversprechende Praktiken zur Verbesserung der Leistung darzustellen.	Nicht beschrieben	entfällt	Die Forschungsliteratur gibt zwar einen Überblick über Faktoren, die mit dem Wiederauftreten von Misshandlung verbunden sind, und über vielversprechende Praktiken, aber sie zeigt keine eindeutige evidenzbasierte Methode zur Verhinderung des Wiederauftretens von Misshandlung auf.	Systematische Übersichtsarbeit

Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Fortsetzung)

Collins (2013) USA	Verhinderung sexueller Ausbeutung von jungen Mädchen	Gesundheitserziehung zu Themen wie Schwangerschaftsverhütung, sexuell übertragbare Infektionen (STIs), Alkohol- und Drogenkonsum. Beratung & Untersuchungen zu PTBS, Behandlung von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit sowie Screening und Behandlung von Depressionen.	Überwiegend Mädchen 8-9. Klasse	Eines der Hauptziele des Programms - die Verhinderung von Schwangerschaften - wurde erreicht. Die Schwangerschaftsrate für Mädchen im Programm liegt bei etwa 2,5 % - niedriger als die durchschnittliche Rate von 9 % in Minnesota und deutlich niedriger als die durchschnittliche Rate für Mädchen, die sexuell missbraucht wurden.	Interventionsstudie (RCT)
Dubowitz et al. (2012) USA	Untersuchung der Effektivität des SEEK-Modells in der erweiterten pädiatrischen Primärversorgung zur Reduzierung von Kindesmisshandlung in einer relativ risikoarmen Population.	Das SEEK-Modell beinhaltet die Schulung von medizinischem Fachpersonal, um gezielte Risikofaktoren (z. B. mütterliche Depression) anzusprechen, ein Eltern-Screening-Fragebogen und Handouts für Eltern und einen Sozialarbeiter.	18 pädiatrische Praxen 1119 Mütter von Kindern im Alter von 0 bis 5.	Das SEEK-Modell wurde mit einer geringeren mütterlichen psychologischen Aggression und geringfügigen körperlichen Übergriffen in Verbindung gebracht. Obwohl solche Erfahrungen möglicherweise nicht an Schutzdienste gemeldet werden, gibt es zahlreiche Hinweise auf deren potenziellen Schaden. SEEK bietet eine vielversprechende und praktische Erweiterung der pädiatrischen Primärversorgung.	Interventionsstudie (RCT)
Scharmanski & Renner (2018) Deutschland	Untersuchung, ob die Zusatzqualifikation ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Familien in belasteten Lebenslagen leistet	retrospektive Befragung	N=298 Mütter mit Kindern unter 3 Jahren	Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation werden entsprechend ihrer Fortbildung häufiger in psychosozial belasteten Familien eingesetzt. Von allen Müttern, die einen Unterstützungsbedarf angaben, bewerten die Mütter, die von einer fortgebildeten Gesundheitsfachkraft unterstützt wurden, die Betreuung als nützlicher im Hinblick auf elterliche Alltagskompetenzen (Bewertung der erhaltenen Unterstützung: GruppeGFK + Quali MW = 2,57; GruppeGFK: MW = 1,97; p = 0,003).	Qualitative Studie
Francis et al. (2012) Australien	Untersuchen, wie beauftragte Fachkräfte, die in ländlichen viktorianischen Kontexten arbeiten, ein gefährdetes Kind/einen gefährdeten Jugendlichen identifizieren und welche Entscheidungen sie daraufhin treffen.	retrospektive Befragung	17 Teilnehmer*innen: 1 Ärzt*in, 7 Pflegekräfte, 3 Polizist*innen, 6 Lehrer*innen	Die Studie ergab, dass das Melden von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung für diese Gruppen, die in ihren jeweiligen Gemeinden sehr sichtbar sind, eine belastende Erfahrung ist.	Qualitative Studie

Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Fortsetzung)

Fraser et al. (2016) <i>Australien</i>	Untersuchung der Art und Weise, wie CAFH-Pflegekräfte innerhalb eines universellen Gesundheitsdienstmodells arbeiten, das durch Isolation, Diskontinuität und Fragmentierung beeinträchtigt sein kann.		Fokusgruppen mit 26 CAFH-Schwestern aus fünf ländlichen, zwei regionalen und einer städtischen Gemeinde in New South Wales (NSW), Australien	Krankenschwestern und -pfleger, die in universellen Diensten tätig sind, die in den Wohnungen von Kindern und Familien erbracht werden, spielen eine Schlüsselrolle im Kinderschutz. Sie haben die Verantwortung, die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten zu stärken, um sich für Kinder einzusetzen, die durch das Umfeld, in dem sie betreut werden, gefährdet sind.	Qualitative Studie
Fujiwara (2015) <i>Japan</i>	Untersuchung der Auswirkungen der öffentlichen Gesundheitspraktiken zur Prävention von SBS/AHT in Japan durch den Einsatz von Aufklärungsmaterialien.		n=1334 Mütter mit 4 Monate alten Kindern	Das Wissen über Weinen und Schütteln war signifikant höher bei den Frauen, die den öffentlichen Gesundheitspraktiken ausgesetzt waren, mit einer Dosis-Wirkungs-Beziehung (beide $P < 0,001$ ). Außerdem war das Weggehenverhalten während der Zeit des unstillbaren Schreiens in der Interventionsgruppe höher. Der Austausch von Informationen über das Schreien von Säuglingen mit anderen Betreuungspersonen war in der Interventionsgruppe jedoch weniger wahrscheinlich.	Interventionsstudie
Honda et al. (2020) <i>Japan</i>	k.A.		Diese Studie konzentriert sich auf neue PHN-Strategien zur Verhinderung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung während der COVID-19-Pandemie in Japan.	Die PHNs suchen nach Wegen, ihre Aktivitäten zur Missbrauchsprävention mit Maßnahmen zur Infektionsprävention fortzusetzen, während sie die bestehenden Mechanismen weiterhin nutzen. Wenn man der Infektionsprävention zu viel Priorität einräumt, können die Maßnahmen, die auf dem Aufbau von Vertrauen zu den Eltern basieren, nicht stattfinden, was zu einem erhöhten Risiko von Missbrauch und Vernachlässigung führt.	Expertenbeitrag
Hornor (2012) <i>USA</i>	Definition emotionaler Misshandlung und Diskussion der Folgen. Aufzeigen von Implikationen für die Praxis von Kinderkrankenpfleger*innen		entfällt	PNPs sind aufgrund ihrer einzigartigen Beziehungen zu den Familien in einer erstklassigen Position, um Verdachtsfälle von emotionaler Misshandlung zu erkennen und angemessen zu intervenieren.	Expertenbeitrag



Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Fortsetzung)

Honor (2015) USA	Diskussion von Methoden zum Screening auf Traumaexposition Erforschen geeigneter Interventionen nach der Identifizierung einer Traumaexposition	k.A.	entfällt	PNPs können das Leben von Kindern stark beeinflussen, indem sie ein gründliches Verständnis der Traumaexposition und ihrer möglichen Auswirkungen auf Kinder haben und sich dann für notwendige Änderungen in der klinischen Praxis und der öffentlichen Gesundheitspolitik einsetzen.	Expertenbeitrag
Honor et al. (2015) USA	Evaluation der Einstellung der Lernenden gegenüber körperlicher Disziplinierung vor und nach der Implementierung einer von einer Kinderkrankenschwester konzipierten pädagogischen Intervention.	60-minütigen PowerPoint-Präsentation, in der Disziplin und Bestrafung definiert wurden, Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen der Verwendung von KP auf Kinder und weltweite Bemühungen zur Abschaffung der Verwendung erörtert wurden und alternative Methoden der Disziplinierung angeboten wurden	882 Teilnehmer*innen davon 671 Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationen	Diese Studie zeigt, dass eine signifikante Anzahl von Gesundheitsdienstleistern, in einer Stichprobe von hauptsächlich Krankenschwestern, weiterhin die Verwendung von Spanking als akzeptable Methode der Disziplinierung befürwortet und dass einige die Überzeugung vertreten, dass Kinder, die nie versohlt werden, verwöhnt sind. Die Einstellung der Lernenden gegenüber Spanking war nach dem Bildungsangebot signifikant weniger unterstützend für Spanking, dennoch glaubte mehr als ein Drittel der Lernenden, dass Spanking manchmal notwendig sei, wobei weniger als ein Viertel angab, dass Spanking nie in Ordnung sei.	Interventionsstudie (Quasi-experimentell)
Honor et al. (2019) USA	Darstellung von Risikofaktoren, die von Opfern häufig erlebt werden, Rekrutierungsstrategien von Menschenhändlern, Indikatoren zur Identifizierung von kindlichen Opfern sowie Interventions- und Aufklärungsstrategien, die für forensisches Pflegepersonal von Bedeutung sind.	k.A.	entfällt	Es ist von entscheidender Bedeutung, dass forensische Krankenschwestern und -pfleger ein gründliches Verständnis für das Problem besitzen und in der Lage sind, Kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern besser zu erkennen, zu intervenieren und zu verhindern.	Expertenbeitrag
Leite et al. (2016) Brasilien	Analyse der Maßnahmen, die von Krankenschwestern der Primärversorgung im Kampf gegen häusliche Gewalt gegen Kinder und Jugendliche berichtet werden.	semi-strukturierte Interviews	5 Pflegekräfte	Die Krankenschwestern waren mit den öffentlichen Richtlinien vertraut, aber sie waren nicht in der Lage, sie in die Praxis umzusetzen; sie waren nicht darauf vorbereitet, die Gewalt zu erkennen und damit umzugehen; sie nahmen nicht an Schulungen teil; sie hatten Angst, die entdeckten Fälle von Gewalt zu melden.	Qualitative Studie

Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Fortsetzung)

Einboden et al. (2019) <i>Australien</i>	Das Potenzial vom Pflegepersonal in einem Public-Health-Ansatz zum Kinderschutz aufweisen	Dialektisch-relationale kritische diskursive Analyse	entfällt	Wenn Krankenschwestern gut unterstützt werden, sind sie effektiv in der Prävention von Kindesmisshandlung bei gefährdeten Familien.	Expertenbeitrag
Lines et al. (2017) <i>Australien</i>	Die Rolle der Krankenschwestern und ihre Erfahrungen mit der Sicherheit von Kindern zu ermitteln.	Studiensuche in den elektronischen Datenbanken CINAHL, Medline, Web of Science, Scopus und Informit	60 Studien	Krankenschwestern und -pfleger haben viele Aufgaben und Erfahrungen im Kinderschutz haben aber oft das Gefühl, dass sie nicht das Wissen, die Fähigkeiten und die Unterstützung haben, um in diesem Bereich tätig zu werden.	Systematische Übersichtsarbeit
Littler (2020) <i>England</i>	Vorstellung eines Curriculums für die Pflege-Ausbildung zum Thema "Schutz von Jugendlichen"	entfällt	entfällt	Das vorgeschlagene Rahmencurriculum für den Schutz von Jugendlichen ist nicht präskriptiv, sondern eine Struktur zur Unterstützung von Pflegeausbildern bei der Gestaltung oder Überprüfung von Ausbildungsprogrammen für Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Vorstufe. Es kann sicherstellen, dass zukünftige Pflegekräfte kompetent sind, um eine zentrale Rolle beim Schutz von Jugendlichen zu übernehmen.	Expertenbeitrag
Lyden (2011) <i>USA</i>	Aufdeckung von Kindesmissbrauch fördern	entfällt	entfällt	Eine Krankenschwester auf der Kinderintensivstation kann Fälle von Missbrauch erkennen, die sonst vielleicht übersehen werden. Eine sorgfältige Anamnese, anfängliche und fortlaufende Beurteilung mit einer genauen, detaillierten und lesbaren Dokumentation kann die beste Chance für den Patienten sein, Sicherheit zu erlangen und dem unschuldigen Elternteil die Freiheit zu geben.	Expertenbeitrag
Nocera et al. (2016) <i>USA</i>	Personal über die "Period of PURPLE Crying"-Programm und das empfohlene Modell zur Durchführung informieren, das aus einer Einzelpräsentation der wichtigsten Lehrpunkte, dem Betrachten des Lehrvideos und der Begleitbroschüre durch die Eltern als Teil der Sitzung besteht.	Präsenz- oder Onlineschulung und anschließende (telefonische) semi-strukturierte Interviews	4358 Teilnehmer*innen davon 91,9% Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationen	Die Berichte des Pflegepersonals, während der Nachbefragung deuteten auf positive Veränderungen in der Praxis hin, einschließlich der Durchführung des Programms mit einem hohen Maß an Treue, der Abdeckung der wesentlichen Programmbotschaften und der Änderung des Verhaltens in der Praxis, wie durch das Zeigen von Programmmaterialien während des Krankenhausaufenthalts und das Eintreten für die Weitergabe von Materialien an andere Pflegekräfte nach der Entlassung	Interventionsstudie

Tabelle 8: Zusammenfassung der inkludierten Literatur (Fortsetzung)

Pietrantonio et al. (2013) Kanada	Unterstützung eines strukturierteren und zielgerichteten Prozesses der Meldepflicht	Literaturarbeit	entfällt	Die Sorgeberechtigten gaben durchweg an, wie sehr sie es zu schätzen wissen, wenn Fachkräfte, die mit ihren Familien zu tun haben, einen nicht wertenden und respektvollen Ansatz wählen. Gesundheitsfachkräfte können dies bei ihren Patienten erreichen, indem sie empathisch sind, das hohe Maß an Stress, das die Familie erlebt, anerkennen und, wo offensichtlich, die Bemühungen der Familie, ihr Verhalten zu ändern, anerkennen.	Expertenbeitrag
Schols et al. (2013) Niederlande	Untersuchung des Verhaltens von niederländischen Mitarbeitern bei der Erkennung und Meldung von Kindesmissbrauch	Fokusgruppen- Interviews	16 Grundschullehrer*innen 17 Pflegekräfte und Ärzt*innen	Die Ergebnisse zeigten, dass beide Gruppen von Fachkräften sich zwar der Anzeichen und Risiken von Kindesmissbrauch bewusst sind, dass es ihnen aber auch an spezifischem Wissen mangelt. Die auffälligsten Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen beziehen sich auf die Einstellung und die (Kommunikations-)Fähigkeiten.	Qualitative Studie
Souza Aragao et al. (2013) Brasilien	Analyse, wie Fälle von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche von Krankenschwestern und -pflegern in der Primärversorgung behandelt werden. Identifizierung von Grenzen und Möglichkeiten im Umgang mit diesen Fällen.	semi-strukturierte Interviews	8 PCNs	Eine der Erklärungen für das Versagen der Pflege Kindesmisshandlung zu erkennen, hat damit zu tun, dass der professionelle Habitus der Pflegekräfte, der stark auf dem biomedizinischen Modell mit anatomisch-physio-pathologischen Komponenten basiert, ihre Handlungsweise strukturieren.	Qualitative Studie
Visscher & van Stel (2017) Niederlande	die Praxisvariationen in der Primär- und Sekundärprävention von Kindesmisshandlung durch Community-Health-Ärzt*innen und -Pflegekräften abbilden	mixed-method Interviews und online-Fragebogen	11 Kinderschutz-expert*innen 1104 Teilnehmer*innen: davon 772 Pflegekräfte + 332 Ärzt*innen	Ärzte und Krankenschwestern zeigten ähnlich häufig einen suboptimalen Umgang mit Verdachtsfällen Der Anteil der Fachleute, die über Angst berichteten, lag bei 96 % (95 % CI: 94,8-97,2 %).	Qualitative Studie
Williams et al. (2019) USA	Aufzeigen von Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Risikobewertungspraxis zwischen Pflegekräften und Kinderschutzbeauftragten in Colorado.	Tiefen-Interviews	112 Teilnehmer*innen davon 50 Pflegekräfte und 62 Kinderschutzbeauftragte	Pflegekräfte konzentrierten sich auf die Gesamtrisiken ihrer Klienten und trennten nicht explizit zwischen Risiko und Sicherheit als unterschiedliche Belange. Kinderschutzbeauftragte hingegen unterschieden zwischen Risiko und Sicherheit und äußerten, dass sie per Gesetz nur bei Sicherheitsbedenken handeln können.	Qualitative Studie

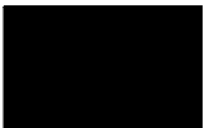
## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel

## **Pflegerische Möglichkeiten der Früherkennung und Prävention von Kindesmisshandlung**

ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



---

Josephine Müller