


BACHELORARBEIT

Professionelle Pflege auf pädiatrischen Stationen im Fall von Kindeswohlgefährdung – Spezifischer Beitrag der Pflegenden im multiprofessionellen Team

Vorgelegt am 01.06.2022
von Luca-Sophie Sommer



1. Prüferin: Ronja Schmager
 2. Prüferin: Kathrin Platz
-

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Deutschlands Kliniken und die medizinische Forschung sind trotz hoher Epidemiologie nur in geringem Maße auf Kindesmissbrauch eingestellt. Lediglich ein Bruchteil der Fälle von Kindesmissbrauch wird erkannt und gemeldet; dies liegt daran, dass es bei einigen Missbrauchsformen selten offensichtliche Hinweise auf die Straftat gibt und Klinikpersonal unzureichend im Umgang mit Kindesmissbrauch geschult ist. Durch besser geschultes und informiertes Pflegepersonal könnte die Zahl der Verdachtsmeldungen auf Kindesmissbrauch steigen und Konsequenzen für die Zukunft der Kinder aufgrund der Missbrauchserfahrungen könnten somit minimiert werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, Kinderkrankenpflegenden aufzuzeigen und sie dafür zu sensibilisieren, welche Rolle und welche Aufgaben sie in der Pflege eines missbrauchten Kindes auf pädiatrischen Stationen übernehmen und wie multiprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Bereich funktionieren kann.

Die Forschungsfrage lautet: „Was ist der spezifische Beitrag von professionell Pflegenden im multiprofessionellen Team bei einem Verdachtsfall von Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus?“

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Google Scholar und Google durchgeführt, um einen Überblick der aktuellen Datenlage zu erlangen. Die Ergebnisse werden durch ein Experteninterview am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Bezug zur Fragestellung überprüft und ergänzt.

Pflegende spielen eine bedeutende und zentrale Rolle bei Kindesmissbrauch in Kliniken. Ihr Aufgabenbereich dabei ist vielfältig und geprägt durch multiprofessionelle Teamarbeit. Ihre pflegerischen Schwerpunkte liegen auf dem Beobachten und der fachgerechten Dokumentation. Die Arbeit mit Missbrauchsoptionen ist für Pflegende herausfordernd, sie sind in diesem Bereich nicht ausreichend ausgebildet und werden im Kinderschutz in ihrer Rolle unterschätzt.

Weiterführende Forschung bezüglich des Beitrags der Pflegenden bei Kindesmissbrauch könnte sich damit befassen, inwiefern die pflegerische Bildung in diesem Bereich verbessert werden könnte oder wie die Rolle der Pflegenden im Kinderschutz gestärkt werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Bezugsrahmen	3
2.1 Grunddefinitionen der Schwerpunktthemen	3
2.1.1 Pädiatrische Pflege	3
2.1.2 Kindeswohlgefährdung und rechtliche Rahmenbestimmungen	4
2.1.3 Interdisziplinarität/multidisziplinäres Team	5
2.2 Gefährdungen des Kindeswohls – Grundlagen	6
2.2.1 Epidemiologische Zahlen Kindesmissbrauch	6
2.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindesmissbrauch	8
2.2.3 Entstehung von Kindesmissbrauch – ein Erklärungsversuch	9
2.2.4 Folgen und Auswirkungen von Kindesmissbrauch	10
3 Methodisches Vorgehen	11
3.1 Systematische Literaturrecherche	11
3.2 Experteninterview	16
4 Ergebnisse	17
4.1 Darstellung der Literaturlage	17
4.1.1 Rolle und Aufgaben von Pflegenden im multiprofessionellen Team bei Kindesmissbrauch und Effekt der pflegerischen Interventionen	17
4.1.2 Einflussfaktoren auf Verdachtsmeldungen von Pflegenden	31
4.1.3 Herausforderungen bei der pflegerischen Arbeit mit Kindesmissbrauchsopfern	32
4.2 Ergebnisse des Experteninterviews	34
4.3 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung	40
4.3.1 Inhaltliche Diskussion	40
4.3.2 Methodische Diskussion	43
5 Fazit und Ausblick	44
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bezug zur pflegerischen Praxis	44
5.2 Offene Forschungsbedarfe	44
Literaturverzeichnis	V
Anhang	1

Abkürzungsverzeichnis

AACN	American Association of Critical-Care Nurses
ACE	adverse childhood experience
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P-I-C-O	Patient/Population Intervention Comparison Outcome
P-I-Co	Patient/Population Phenomenon of Interest Context
SAS	Statistical Analysis System
SOP	Standard Operating Procedure
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
V. a.	Verdacht auf
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gefährdungseinschätzung nach Ergebnis und Art der Kindeswohlgefährdung 2018	7
Abbildung 2: Flowchart Literaturrecherche.....	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	P-I-Co Schema Literaturrecherche	12
Tabelle 2:	Ein- und Ausschlusskriterien Literaturrecherche.....	13

1 Einleitung

„Gewalt kann langanhaltende Narben im Leben von Kindern hinterlassen“

(M'jid, 2020: o. S.).

Fälle von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche treten beinahe jeden Tag auf. Jedes zweite Kind weltweit wird im Laufe seines Lebens Opfer von Gewalt (M'jid, 2020: o. S.). Sämtliche Gewalttaten wie sexuelle, psychische und physische Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern werden unter dem Begriff der „Kindeswohlgefährdung“ zusammengefasst (Nöthen, 2021: 71). 2018 wurden durch die Jugendämter in Deutschland 157 300 Gefährdungseinschätzungen vorgenommen, dabei konnten bei 50 400 Kindern und Jugendlichen eine akute oder latente Gefährdung des Kindeswohls festgestellt werden (Nöthen, 2021: 71). In jedem fünften Fall von Kindeswohlgefährdung erleben die betroffenen Kinder und Jugendlichen mehrere Formen von Gewalt gleichzeitig (Nöthen, 2021: 73). Aufgrund der aktuell vorherrschenden Corona-Pandemie ist das Thema aktueller als je zuvor. Die Behörden haben im Jahre 2020 bei 9 % mehr Fällen eine Kindeswohlgefährdung festgestellt als im Jahr zuvor. Diese Zahlen entsprechen dem Höchststand an Kindeswohlgefährdungen seit Einführung der Statistik im Jahre 2012 (Statistisches Bundesamt, 2021: o. S.).

Deutschlands Kliniken und die medizinische Forschung sind trotz der hohen Epidemiologie nur in geringem Maße auf Kindesmissbrauch eingestellt (Anh. 1, Z. 93–96). Obwohl das Schüttel-Trauma-Syndrom als Form körperlichen Missbrauchs z. B. genauso häufig vorkommt wie die Leukämieform ALL, wird nicht ansatzweise so viel Geld und Zeit in die Behandlung und Forschung von Kindesmissbrauch investiert wie in die Behandlung von ALL (Anh. 1, Z. 321–324.). Deutschland befindet sich noch am „Anfang einer Entwicklung“ (Anh. 1, Z. 346), die vorangetrieben werden muss, um der Wichtigkeit des Themas gerecht zu werden (Anh. 1, Z. 346). Klinikpersonal ist im Bereich des Kinderschutzes oft unzureichend geschult, durch besser im Bereich der Kindeswohlgefährdung geschultes Pflegepersonal könnten die Verdachtsmeldungen steigen (Lines, Grant & Hutton, 2018: e81–e82). Bislang gehen nur 8 % aller Verdachtsmeldungen durch Krankenhäuser ein (Landeshauptstadt Dresden, 2019: 7). Ein „Nicht-Erkennen“ von Kindesmissbrauch geht mit physischen und psychischen Konsequenzen für die Zukunft der Kinder einher (Anh. 1, Z. 131–139; Witt, Rassenhofer, Pillhofer, Plener & Fegert, 2013: 815).

Pflegende sind für die Unversehrtheit der Patient:innen verantwortlich, sie sind „am nächsten an dem Patienten dran“ (Anh. 1, Z. 208) und erleben das Verhalten der Kinder und die Eltern-Kind-Interaktion am natürlichsten (Anh. 1, Z. 223–227). Andere Berufsgruppen sind oft nur für Visiten oder Konsile bei den Patient:innen und erlangen im Rahmen dieser kurzen Patient:innenkontakte nur ein verzerrtes Bild der Patient:innen und der Eltern-Kind-Interaktion (Anh. 1, Z. 219). Für Pflegende haben die Patient:innenbeobachtung, die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion, die Kommunikation mit den Patient:innen und der Aufbau eines professionellen Vertrauensverhältnisses zu den Kindern und deren Familien einen hohen Stellenwert (Schulte, 2015: 267). Die Wahrscheinlichkeit, Missbrauchsfälle zu erkennen, ist deutlich höher als bei anderen Berufsgruppen. Die Pflege nimmt somit „eine ganz zentrale Rolle (...) in der Kinderschutzabklärung“ (Anh. 1, Z. 279–280) ein. Inhalte zu Kindeswohlgefährdungen werden jedoch in der Pflegeausbildung und in speziellen Fachweiterbildungen unzureichend gelehrt (Anh. 1, Z. 299–309). Oftmals werden nicht einmal Grundlagen zum Thema vermittelt (Anh. 1, Z. 313). Pflegepersonal auf psychiatrischen Stationen kennt sich oft im Umgang mit Missbrauchsoffern durch die häufigere Konfrontation und psychiatrische Weiterbildung besser aus (Quill-Rais Parsi, 2015: 1375) und hat somit einen sichereren Umgang mit den betroffenen Kindern (Anh. 1, Z. 360–371). Auf somatischen Stationen hat das Pflegepersonal kaum berufliche Erfahrung mit dem Thema. Doch auch dort sind Kinder ebenso von Missbrauch betroffen wie auf psychiatrischen Stationen.

Ziel der Arbeit ist es, Kinderkrankenpflegenden aufzuzeigen und sie dafür zu sensibilisieren, welche Rolle und welche Aufgaben sie in der Pflege eines missbrauchten Kindes auf pädiatrischen Stationen übernehmen und wie multiprofessionelle Zusammenarbeit in solch einem Fall funktionieren kann. Die Forschungsfrage lautet demnach: „Was ist der spezifische Beitrag von professionell Pflegenden im multiprofessionellen Team bei einem Verdachtsfall von Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus?“ Die Fragestellung begrenzt sich auf somatische Kinderstationen im Krankenhaus und auf das klinische Setting, ambulante Settings werden ausgeschlossen.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, definiert das 2. Kapitel zunächst die Schwerpunktthemen pädiatrische Pflege, Kindeswohlgefährdung und Interdisziplinarität/multidisziplinäres Team. Außerdem werden Grundlagen zum Thema Kindeswohlgefährdung durch das Erläutern von epidemiologischen Zahlen, Risiko- und Schutzfaktoren, Entstehung und Verlauf, Folgen und Auswirkungen dargestellt. Im anschließenden Kapitel 3 wird der Forschungsprozess dieser Arbeit beschrieben. Der Hauptteil wird mit Kapitel 4 eingeleitet. In

diesem Kapitel wird die Literaturlage in Bezug auf die Forschungsfrage dargestellt, die Ergebnisse des Experteninterviews mit Dr. Jo Ewert werden vorgestellt und abschließend werden die Ergebnisse in Bezug zur Forschungsfrage methodisch und inhaltlich diskutiert, zusammengefasst und Limitationen der Arbeit werden aufgezeigt. Die Arbeit endet in Kapitel 5 mit einem Fazit und Ausblick, in dem die Ergebnisse kurz zusammengefasst, der Bezug zur pflegerischen Praxis hergestellt wird und weitere Forschungsbedarfe erläutert werden.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Grunddefinitionen der Schwerpunktthemen

Das Verständnis von pädiatrischer Pflege, Kindeswohlgefährdungen und Interdisziplinarität/multiprofessionellem Team ist essenziell für die Bearbeitung der Fragestellung. Es wird im Folgenden als Schwerpunktthemen definiert.

2.1.1 Pädiatrische Pflege

Die Definition des International Council of Nurses verdeutlicht die Vielfältigkeit der professionellen Pflege. Pflege

umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung (...) von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens in der Bildung (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK, 2011: 5).

Umfang und Ausprägung der pflegerischen Maßnahmen richten sich immer individuell nach den Bedürfnissen und Wünschen der Patient:innen. Zu den pflegerischen Aufgaben auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 gehören z. B. (Wingenfeld, Büscher & Wibbeke, 2017: 14–22):

- Gestaltung, Steuerung des Pflegeprozesses: Einschätzung der Pflegesituation, Planung dementsprechender Maßnahmen, Durchführung und Evaluation der Maßnahmen im Hinblick auf festgelegte Pflegeziele

- Patient:innenbeobachtung: Allgemeinzustand, Hautzustand, Orientiertheit, Nebenwirkungen/Wirkungen der Medikamente, psychische Situation, Verhalten, um Zustände, Veränderungen oder akute Ereignisse erkennen zu können und dementsprechend medizinisch oder pflegerisch zu reagieren
- Abwehr von gesundheitlichen Risiken in Form von diversen Prophylaxen, z. B. Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe
- Kommunikation mit den Pflegebedürftigen, Angehörigen, anderen Fachdisziplinen
- Aufklärung, Beratung, Anleitung von Patient:innen und Angehörigen zur Pflegesituation

Kinderkrankenpflegende sind im Umgang mit den speziellen Bedürfnissen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen geschult. Neben der Grund- und der Behandlungspflege steht vor allem die soziale und psychologische Betreuung im Vordergrund. Aufgaben der Kinderkrankenpflege sind unter anderem Unterstützung bei der Körperpflege, Patient:innenbeobachtung, Begleitung zu Operationen, Bedienung medizinischer Geräte und Verabreichung von Medikamenten. Die Pflegenden sind während des Krankenhausaufenthaltes die Hauptbezugspersonen für die Kinder und deren Angehörige. Angehörige werden über den Gesundheitszustand der Kinder informiert, beraten oder in pflegerischen Tätigkeiten angeleitet. Der Arbeitsablauf richtet sich nach pflegerischen Plänen, ärztlichen Anordnungen und den Bedürfnissen der Patient:innen. Bei der Durchführung der Pflege muss auf rechtliche Bestimmungen wie z. B. Schweigepflicht oder Betäubungsmittelgesetz geachtet werden. Verwaltungsarbeiten wie das Bestellen von Medikamenten, Dokumentation oder Dienstplangestaltung erfolgen ebenfalls durch die Pflegenden. Sie können in verschiedenen Lebens- und Arbeitsbereichen arbeiten, z. B. in Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen oder in Betrieben (DBfK, 2011: 5).

2.1.2 Kindeswohlgefährdung und rechtliche Rahmenbestimmungen

In Deutschland gibt es für Kindeswohlgefährdung keine einheitliche, sektorenübergreifende Definition. Die Problematik besteht darin, dass es zwar verschiedene Erläuterungen des Begriffs je nach Fachrichtung, z. B. rechtlich oder klinisch, gibt, es aber bei Anwendung der verschiedenen Definitionen unter Umständen zu einer unterschiedlichen Gefährdungseinschätzung kommen kann. Aus diesem Grund gibt es in anderen Ländern bereits einheitliche Definitionen. „Childmaltreatment“ oder „child abuse and neglect“ wird in den USA beispielsweise wie folgt definiert: „... jegliche begangene Tat oder Unterlassung oder Serie von Taten und Unterlassungen von Eltern oder Bezugspersonen, die zur Schädigung (...)

oder drohenden Schädigung des Kindes führen“ (Witt et al., 2013: 814). Auch die World Health Organization (WHO) hat eine Definition für Kindesmissbrauch und -misshandlung aufgestellt. Demnach werden darunter

alle Formen von physischer und/oder emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder vernachlässigender Behandlung oder kommerzieller oder anderer Ausbeutung, die zu tatsächlicher oder potenzieller Schädigung der Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder der Würde des Kindes im Kontext einer Beziehung von Verantwortung, Vertrauen oder Macht führt (Witt et al., 2013: 814)

verstanden.

Darüber hinaus wird Kindeswohlgefährdung in die Kategorien des körperlichen Missbrauchs, des sexuellen Missbrauchs, der psychischen Misshandlung und der Vernachlässigung unterteilt. Hierbei kann die Vernachlässigung das Fehlen von Sorge und/oder das Fehlen von Beaufsichtigung enthalten (Witt et al., 2013: 814).

In Deutschland haben Kinder seit 2000 das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung (Statistisches Bundesamt, 2022: o. S.). Jegliche Formen von Kindeswohlgefährdung sind somit verboten, stellen einen Verstoß gegen die UN-Kinderrechtskonvention dar und werden dementsprechend bestraft (Statistisches Bundesamt, 2022: o. S.). In dieser Arbeit wird der Begriff der „Kindeswohlgefährdung“ dem Begriff der „Kindesmisshandlung“ gleichgestellt, da auch die genannten Definitionen beide Begriffe stets als Synonyme verwenden.

2.1.3 Interdisziplinarität/multidisziplinäres Team

Unter einem multiprofessionellen Team wird ein Team verschiedener Professionen, die miteinander arbeiten, verstanden (beta Institut, 2020: 1). Welche Professionen Teil des Teams sind, unterscheidet sich je nach Fachgebiet. Die Teilnehmer:innen des multiprofessionellen Teams im Fall von Kindeswohlgefährdung sind in der Kinderschutzleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) klar definiert, denn für die Diagnostik bei Verdacht auf (V. a.) Gefährdung von Kindeswohl ist eine standardisierte und multiprofessionelle Diagnostik zwingend notwendig. Dies impliziert eine somatische, psychologische und psychosoziale Diagnostik, die durch ein interdisziplinäres Team vorzunehmen ist, dass mindestens aus Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und Fachkräften für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besteht und von einem Facharzt/einer Fachärztin geleitet wird (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 88–89).

Als Grundprinzipien eines multidisziplinären Teams gelten zum einen das Entwickeln eines individuellen Konzepts oder Versorgungsplans für den/die Patient:in, was von allen Teammitgliedern dem/der Patient:in und seinen/ihren Angehörigen gegenüber einheitlich vertreten wird. Zum anderen ist das Ziel der Zusammenarbeit, die bestmögliche Versorgung und Lebensqualität für die Patient:innen zu ermöglichen.

Voraussetzungen für die Arbeit in einem multiprofessionellen Team sind „Teamgeist, Kooperation und Bereitschaft zur Kommunikation“ (beta Institut, 2020: 1). Die einzelnen Ziele der Berufsgruppen und die Hierarchien sollten außer Acht gelassen werden und das Erreichen des gemeinsamen Ziels sollte oberste Priorität haben. Durch regelmäßige Besprechungen, Reflexionen des Gruppenarbeitsprozesses, Fallkonferenzen und Supervisionen können die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen erweitert und verbessert werden und die verschiedenen Disziplinen können so außerdem voneinander und miteinander lernen. Der/die Patient:in sollte zu jeder Zeit der Zusammenarbeit im Mittelpunkt stehen und aktiv oder passiv miteinbezogen werden (beta Institut, 2020: 1).

2.2 Gefährdungen des Kindeswohls – Grundlagen

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Hintergrundinformationen zu Kindeswohlgefährdungen erläutert. Es werden epidemiologische Daten genannt, es folgt die Erläuterung von Risiko- und Schutzfaktoren, ein Erklärungsversuch und Folgen und Auswirkungen von Missbrauch.

2.2.1 Epidemiologische Zahlen Kindesmissbrauch

Die Zahl der Missbrauchsfälle bei Kindern und Jugendlichen wird in Deutschland nicht einheitlich und systematisch erfasst. Schätzungen deuten darauf hin, dass die Lebenszeitprävalenz bei über 10 % liegt. Aus einer Studie mit insgesamt 2504 retrospektiv zu Misshandlungserlebnissen befragten Personen ab 14 Jahren, berichten viele Teilnehmende über Missbrauchserlebnisse (Witt et al., 2013: 814–815):

- 15 % haben emotionalen Missbrauch in der Kindheit erlebt
- 12 % haben körperlichen Missbrauch in der Kindheit erlebt
- 12,6 % haben sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt
- 49,5 % wurden emotional und 48,4 % wurden physisch in der Kindheit und Jugendzeit vernachlässigt.

Von besonders schweren emotionalen Misshandlungen berichteten 1,6 % der Befragten, 2,8 % von schwerem körperlichen Missbrauch und 1,9 % von schwerem sexuellen Miss-

brauch. 6,6 % aller befragten Kinder erlebten schwere emotionale Vernachlässigung und 10,8 % schwere physische Vernachlässigung (Witt et al., 2013: 815).

Im internationalen Vergleich zwischen Großbritannien, den USA, Kanada und Deutschland lassen sich relativ einheitliche Prävalenzen für Missbrauch, Misshandlung und die Vernachlässigungsformen finden. Die Prävalenz für körperliche Misshandlungen lag in diesen Ländern im Durchschnitt bei 8,8 %, für emotionale Misshandlungen bei 7,4 %, für sexuelle Misshandlungen bei 10,4 % und bei Vernachlässigung bei 16,0 % (Witt et al., 2013: 815).

Wie bereits in der Einleitung erläutert, wurden im Jahr 2018 bei ca. 50 400 Kindern eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung durch die Jugendämter festgestellt. Von diesen Kindern wiesen insgesamt 60 % Hinweise für Vernachlässigung auf, bei 31 % gab es Hinweise für psychische Misshandlungen wie z. B. Ausgrenzungen, Einschüchterungen oder emotionale Gefühlslosigkeit und Kälte seitens der Eltern. Außerdem wurden bei 26 % der Kinder und Jugendlichen Spuren von körperlichen Misshandlungen und bei 5 % Anzeichen für sexuelle Gewalt gefunden. Der Anteil der verschiedenen Missbrauchsformen an der Gesamtzahl ist in Abbildung 1 ersichtlich. Bei diesen Zahlen ist noch von einer hohen Dunkelziffer der Fälle auszugehen, die dem Jugendamt nicht gemeldet wurden (Nöthen, 2021: 72).

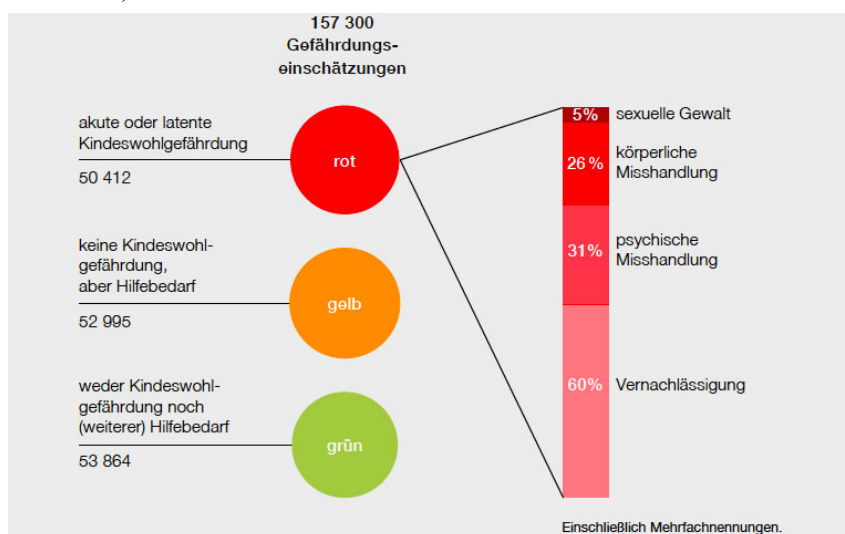


Abbildung 1: Gefährdungseinschätzung nach Ergebnis und Art der Kindeswohlgefährdung 2018 (Nöthen, 2021: 72)

Als besonders verletzte Gruppe gelten in der Statistik Säuglinge und Kleinkinder. Die Jugendämter mussten 2018 in ca. jedem fünften Fall von Kindeswohlgefährdung die Kinder und Jugendlichen auf deren ausdrücklichen Wunsch in Obhut nehmen. Viele der in Obhut genommenen Kinder waren unter 14 Jahre alt. Die Gründe für die Inobhutnahme durch die Ämter waren Überforderungen eines Elternteils (49 %), Schutz vor Vernachlässigung (22 %) oder Schutz vor Misshandlung (17 %) (Nöthen, 2021: 72–73).

Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die Epidemiologie

Infolge der Covid-19-Pandemie registrierten Behörden 2020 bereits ca. 5000 mehr Fälle (+9 %) von Kindeswohlgefährdung als im Vorjahr. Jedes dritte Kind war hierbei jünger als fünf Jahre, jedes zweite Kind jünger als acht Jahre. Laut der Pressemitteilung sei besonders die Zahl der psychischen Misshandlungen stark gestiegen (+5 %). Die Hinweise gingen weniger häufig durch Schulen ein (-1,5 %) als in den Vorjahren, dafür aber deutlich mehr aus der Bevölkerung (+21 %). Auch bei den Jugendämtern gingen 2020 insgesamt 12 % mehr Gefährdungsanzeigen ein als 2019, von denen ca. jeder dritte Verdacht bestätigt wurde (31 %) (Statistisches Bundesamt, 2021, o. S.). Die Zahlen haben 2020 den höchsten Stand seit Einführung der Statistik 2012 erreicht. Als Gründe für den starken Anstieg die Sensibilisierung der Bevölkerung zum Kinderschutz und die Belastungen der Familien durch den Lockdown und die Kontaktbeschränkungen genannt. Es ist davon auszugehen, dass durch die Schulschließungen die Dunkelziffer gestiegen ist (Statistisches Bundesamt, 2021: o. S.).

2.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindesmissbrauch

Es gibt diverse Faktoren, die das Risiko für Kindesmissbrauch erhöhen, hierbei gilt es, die Faktoren seitens der Kinder, der Eltern und seitens der Gesellschaft zu berücksichtigen. Kinder unter vier Jahren sind besonders gefährdet, Missbrauch zu erleben, ebenso Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht, einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder vom weiblichen Geschlecht (Witt et al., 2013: 816). Eltern, die minderjährig sind, eine psychische Erkrankung oder eine Suchterkrankung haben, eine geringe Bildung besitzen, selbst Vorerfahrungen mit Missbrauch gemacht haben, eine unsichere Bindung zu ihrem Kind haben, sich in einer materiell und finanziell schwierigen Situation befinden, alleinerziehend oder arbeitslos sind, partnerschaftliche Gewalt erleben und drei oder mehr Kinder unter fünf Jahren haben sind besonders gefährdet das Wohl ihrer Kinder zu verletzen (Hurton, 2016: 269). Das männliche Geschlecht ist außerdem ein Risikofaktor, sexuellen Missbrauch aktiv auszuüben. Gesellschaftlich gelten soziale Isolation, Armut oder beengte Wohnverhältnisse als Risikofaktoren (Witt et al., 2013: 816).

Es gibt aber auch zahlreiche Faktoren, die als Resilienzfaktoren für Kinder gelten. Hierzu zählen personale Schutzfaktoren wie Geschlecht und soziale Stellung innerhalb der Familie, positive Selbstwahrnehmung, Temperament, schulische Leistungen, starke kognitive Fähigkeiten, Sozialkompetenz, Begabungen, Kreativität und Fähigkeiten zur Selbstkontrolle und -regulation (Hurton, 2016: 269). Außerdem werden Fähigkeiten zur Problemlösung, po-

sitives Selbstbild, Selbstkontrolle und sicheres Bindungsverhalten genannt (Witt et al., 2013: 816). Zu den familiären Schutzfaktoren zählen ein angemessener Erziehungsstil, eine gute Eltern-Kind-Beziehung, eine gute Beziehung zu Geschwistern und bestimmte positive Merkmale der Eltern (Hurton, 2016: 269). Mindestens eine stabile Bezugsperson innerhalb der Familie, familiärer Zusammenhalt und hoher sozioökonomischer Status können ebenso vor Kindesmisshandlung schützen (Witt et al., 2013: 816). Außerdem gibt es soziale Schutzfaktoren wie Unterstützung von Dritten, positive Vorbilder und Kontakt zu Kindern im gleichen Alter und Einbindung in soziale Gruppen (Hurton, 2016: 269). Werte und Normen, Freundeskreise und soziale Unterstützung durch Erwachsene, auch außerhalb der Familie, haben eine weitere wichtige Schutzfunktion (Witt et al., 2013: 816). Die Resilienzfaktoren ermöglichen unter anderem, dass laut Studien 20 % bis 50 % aller Kinder und Jugendlichen nach Missbrauchserfahrungen zunächst nicht unter klinisch relevanten Folgen leiden und sich dem Sozialleben gut anpassen können. Resilienz kann aber auch vorübergehend bestehen und Kinder, die zunächst eine gute Anpassung zeigen, können Folgeprobleme entwickeln. Der Prozess der Resilienz ist variabel (Witt et al., 2013: 816).

2.2.3 Entstehung von Kindesmissbrauch – ein Erklärungsversuch

Es gibt kein einheitliches Modell, das die Entstehung von Kindesmissbrauch erklärt. Es spielt oftmals ein vielfältiges, aus zahlreichen Faktoren bestehendes System mit der Beteiligung vieler Personen eine Rolle. Im Wesentlichen kann man die Entstehungsfaktoren, die zu Kindesmissbrauch führen in vier Ebenen einteilen, die sich gegenseitig beeinflussen (Kinderschutz-Zentrum Berlin, 2009: 35):

1. soziokultureller Kontext: Schichtstrukturen, ökonomische Verhältnisse, Arbeiten, Wohnen, Bildung, Einstellungen zu Gewalt, Generationen- und Geschlechterverhältnisse, Eltern-Kind-Rollen, Kindererziehung, soziale Netzwerke
2. familiärer Kontext: Strukturveränderungen des gesamten Systems (Rückgang von Geburten, Trennungs- und Scheidungshäufigkeiten, zunehmende berufliche und räumliche Mobilität etc.), Beziehung zwischen Eltern und Kind, Glücks- und Erfolgsanspruch an die Kinder und Partner, abnehmende Konfliktfähigkeiten, geringe soziale Unterstützung
3. individueller Kontext seitens der Eltern: Stärken und Schwächen, gesundheitliche Voraussetzungen, Kindheitserfahrungen, Fähigkeiten zur Konfliktlösung, Beziehungsgestaltung, Selbstkontrolle, Erziehungsmethoden, Frustrationstoleranz, Stressbewältigungsstrategien, Fähigkeit, sich selbst Hilfe zu holen

4. individueller Kontext seitens der Kinder: Stärken und Schwächen, Reaktion auf Handlungen Dritter, herausforderndes Verhalten den Eltern gegenüber, persönliche Eigenschaften
5. Krisenkontext: hohes Maß an chronischem Stress zusammen mit geringen Bewältigungsstrategien führt zu einem Anstieg der Belastung, dies kann zu einer großen Gefahr von Gewaltreaktionen als Notfallmaßnahmen führen. Diese Gewalt kann dazu dienen, Kontrolle und Selbstachtung wiederherzustellen oder sich mittels Vernachlässigung der Kinder aus der Situation und Beziehung zurückzuziehen.

Kommen einige dieser Faktoren besonders ausgeprägt zusammen, kann es zu einer Kindeswohlgefährdung in Form von Gewalt, Überschreitungen von Grenzen oder Vernachlässigungen kommen. Dies sind Bewältigungsstrategien für Situationen, in denen die Eltern oftmals keine anderen Lösungsmöglichkeiten sehen. Kindesmisshandlung wird häufig als „sprachloser Versuch, die Beziehungskonflikte zwischen Erwachsenen und Kindern gewalttätig zu bewältigen“ (Kinderschutz-Zentrum Berlin, 2009: 37) angesehen (Kinderschutz-Zentrum Berlin, 2009: 37).

2.2.4 Folgen und Auswirkungen von Kindesmissbrauch

Gewalterfahrungen in der Kindheit sind Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung. Sie können sich in der Zukunft nicht nur in Form einer posttraumatischen Belastungs- oder Anpassungsstörung zeigen, sondern können zu schweren psychischen und physischen Folgeerkrankungen führen. Traumatische Kindheitserlebnisse können zur Entstehung von Karzinomen, Bluthochdruck (Anh. 1, Z. 129–139), Diabetes mellitus oder ischämischen Herzkrankheiten beitragen. Bei erwachsenen Psychatriepatient:innen mit Missbrauchsvorgeschichte wurde außerdem festgestellt, dass diese eine erhöhte Sterblichkeit und einen schlechteren Krankheitsverlauf haben als Patient:innen ohne Missbrauchsfälle in der Kindheit (Witt et al., 2013: 815–816). Diese negativen Kindheitserfahrungen in Form von Kindesmissbrauch werden auch als „adverse childhood experiences“ (ACE) bezeichnet. Hat ein Kind mehr als sechs ACEs erlebt, sinkt seine Lebenserwartung um sechs Jahre (Anh. 1, Z. 129–139). Etwa 67 % der Bevölkerung haben mindestens eine ACE erlebt und 12,5 % der Bevölkerung haben mehr als vier ACEs in ihrer Kindheit erleben müssen. Dies kann nachweislich zu folgenden Erkrankungen und Folgen führen (Wave Trust, 2022: o. S.):

- das Risiko für eine Lungenerkrankung und das Risiko für Rauchen im Erwachsenenalter verdreifachen sich
- die Zahl der Suizidversuche ist vierzehnfach erhöht

- diese Personen entwickeln 4,5-mal schneller eine Depression
- diese Personen haben viermal wahrscheinlicher Geschlechtsverkehr im Alter von 15 Jahren
- das Risiko für eine Lebererkrankung erhöht sich um das Doppelte
- das Ausmaß des intravenösen Drogenkonsums ist elfmal höher

Psychische Erkrankungen wie Suizidgedanken, Entwicklung genauer Suizidpläne, Suizidversuche, Depressionen, Konsum von diversen Substanzen, antisoziales Verhalten bzw. sozialer Rückzug und delinquentes Verhalten sind außerdem schwerwiegende Folgeerkrankungen. Diese Folgeerkrankungen stellen nicht nur für die Erkrankten ein individuelles Problem dar, sondern auch für die gesamte Gesellschaft, denn die Folgekosten für das Gesundheitssystem sind enorm. Jährlich werden in Deutschland ca. 11,1 bis 29,8 Milliarden Euro für die Folgebehandlungen von Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungsfällen ausgegeben. Es konnte beobachtet werden, dass die Auswirkungen für die Zukunft der Kinder schlimmer werden, je häufiger und je früher die Kinder Misshandlung erlebt haben. Außerdem steigt bei frühen Misshandlungen das Risiko, im Laufe des Lebens erneut Opfer zu werden (Witt et al., 2013: 816).

3 Methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein mixed-method-Design gewählt. Es wurde eine systematische Literaturrecherche von Anfang März bis Mitte April 2022 zur Fragestellung durchgeführt und im Anschluss ein Experteninterview geführt, um die Ergebnisse der Literaturrecherche zu vertiefen. Das Interview wurde am 01.04.2022 geführt, Transkription und qualitative Inhaltsanalyse wurden von Anfang April bis Mitte April 2022 durchgeführt.

3.1 Systematische Literaturrecherche

Auf Basis der Fragestellung dieser Arbeit wurde ein P-I-Co-Schema zur Datenbankrecherche entwickelt. Das P-I-Co-Design wurde gewählt, weil die Arbeit nicht die Wirksamkeit einer speziellen Maßnahme untersucht und daher das P-I-C-O-Schema nicht geeignet wäre. Aus dem P-I-Co-Schema (Tabelle 1) haben sich die Kernbegriffe „Kindeswohlgefährdung“, „interprofessionelle Zusammenarbeit“ und „Pfleger*innen“ sowie „pädiatrische Stationen“ ergeben. Zu den Kernbegriffen wurden deutsche und englische Synonyme gesucht.

<u>Kernbegriff</u>	<u>Deutsche Synonyme</u>	<u>Englische Synonyme</u>
missbrauchte Kinder/Kin- deswohlgefährdung (Population)	Kindesmissbrauch, Kindes- vernachlässigung, Kinder- schändung	child welfare risk, child welfare en- dangerment, child abuse, child mo- lestation, child neglect, child neg- ligence, pederasty, risk to children's well-being, risk to children's welfare
interprofessionelle Zu- sammenarbeit (Phenomenon of Interest I)	interdisziplinäre Zusammen- arbeit, interprofessionelle Kooperation, multiprofessio- nelle Zusammenarbeit, mul- tiprofessionelle Kooperati- on, intraprofessionelle Zu- sammenarbeit	Interdisciplinary cooperation, inter- professional cooperation, inter-pro- fessional cooperation, multiprofes- sional cooperation, intraprofessional cooperation, intra-professional co- operation, Interdisciplinary colla- boration, interprofessional colla- boration, inter-professional colla- boration, multiprofessional colla- boration, intraprofessional colla- boration
Pflegende (Phenomenon of Interest II)	Pflegepersonal, Pflegefach- personal, Krankenschwester, Krankenpfleger, Gesund- heits- und Krankenpfle- ger:in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in	nursing staff, caregivers, nursing, nurses, hospital nurse, nurse prac- titioner, pediatric nurse, pediatric nurse practitioner, pediatric nursing, child nurse, pediatric nurse, child- ren's nurse
pädiatrische Stationen (Context)	pädiatrische Stationen, pädi- atrische Krankenhausstati- onen, pädiatrische Kranken- hausabteilungen, Kindersta- tionen	paediatric wards, pediatric wards, paediatric hospital wards, pediatric hospital wards, paediatric hospital units, pediatric hospital units, paed- iatric hospital departments, pediatric hospital departments, children's wards, children's stations

*Tabelle 1: P-I-Co Schema Literaturrecherche
(Quelle: eigene Darstellung)*

Im Anschluss wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien der Literaturrecherche festgelegt. Die Studien müssen einen Abstract haben, im Rahmen der Möglichkeiten verfü-
bar sein, das Setting muss eine pädiatrische Station im Krankenhaus sein, die Sprache sollte
Deutsch oder Englisch sein, vollständige Angaben der Autor:innen müssen enthalten sein,

der Fokus muss auf interdisziplinärer Zusammenarbeit und/oder der Rolle der Pflegenden bei einem (Verdachts-)fall von Kindeswohlgefährdung liegen. Als Population müssen Kinder, die Missbrauch erfahren haben, thematisiert werden, die Studie darf nicht vor dem Jahre 2000 publiziert worden sein und darf nicht dieselben Inhalte behandeln, die bereits in vorherigen Studien behandelt wurden. Ein- und Einschlusskriterien und die Begründungen der Wahl sind in Tabelle 2 ersichtlich.

<u>Einschlusskriterien</u>	<u>Ausschlusskriterien</u>	<u>Begründung</u>
<u>Literatur</u>	<u>Literatur</u>	
Abstract verfügbar	Kein Abstract verfügbar	Übersichtlichkeit der Inhalte nicht gegeben
Freitext im Rahmen der Möglichkeiten (VPN-Tunnel + Anschreiben der Autor:innen) verfügbar	Kein Freitext im Rahmen der Möglichkeiten verfügbar	Zugriff auf Text nicht möglich
Setting: pädiatrische Stationen im Krankenhaus	Setting außerhalb des Krankenhauses (unpassendes Setting)	unpassend zur gewählten Fragestellung, nicht vergleichbar mit Krankenhaus-setting
deutsch/englisch	andere Sprache als Deutsch oder Englisch	Texte unverständlich
vollständige Angabe der Autor:innen	keine vollständige Angabe von Autor:innen	Glaubwürdigkeit fraglich
Fokus: interdisziplinäre Zusammenarbeit und/oder Rolle der Pflegenden bei (Verdachts-)Fall von Kindeswohlgefährdung	Fokus auf anderem Schwerpunkt (unpassender Themenfokus)	unpassend zur gewählten Fragestellung
Population: Kinder, die Missbrauch erfahren	andere Population, z. B. Erwachsene (unpassende Population)	unpassend zur gewählten Fragestellung
Publikationen ab 2000	Publikationen vor 2000	Aktualität der Inhalte kann nicht gewährleistet werden
	Inhalte sind dieselben wie in bereits eingeschlossenen Studien	doppelter Einschluss gleicher Inhalte

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien Literaturrecherche
(Quelle: eigene Darstellung)

Nach Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde die Literaturrecherche gemäß den gegebenen zeitlichen Ressourcen in verschiedenen Datenbanken durchgeführt (Rechercheprotokoll Anh. 4). Als Erstes wurden zwei verschiedene Suchdurchläufe in der Datenbank PubMed durchgeführt mit dem Ziel, aktuelle Studien zu finden. Im ersten Suchdurchlauf wurden Studien zur multiprofessionellen Zusammenarbeit bei einem V. a. Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus anhand des Suchterms (Child welfare risk OR child welfare endangerment OR child abuse OR child molestation OR child neglect OR child negligence OR pederasty OR risk to children's well-being OR risk to children's welfare) AND (Interdisciplinary cooperation OR interprofessional cooperation OR inter-professional cooperation OR multiprofessional cooperation OR intraprofessional cooperation OR intra-professional cooperation OR Interdisciplinary collaboration OR interprofessional collaboration OR inter-professional collaboration OR multiprofessional collaboration OR intraprofessional collaboration) AND (Paediatric wards OR pediatric wards OR paediatric hospital wards OR pediatric hospital wards OR paediatric hospital units OR pediatric hospital units OR paediatric hospital departments OR pediatric hospital departments OR children's wards OR children's stations)

gesucht.

Im zweiten Suchdurchlauf sollten dann Studien zur Rolle der Pflegenden auf pädiatrischen Stationen bei einem V. a. Kindeswohlgefährdung gefunden werden. Die Suche erfolgte mit folgendem Suchterm:

(Child welfare risk OR child abuse OR child neglect OR child negligence) AND (Nursing staff OR nurses OR nurse practitioner OR pediatric nurse OR pediatric nurse practitioner) AND (Paediatric wards OR pediatric wards OR paediatric hospital wards OR pediatric hospital wards OR paediatric hospital units OR pediatric hospital units)

Insgesamt wurden vor Festlegung der Filter in beiden Suchdurchläufen 57 Treffer gefunden, im ersten Suchdurchlauf 28 Treffer und im zweiten Suchdurchlauf 29 Treffer. Nach Anwendung der Filter (deutsch/englisch), Sichtung der Abstracts und Volltexte, Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien blieben fünf Studien zum Einschluss in die Arbeit übrig (eine Studie aus dem ersten Suchdurchlauf, vier Studien aus dem zweiten Suchdurchlauf).

Im zweiten Schritt wurden in der Datenbank Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Studien zum Thema gesucht. Es wurde ein Suchdurchlauf mit dem folgenden Suchterm durchgeführt:

(Child welfare risk OR child welfare endangerment OR child abuse OR child molestation OR child neglect OR child negligence OR pederasty OR risk to children's well-being OR risk to children's welfare) AND (Nursing staff OR caregivers OR nursing OR nurses OR hospital nurse OR nurse practitioner OR pediatric nurse OR pediatric nurse practitioner OR pediatric nursing OR child nurse OR pediatric nurse OR children's nurse) AND (Paediatric wards OR pediatric wards OR paediatric hospital wards OR pediatric hospital wards OR paediatric hospital units OR pediatric hospital units OR paediatric hospital departments OR pediatric hospital departments OR children's wards OR children's stations)

Vor Festlegung der Filter wurden zehn Treffer erzielt. Nach Anwendung der Filter (deutsch/englisch), Sichtung der Abstracts und Volltexte und Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien blieben keine passenden Studien mehr zum Einschluss in diese Arbeit übrig. Dennoch konnte eine weitere passende Studie mittels „Schneeballsystem“ gefunden und eingeschlossen werden.

Da für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit neben Studien auch Leitfäden relevant sind, wurde die Literaturrecherche in Google Scholar und Google fortgesetzt, um Handlungsempfehlungen/Leitfäden für Pflegende und das multiprofessionelle Team in diesen besonderen Situationen zu finden. Die Suche in Google Scholar mit dem Suchbegriff „Verdacht Kindesmisshandlung pädiatrische Stationen Rolle Pflegende“ ergab insgesamt 16 Treffer, von denen nach Sichtung des Abstracts und der Volltexte und Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien keine Quelle mehr eingeschlossen werden konnte. Die anschließende Suche in Google mittels der „filetype pdf“-Funktion mit dem Suchbegriff „filetype pdf: Rolle der Pflegenden Kindeswohlgefährdung“ ergab zunächst neun Treffer, von denen nach Sichtung der Abstracts und Volltexte und Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien jedoch ebenfalls keine Quelle zum Einschluss in diese Arbeit verblieb. Drei Quellen stammen außerdem aus Literaturhinweisen von Dr. Ewert, der im Rahmen des Experteninterviews interviewt wurde. Aus allen genannten Datenbanken, Suchmaschinen, dem Schneeballsystem und den Literaturhinweisen konnten vor Anwendung der Filter 96 Treffer erzielt werden, von denen insgesamt neun Treffer passend zum Einschluss in den Ergebnisteil dieser Arbeit waren (siehe Abbildung 2).

	Verbleibende Treffer
Erstsuche alle Datenbanken	96
Ausschluss nach Abstract: n=63	↓ 35
Ausschluss nach Volltext: n=26	↓ 9

Abbildung 2: Flowchart Literaturrecherche
(Quelle: eigene Darstellung)

Ein Flowchart der gesamten Fachliteraturrecherche, differenziert nach einzelnen Datenbanken/Suchmaschinen, ist in Anhang 5 dargestellt.

Um zu überprüfen, ob die Gütekriterien evidenzbasierter Forschung bei allen verwendeten Studien und Leitlinien erfüllt sind, wurde von jeder Quelle eine schriftliche Literaturbewertung (Anh. 9) vorgenommen. Zur Beurteilung der Studien wurde die „Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen“ der Universität Kiel verwendet, zur Beurteilung der Leitlinien wurde ein Beurteilungsbogen des Universitätsklinikums Halle (Saale) verwendet. Alle Studien und Leitlinien eignen sich aus wissenschaftlicher Sicht für den Einschluss in diese Arbeit.

3.2 Experteninterview

Dr. Ewert wurde für das Experteninterview ausgewählt, da er ärztlicher Leiter der Kinderschutzgruppe ist und aufgrund seines Aufgaben- und Tätigkeitsbereichs und der Zusatzqualifizierung als Kinderschutzmediziner ein Experte auf dem Gebiet Kindeswohlgefährdung und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist.

Vor der Durchführung des Experteninterviews wurde der Kontakt zu Dr. Ewert hergestellt und eine Anfrage für ein Experteninterview gestellt. Die Einverständniserklärung zur Aufnahme des Interviews und die Einverständniserklärung zur Erwähnung des Namens in der Arbeit wurden im Voraus schriftlich eingeholt und der Interviewleitfaden wurde an Dr. Ewert gesendet.

Der Interviewleitfaden (Anh. 6) wurde halbstrukturiert aufgebaut, um geordnete Antworten auf die Teilfragen zu bekommen und die Option offenzuhalten, auf einzelne Fragen genauer einzugehen und so mehr Informationen zu erlangen. Der Interviewleitfaden beginnt mit Fragen zur Person, um die Tätigkeit und Bedeutung von Dr. Ewert für den Kinderschutz am UKE einzuordnen. Danach wurden allgemeine Fragen zum Kinderschutz im UKE gestellt, um die Funktionsweise von klinischem Kinderschutz genauer zu verstehen. Die darauffolgenden Fragen dienten der genaueren Erläuterung der multiprofessionellen Zusammenarbeit bei Kindeswohlgefährdung, dem ersten Schwerpunkt des Interviews. Es wurden

nun Fragen zum zweiten Schwerpunkt des Interviews, der Rolle der Pflegenden, gestellt, um ergänzende Informationen dazu in Bezug zur Literaturlage zu bekommen. Zum Abschluss des Interviews wurde nach offenen Forschungsbedarfen gefragt.

Nach Fertigstellung des Interviewleitfadens wurde das Experteninterview am 01.04.2022 um 10 Uhr im UKE mit Dr. Ewert in einem Besprechungsraum durchgeführt. Das Interview wurde mit einem mobilen Endgerät aufgenommen und dauerte ca. 22 Minuten. Im Anschluss wurde das Interview mittels einer Transkriptionssoftware (AmberScript) transkribiert. Die Inhalte des Transkripts (Anh. 1) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring analysiert, um induktiv aus empirischen Erzählungen neue theoretische Überlegungen für die Fragestellung aufzustellen. Die Antworten von Dr. Ewert wurden anhand von Zitaten tabellarisch dargestellt und in verschiedene Kategorien eingeteilt (Anh. 2). Die einzelnen Kategorien wurden zusammengefasst und es wurde untersucht, welche Kategorie anhand der Inhalte und der Ausführlichkeit der Antworten als Hauptkategorie angesehen werden kann.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und des Experteninterviews bezogen auf die Forschungsfrage dargestellt und anschließend zusammengefasst und diskutiert. Die im Folgenden als „Eltern“ bezeichnete Personengruppe bezieht sich auf alle Personensorgeberechtigten, ebenso, wie sich „Kinder“ auf Kinder und Jugendliche bezieht. Die Begriffe werden im Folgenden der Übersicht halber dementsprechend bezeichnet.

4.1 Darstellung der Literaturlage

4.1.1 Rolle und Aufgaben von Pflegenden im multiprofessionellen Team bei Kindesmissbrauch und Effekt der pflegerischen Interventionen

Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie wurde vom *Kinderschutzleitlinienbüro* mit dem Ziel entwickelt, Fachkräften Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen zu vermitteln und den Schutz von Kindern zu gewährleisten. Sie gibt einen Überblick über die Arbeit im multiprofessionellen Team bei Kindesmissbrauch, das Vorgehen bei Kindesmissbrauch in Kliniken, die Aufgabenbereiche von Kinderkrankenpflegenden bei der Pflege von Missbrauchsoptionen und stellt die Rolle der Pflegenden in dieser komplexen Behandlungssituation dar (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 1).

Methodik der Studie: Die Handlungsempfehlungen der Leitlinie sind evidenzbasiert und die Ergebnisse signifikant, daher ist die Leitlinie in vielen Kliniken Grundlage für standardisierte Vorgehensweisen bei Verdachtsfällen von Kindesmissbrauch. Die Handlungsempfehlungen wurden anhand einer systematischen Literaturrecherche und -bewertung formuliert. Es wurden insgesamt 254 Schlüsselfragen anhand des P-I-C-O-Schemas zu den verschiedenen Themenbereichen formuliert, die dann auf 33 Fragestellungen reduziert wurden (Anh. 7). Es erfolgte anschließend die systematische Leitlinien- und Literaturrecherche zur Thematik in den Datenbanken PubMed, CINHAL, Embase, PsycInfo, Eric und Cochrane. Die für die Fragestellungen relevante Literatur wurde von zwei separaten Reviewer:innen bewertet. Die Handlungsempfehlungen wurden während des Delphi-Verfahrens mit anschließender Konsensuskonferenz formuliert und sind demnach sowohl evidenzbasiert als auch als klinische Konsensuspunkte zu betrachten (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 31).

Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Kinderschutz: Alle am Kinderschutz beteiligten Personen haben einen Schutzauftrag: Sie müssen den Schutz des Kindeswohls und der Gesundheit der Kinder sicherstellen, bewahren und fördern. Diese Aufgabe kann nur in einer multiprofessionellen Zusammenarbeit erfüllt werden. Für die Arbeit im multiprofessionellen Team ist es wichtig, sich bewusst zu sein, welche Möglichkeiten und Grenzen die Fachkräfte der anderen Bereiche haben und welche Rolle und Aufgaben im eigenen Bereich für den Kinderschutz übernehmen kann (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 11). Voraussetzungen für eine funktionierende Kooperation sind offene Kommunikation, vorhandene zeitliche und personelle Ressourcen, Klären von Rollenerwartungen, Erreichbarkeiten und dem geplanten Vorgehen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 68). Viele im Kinderschutz auftretende Probleme lassen sich durch das system- und professionsübergreifende Nutzen von Ressourcen und Kompetenzen lösen. So ergänzen sich beispielsweise verschiedene Beobachtungen der verschiedenen Disziplinen zu einem Gesamtbild, wodurch sich die Gefährdung des Kindes besser einschätzen lässt (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 70). Die Handlungsempfehlungen besagen, dass alle beteiligten Fachkräfte mit dem Ziel kooperieren sollten, Kindesmissbrauch zu erkennen und zu beenden (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 72).

Vorgehen bei V. a. Kindeswohlgefährdung im Krankenhaus: Das Vorgehen bei V. a. Kindeswohlgefährdung soll im Krankenhaus mittels stationärer Aufnahme und multiprofessionell gestaltet werden, um eine Gefährdung des Kindeswohls zu bestätigen oder auszuschließen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 92). Das Vorgehen sollte sich hierbei an dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) „OPS 1-945 für die Diagnostik bei Verdacht

auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 88) orientieren. Der OPS besagt, dass eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar ist, ein strukturiertes, mehrstufiges Vorgehen verwendet wird, die Jugendhilfe und die Eltern beteiligt sind und eine entsprechende Dokumentation erfolgen muss (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 90). Außerdem soll so schnell wie möglich eine Fallkonferenz stattfinden, da sich dadurch die Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Kindes verkürzt (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 95). An der Fallkonferenz müssen Pflegende teilnehmen und ihre Beobachtungen, Befunde und medizinisch notwendigen Informationen zum betreffenden Kind mitteilen. Sie entwickeln gemeinsam mit anderen Fachdisziplinen Lösungsstrategien und legen Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche fest, bevor im nächsten Schritt ein Austausch mit den Kindern und den Eltern stattfindet (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 96).

Aufgaben der Fachkräfte in der direkten Patient:innenversorgung: Zur Aufgabe jeder Fachkraft in der direkten Patient:innenversorgung gehört das Erkennen einer Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 97). Es wird folgendes Vorgehen für Pflegende empfohlen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 95–99):

1. Beobachten: auffälliges Verhalten und Entwicklungsauffälligkeiten, wenn Kind allein ist, in Interaktionen mit anderen Kindern, in Interaktion mit den Eltern, Freund:innen, Lehrer:innen, Hämatome, etc.
2. Gespräche mit den Kindern und Eltern führen (unabhängig voneinander): In einem Verdachtsfall müssen Pflegende gemeinsam mit den Kindern und den Eltern die betreffende Situation erörtern. In diesem Gespräch sollten die Eltern außerdem auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewiesen werden, sofern dadurch nicht der Schutz des Kindes gefährdet wird.
3. Beratung und Austausch mit einer anderen Fachkraft über Beobachtungen und Abklärung durch spezialisierte Fachkraft, z. B. Psycholog:in per Konsil anfordern
4. Gemeinsam mit anderen Disziplinen Interventionen einleiten bzw. nicht einleiten

Die Kenntnisse zur Identifikation von Kindesmissbrauch sind für professionell Pflegende ebenso unerlässlich wie die Kenntnis darüber, dass sie selbst einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung durch eine weitere erfahrene Fachkraft bei der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung haben. Sie müssen diese Einschätzung nicht alleine vornehmen. Außerdem sollen laut § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) Fachkräfte unter gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindeswohls Informa-

tionen unverzüglich an das Jugendamt weiterleiten, wenn sie das Tätigwerden des Jugendamtes für unabdingbar halten (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 15). Unter jedem anderen Umstand, ist die Einhaltung der beruflichen Schweigepflicht bei der Arbeit mit missbrauchten Kindern elementar (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 19).

Fachgerechte Dokumentation: Bei der Dokumentation ist darauf zu achten, dass alle Offenbarungen, Aussagen Dritter, beobachteten Situationen, individuellen Einschätzungen, erhobenen Befunde, Diagnostiken, alle persönlichen oder telefonischen Gespräche mit den Kindern, den Eltern und deren Inhalte, z. B. das Anbieten von Hilfe oder das Gespräch zum Abwenden einer Gefährdung, ausführlich schriftlich festgehalten werden. Auf Basis der Dokumentation nehmen die verschiedenen Fachdisziplinen eine Gefährdungseinschätzung des Kindes vor, die Alter, Entwicklungsstand als auch alle Kontextfaktoren berücksichtigt und darüber entscheidet, ob ein berechtigter Verdacht für eine Kindeswohlgefährdung besteht oder nicht (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 15).

Partizipation der zu pflegenden Kinder: Den Kindern soll jederzeit gewährleistet werden, bei Entscheidungen, die sie betreffen, dabei zu sein. Die Kinder werden von Pflegenden über jeden Schritt informiert, damit sie verstehen können, welche Folgen aus einzelnen Handlungen resultieren können. Um Kinder mit V. a. Kindesmissbrauch zu schützen, ohne dabei ihre Meinung zu übergehen, und die durch Studien bestätigte Unsicherheit von Fachkräften bei der Partizipation von Kindern im Kinderschutz zu reduzieren, sollen Kinder z. B. durch die zeitweilige Teilnahme an Fallkonferenzen beteiligt werden (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 62).

Die Beteiligung hat mögliche positive Effekte: Sie kann therapeutisch wirken (u. a. Selbstwertgefühl, Sinn für Kontrolle, Verbesserung der Beziehung zwischen Kindern/Jugendlichen und beteiligten Fachkräften und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen), die Effektivität einer Intervention steigern, eine individuellere Betreuung erlauben und erhöht die Sicherheit durch die frühe Erkennung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 55).

Fachkräfte sollen „aktiv zuhören“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 56), bevor sie Entscheidungen für das Kind treffen und ihm die Möglichkeit geben, seine Gefühle, Meinungen, Wünsche bezüglich der Behandlung, seiner zukünftigen Unterbringung und der nächsten Schritte im Kinderschutzprozess zu äußern (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 57). In der Kinderschutzarbeit ist der Beziehungsaufbau zwischen Fachkräften und Kindern existenziell

für die Einbeziehung der Kinder und sollte deshalb „kontinuierlich, organisiert und mit erforderlicher Zeit aufgebaut werden“ (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 64).

Moyer et al. haben auf Basis von pflegewissenschaftlichen Standards der American Association of Critical-Care Nurses (AACN) einen Leitfaden formuliert, der darauf abzielt, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen auf den pädiatrischen Intensivstationen den Umgang mit Kindern mit nicht akzidentellem Trauma zu erleichtern. In diesem Leitfaden werden die Aufgaben der Pflegenden anhand des Pflegeprozesses detaillierter beschrieben.

Rolle der Pflegenden bei Kindesmissbrauch: Die Leitlinie macht deutlich, dass jede/r Gesundheits- und Krankenpfleger:in aufgrund der hohen Epidemiologie von Kindesmissbrauch im beruflichen Alltag ein missbrauchtes Kind betreuen wird oder bereits betreut hat. Kinder nach Missbrauchserlebnissen benötigen qualifiziertes Pflegepersonal, das über die Fähigkeit verfügt, das breite Spektrum an körperlichen, psychologischen, emotionalen, sozialen, entwicklungsbezogenen Bedürfnissen in ihrem pflegerischen Handeln zu berücksichtigen (Moyer, Carpenter, Landon, Mack, Kenyon & Champion, 2015: 2). Auch diese Studie betont, dass es besonders wichtig ist, Missbrauchsfälle bei Kindern zu erkennen, um die zukünftige Sicherheit des Kindes durch das Einleiten weiterer Schritte zu sichern (Moyer et al., 2015: 3).

Bildungsdefizit der Pflegenden: Obwohl die Anforderungen an die Pflegenden in diesem Bereich hoch sind, haben viele Pflegende wenig Bildung diesbezüglich. Es gibt viel Literatur bezüglich Entstehung, Erkennung, Diagnostik, Langzeitfolgen, Prävention von Missbrauch, die ein grundlegendes Verständnis des Krankheitsbildes vermittelt, aber ungeeignet für die Pflege am Bett ist. Es gibt nur wenige Leitlinien für Pflegende, die zur praktischen Orientierung dienen (Moyer et al., 2015: 2).

AACN-Standards zur Pflege von Kindern mit nicht akzidentellem Trauma: Die Standards der AACN sollen als Rahmen für die Organisation der Pflege bei Kindern mit nicht akzidentellem Trauma gelten und sind Standards, die die hohen Erwartungen in Bezug auf Beurteilung, Diagnostik, Planung, Durchführung und Bewertung des Pflegeprozesses bei diesen komplexen Patient:innen erfüllen (Moyer et al., 2015: 5).

Standard 1: Die zuständige Pflegekraft, die die akut und kritisch kranken Patient:innen pflegt, sammelt alle Informationen, die für den Gesundheitszustand oder die Situation relevant sind. Dies geschieht durch einen mehrstufigen Prozess, der als Grundlage für weitere klinische Entscheidungen gilt (Moyer et al., 2015: 5–8).

1. Erster Eindruck: zielt darauf ab herauszufinden, ob das Kind durch die Verletzungen des Missbrauchs in Lebensgefahr schwebt. Diese Einschätzung erfolgt innerhalb der ersten Augenblicke, nachdem die Fachkräfte das Kind gesehen haben. Als Beurteilungskriterien gelten: Bewusstseinsgrad, Atemarbeit und Hautfärbung.
2. Primäre Beurteilung: Beurteilung der Atemwege, Atmung, Kreislauf und neurologischer Funktionen, um den Schweregrad der Verletzungen zu ermitteln und ggf. erste Maßnahmen einzuleiten. Physische Anzeichen für Missbrauch werden gesucht und es wird versucht, den Zustand des Kindes emotional und körperlich zu stabilisieren.
3. Sekundäre Beurteilung: körperliche Untersuchung und Anamnese, in der alle Einzelheiten der Verletzung und die Ursache dafür eruiert werden. Es müssen hierbei auch Verletzungen beachtet werden, die zunächst nicht offensichtlich erscheinen. Um die Angst der Kinder zu minimieren, sollte immer ein Familienmitglied beim Kind bleiben, die Untersuchungsschritte sollten entwicklungsgerecht erklärt und sorgfältig dokumentiert werden.
4. Beurteilung des psychosozialen Zustands des Kindes: erfolgt während der körperlichen Untersuchung. Reaktionen des Kindes auf die Verletzung beobachten und Informationen zu Stärken und Schwächen im häuslichen Umfeld erfragen (z. B. häusliche Routinen, Lebensumstände, Familienrollen etc.). Das Verhalten des Kindes, Blickkontakte, soziale Interaktionen mit dem Personal und der Familie können Hinweise für Ängste, Furcht oder Depression sein. Reaktionen auf die Krankenhausumgebung und Verhalten, Interaktion und Reaktion der Familie auf das Kind und dessen Bedürfnisse sollten beobachtet werden.
5. Anamnese des Ereignisses aus Sicht der Eltern: Einflussfaktoren auf die Kooperationsbereitschaft der Eltern können mangelndes Wissen, Schuldbewusstsein, Angst, eine unschuldige Person zu verdächtigen, oder mangelndes Vertrauen in das Gesundheitswesen sein. Um die Kooperation zu fördern, sollte eine therapeutische Beziehung zur Familie aufgebaut werden, die durch Vorstellen, Blickkontakt, gegenseitigen Austausch und aktives Zuhören gefördert wird. Wenn die Pflegenden um die Beschreibung des Ereignisses bitten, gilt es, Folgendes zu beachten: Erst zuhören und dann reden, nicht auf eigene Fragen antworten, auf Antworten warten, Neutralität bewahren. Es sollten offene Fragen gestellt werden und Antworten sollten genauer hinterfragt werden. Familienmitglieder sollten getrennt voneinander befragt werden. Die Anamnese der Eltern dient der Gewinnung von genauen und

vollständigen Informationen, die zu einer erleichterten Diagnostik, Behandlung und einem besseren Outcome führen.

6. Anamnese des Ereignisses aus Sicht des Kindes: Kind wird getrennt von den Eltern befragt. Auch hier ist aktives Zuhören, ein ehrlicher Austausch, Vermitteln von Respekt wichtig um Vertrauen aufzubauen und viele Informationen zu bekommen.

Standard 2: Die Pflegekraft, die sich um akut und kritisch kranke Patient:innen kümmert, analysiert die Beurteilungsdaten, um die Pflegediagnose/das Pflegeproblem und die dementsprechende Pflege zu bestimmen. Die Bedürfnisse und Defizite des Kindes sollten gemeinsam mit Kind und Eltern bestimmt werden. Pflegediagnose/-probleme im Zusammenhang mit nicht akzidentellem Trauma können z. B. akute Schmerzen, Ängste, beeinträchtigte Mobilität, Trauer, beeinträchtigtes Wohlbefinden, beeinträchtigte soziale Integrität etc. sein. Werden diese Probleme erkannt, können daraus gezielte Interventionen zur Minimierung der Auswirkungen für das Kind abgeleitet und durchgeführt werden. Der Schwerpunkt der Pflege liegt in der Versorgung der Verletzung und der emotionalen und verhaltensbezogenen Pflegeprobleme (Moyer et al., 2015: 8).

Standard 3: Die Pflegekraft, die sich um die Patient:innen kümmert, ermittelt das Outcome für diese. Das Ziel (Outcome) muss gemeinsam mit Kind und Eltern festgelegt werden und spezifisch, messbar und zeitlich begrenzt werden (Moyer et al., 2015: 8–9).

Standard 4: Die Pflegekraft, die sich um die Patient:innen kümmert, entwickelt einen Plan, der die Maßnahmen zur Erzielung der Behandlungsergebnisse vorschreibt. Eine individuelle Pflegeplanung wird gemeinsam mit dem Kind und den Eltern entworfen. Der Fokus liegt dabei auf Interventionen, die explizit auf die psychosozialen, emotionalen, verhaltensbezogenen Bedürfnisse des Kindes eingehen, da diese bei Missbrauchstraumata von zentraler Bedeutung sind, und auf Interventionen, die die zusätzlichen Belastungen durch den Krankenhausaufenthalt verringern. Schlüsselinterventionen zur Vermeidung von negativen psychischen Folgen der Traumata und des Krankenhausaufenthaltes sind: Minimierung traumatischer Aspekte der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, Informationsaustausch mit Kind und Eltern, prompte Erkennung kindlicher Belastungen (Schmerzen, Furcht, Angst), Unterstützung der Familie im Umgang mit dem Kind, Bewertung der Stärken und Bedürfnisse der Familie, Identifizierung von Familien, die zusätzliche oder externe Unterstützung benötigen. Diese Schlüsselinterventionen zählen zur „traumainformierenden pädiatrischen Versorgung“ (Moyer et al., 2015:10).

Multiprofessionelle Zusammenarbeit: Auch die Studie von Moyer et al. (2015) stellt heraus, dass für die Versorgung von Kindern mit komplexen Bedürfnissen ein multiprofessionelles Behandlungsteam wichtig ist, da die Vielzahl an beteiligten Fachrichtungen eine Vielzahl an Konsultationen garantiert. Mitglieder des Teams sind in einem Missbrauchsfall z. B. Pflegende, Ärzt:innen, Case Manager:innen, Schmerzspezialist:innen, Traumaspezialist:innen, Sozialdienst. Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit ist das Erstellen eines ganzheitlichen Betreuungsplans (Moyer et al., 2015: 10).

Standard 5: Die Pflegekraft, die die Patient:innen betreut, setzt den Plan um, koordiniert die Pflege und wendet Strategien zur Förderung der Gesundheit und einer sicheren Umgebung an. Sie arbeitet bei diesem Schritt mit anderen Fachdisziplinen zusammen, um die Pflegeplanung umsetzen zu können, und hat die Aufgabe, die sichere Interaktion zwischen Kind und Eltern zu gewährleisten, indem sie für die Einhaltung der Besuchszeiten sorgt und alle Interaktionen beobachtet (Dauer, Aktivität und Reaktion des Kindes) (Moyer et al., 2015: 11).

Standard 6: Die Pflegekraft, die die Patient:innen betreut, bewertet die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Die Wirksamkeit der Interventionen wird während des gesamten stationären Aufenthaltes des Kindes immer wieder bewertet. Wenn neue Probleme oder Fortschritte auftreten, sollten Diagnosen, Ziele, Planung und Maßnahmen dementsprechend angepasst werden (Moyer et al., 2015: 11).

Fazit der Leitlinie: Aus der Leitlinie wird deutlich, dass Kindesmissbrauch eine traurige gesellschaftliche Realität ist, in der Pflegende eine bedeutende Rolle spielen. Sie müssen die körperlichen, psychischen, emotionalen, sozialen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse von misshandelten Kindern und deren Familien kennen und beherrschen. Durch Einhaltung der Standards der AACN können Pflegende eine Pflege in diesen komplexen Situationen leisten, die die Ergebnisse für die Gesundheit der Kinder maximiert und die negativen Folgen von Missbrauch für Kinder und Familien minimiert (Moyer et al., 2015: 11–12).

Herrmann et al. haben ebenfalls eine Leitlinie für das Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit Empfehlungen für den Kinderschutz an Kliniken verfasst. Die Leitlinie umfasst ein Kapitel zu pflegerischen Aspekten, in dem genaue Beobachtungsaspekte bei Kindeswohlgefährdung genannt werden und Hinweise für die Dokumentation und den Umgang mit den Eltern gegeben werden.

Hauptaufgaben der Pflegenden: Beobachtung und Dokumentation: Pflegende können durch den deutlich engeren zeitlichen und emotionalen Kontakt und das Vertrauensverhältnis, das

bei den Aktivitäten des Alltags entsteht, wichtige Informationen und Kenntnisse über die Kinder erlangen, die den Ärzt:innen vorenthalten bleiben. Aus diesem Grund nennt auch diese Studie die neutrale und wertfreie Beobachtung und dementsprechende Dokumentation als Hauptaufgaben der Pflegenden (Herrmann et al., 2016: 13). Es muss bei der Beobachtung und Dokumentation auf

Art und Intensität der Kommunikation mit dem Kind und zwischen den Eltern selbst, Ausmaß an Zeit und Kommunikation, die sie ihrem Kind widmen, Interesse der Eltern am Zustand des Kindes und dem stationären Verlauf, Fähigkeit, Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und ihren eigenen Wünschen voranzustellen, freundlicher, liebevoller oder unangemessener Umgangston? Verbale Aggressionen? Fähigkeit zur Impulskontrolle (Herrmann et al., 2016: 13).

geachtet werden:

Ferner sind folgende Aspekte von Bedeutung (Herrmann et al., 2016: 13):

- Aussagen der Kinder und Eltern, Telefonate mit Eltern, Angehörigen, Kinderärzt:innen müssen mit Datum, Uhrzeit, Namen und so wortgetreu wie möglich dokumentiert werden.
- Individuelle Beobachtungen müssen auch durch einen entsprechenden Vermerk als solche gekennzeichnet werden.
- Es wird empfohlen, bei einem bestätigten Fall von Kindesmissbrauch für den Kinderschutz relevante Dokumentationen in einem separaten Ordner aufzubewahren, da die Eltern nur das Recht besitzen, die reguläre Akte einzusehen. Dieser Ordner sollte die Dokumentationen festhalten zum Pflegezustand, Hämatomen, Besuchszeiten durch welche Personen, Umgang zwischen Besucher:in und Kind, freut sich das Kind/ist es bei Besuch ängstlich, Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal/anderen Patient:innen, wie formuliert das Kind verschiedene Tätigkeiten, z. B. Urin lassen, wie beschreibt es seine Familie/Schule/Freund:innen, wie äußert es sich zu seinen Verletzungen/Grund des stationären Aufenthaltes, wie verhält es sich beim Schlafengehen, wie schläft es, hat das Kind sexualisiertes Verhalten, wurde der Arzt/die Ärztin oft gewechselt (Herrmann et al., 2016: 14). Die pflegerische Dokumentation kann anhand verschiedener Pflegedokumentationsbögen erfolgen (Anh. 8).

Alle Beobachtungen der Pflegenden werden in multiprofessionellen Fallkonferenzen als wichtig erachtet (Herrmann et al., 2016: 25).

Umgang mit den Eltern: Da viele Eltern anhand des Verhaltens und der Stimmung im Pflorgeteam merken, dass sie als Täter:innen verdächtigt werden, ist es in Gesprächen mit

den Eltern wichtig, die Sorge um das Kind in einem nicht vorwurfsvollen Ton zu verdeutlichen. Die Eltern, die ihre Kinder misshandeln, sollten als „Eltern-in-Not“ (Herrmann et al., 2016: 13)“ gesehen werden, da sie oft ebenfalls eine gewaltvolle Kindheit erlebt haben. Das professionelle pflegerische Handeln in solchen Situationen impliziert also auch das Interesse für die Eltern und deren Probleme im Umgang mit ihrem Kind, indem Hinweise für Überforderungen wahrgenommen werden und darauf entsprechend reagiert und den Eltern stets positiv entgegengetreten wird, die Eltern ernst genommen und nicht von ihrer Verantwortung für das Kind freigesprochen werden (Herrmann et al., 2016: 13).

Fazit der Leitlinie: Beobachtungen anhand der genannten Kriterien und fachgerechte Dokumentation der Pflegenden sind für die Identifikation eines Missbrauchsfalls essenziell. Dennoch gehören auch der professionelle Umgang und die Betreuung der Eltern als potenzielle Täter:innen zur Versorgung der Kinder, was herausfordernd für Pflegende sein kann. Am besten können Pflegekräfte den Kindern dauerhaft helfen, indem sie fachlich selbstbewusst in der Kinderschutzgruppe mitarbeiten und ggf. andere Kolleg:innen im Umgang mit Kindesmissbrauch und der entsprechenden Dokumentation beraten (Herrmann et al., 2016: 13).

Pabiś et al. evaluieren in der Studie *Paediatric nurses' identification of violence against children* die pflegerischen Assessments, diagnostischen Fähigkeiten und Interventionen von Kinderkrankenschwester:innen in Bezug auf Kindesmissbrauch. Es werden ergänzend zu den in der vorherigen Studie bereits genannten Beobachtungskriterien weitere Kriterien zur Identifikation eines Missbrauchsfalls genannt, so z. B. auch typischerweise genannte Gründe von Eltern für die Verletzungen.

Methodik der Studie: Nach einem Pretest wurde eine Fragebogenbefragung bei 160 registrierten Pflegenden (Rücklaufquote 80 %) auf pädiatrischen Stationen in zwei Krankenhäusern in Polen durchgeführt. Die Datenerhebung wurde von Dezember 2005 bis März 2006 durchgeführt (Pabiś, Wronska, Slusarska, & Cuber, 2011: 386). Der Fragebogen wurde auf Basis von Literatur bezüglich Kindesmissbrauchs („battered child syndrome“) erstellt und enthält 25 offene und strukturierte Fragen zu folgenden Themenbereichen: Fähigkeiten zur Identifikation von Missbrauch, Probleme beim Identifizieren, Schulungsbedarfe, Gründe für die Verletzungen (von den Eltern genannt), pflegerische Maßnahmen, demografische Angaben. Der Fragebogen wurde komplett anonymisiert und musste schriftlich ausgefüllt werden. Die Daten wurden von einem Studienassistenten gesammelt und mittels eines Onlineprogramms ausgewertet (Pabiś et al., 2011: 386–387).

Erkennungsmerkmale für körperlichen und psychischen Missbrauch bei Kindern: Es konnte ebenfalls bestätigt werden, dass Pflegende während ihrer Arbeit häufig mit Kindesmissbrauch konfrontiert werden. Im Allgemeinen berichten mehr als drei Viertel aller Pflegenden, dass sie bereits ein misshandeltes Kind pflegen mussten, in den häufigsten Fällen lag Vernachlässigung bei Kindern vor (Pabiś et al., 2011: 387). Als häufigste Erkennungsmerkmale stellen die Pflegenden folgende Hinweise heraus (geordnet nach Häufigkeit):

Körperliche Gewalt: Hämatome, Ödeme, nichtakzidentelle Frakturen, Zigarettenbrandmarken, Ohrenverletzungen, genitale Verletzungen, Verbrennungen

Psychische Gewalt: psychische Erregung, Weinen, Angst, Suizidabsichten, Anfälle, Tics, Schlafstörungen, Angst vor Männern (Pabiś et al., 2011: 388)

Erkennungsmerkmale für missbrauchende Eltern: angegebene Gründe für die Verletzung und Verhalten: Die Eltern nannten verschiedene Gründe für die Verletzungen (geordnet nach Häufigkeit), z. B. Sturz vom Fahrrad/Treppe/beim Baden, Schwierigkeiten beim Erklären der Verletzung, entschuldigen sich selbst, weil Kind aus dem Bett gefallen sei, Bestrafung für unartiges Verhalten, beim Spielen mit Geschwistern gestoßen, Pflegende seien schuld an der Verletzung. Nur ca. 3 % der Eltern geben die Tat zu (Pabiś et al., 2011: 388–389). Außerdem verhielten die Eltern sich in der Klinik häufig nachdenklich (33,75 %), zeigten einen inadäquaten Beschützerinstinkt (20 %), waren gleichgültig (8,75 %), verhielten sich inadäquat (1,25 %) oder hatten keine emotionale Bindung zu ihren Kindern (3,75 %). Häufigstes Merkmal der Eltern, die ihre Kinder missbrauchten, war in 95 % der Fälle Aggression. All diese Auffälligkeiten müssen Pflegende erkennen und von einem Verdachtsfall von Missbrauch ausgehen, denn nur ca. 5 % aller missbrauchten Kinder haben den Mut, Pflegende um Hilfe zu bitten (Pabiś et al., 2011: 388–389).

Bildungsdefizit der Pflegenden: In dieser Studie wird das bereits genannte Bildungsdefizit der Pflegenden im Bereich von Kindesmissbrauch erneut aufgegriffen. In einem Verdachtsfall informierten nur ca. 3 % der Pflegenden den/die zuständige/n Arzt/Ärztin, ca. 2 % sprachen mit dem Kind und informierten Psycholog:innen und ca. 1 % sprach mit den Eltern. Circa 61 % aller befragten Pflegenden umschrieben ihre Hilfe mit „ich versuche zu helfen“, nur ca. 11 % sagten von sich aus „ich helfe“ (Pabiś et al., 2011: 389). Ein geringes Kenntnislevel und geringe Kompetenzen der Pflegenden sind ein großes Hindernis in Bezug auf eine effektive Diagnose und die Bereitstellung von Hilfe. 96,25 % der Befragten gaben an, dass das Erlernen von Identifikationskenntnissen für ihren Beruf sinnvoll und wünschenswert wäre (Pabiś et al., 2011: 389). Die Kompetenzen der Pflegenden zu verbessern scheint ein entscheidender Faktor zu sein, um die Versorgung von missbrauchten Kindern zu ver-

bessern. Diese könnten z. B. mittels spezialisierten, praktischen und theoretischen Trainings geschult werden (Pabiś et al., 2011: 391).

Rachamim et al. haben mit der Studie *Pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment* herausgefunden, wie Kindeswohlgefährdung erkannt werden kann, wenn Hinweise nicht direkt sichtbar sind. Diese Studie ergänzt also weitere nicht-offensichtliche Hinweise von Missbrauch.

Methodik der Studie: Es wurden alle Verdachtsmeldungen auf Kindesmissbrauch einer Uniklinik in London, die bei den Sozialarbeiter:innen der Klinik eingingen, von August bis Oktober 2005 gesammelt und analysiert. Die Verdachtsmeldungen wurden im Hinblick auf klinischen Grund für die Einweisung, Fachkraft, die die Überweisung veranlasst hat, und ob die Familie/das Kind dem Sozialdienst bereits bekannt war, untersucht. Außerdem wurde untersucht, ob das Kind oder die Eltern in der Klinik vorstellig wurden. An der Uniklinik in London melden die Mitarbeiter:innen einen Verdachtsfall per standardisiertem Meldeformular an die klinikinternen Sozialarbeiter:innen, die dann die Koordination des Falles übernehmen und den/die Antragsteller:in in die Bearbeitung des Falles einbeziehen (Rachamim, Hodes, Gilbert, & Jenkins, 2011: 952).

Bedeutung von Identifizierung der Missbrauchsfälle während des Krankenhausaufenthalts: Es konnte durch die Studie herausgefunden werden, dass die Krankenpfleger:innen den größten Teil (86 %) der Fälle gemeldet haben (Rachamim et al., 2011: 953). Die Möglichkeit, im stationären Setting Missbrauchsfälle zu identifizieren, sollte nicht verpasst werden, da sich das Kind im Krankenhaus in einem geschützten Rahmen aufhält (Rachamim et al., 2011: 953).

Identifizierung von Kindesmissbrauch anhand des Verhaltens der Eltern: Eltern sollten in die Gefährdungseinschätzung mit einbezogen werden, wenn sie sich selbst als Patient:innen vorstellen. Bei 43 % der gemeldeten Kinder ist der Missbrauch nur aufgrund von elterlichen Problemen, z. B. akuten mentalen Problemen, Drogen- und Alkoholmissbrauch oder häuslicher Gewalt aufgefallen. Pflegende sollten immer daran denken, dass das Risiko von Kindesmissbrauch in diesen Fällen besteht und sollten sich nach der Fürsorge für eventuell betroffene Kinder erkundigen (Rachamim et al., 2011: 953).

Bildungsdefizit der Pflegenden: Im Rahmen der Studie wird ebenfalls die Bildungslücke bei Pflegenden im Bereich Kindesmissbrauch kritisiert, es geht jedoch nicht um den bereits genannten Kompetenzmangel der Pflegenden bei der Identifikation von Missbrauch, der durch teils mangelnde praktische Literatur bedingt ist. Es geht um die mangelhafte Schulung der Pflegenden im fachgerechten und professionellen Umgang mit missbrauchenden Eltern als

Patient:innen und wie sie diese am besten in der Fürsorge für ihre Kinder unterstützen können, denn dies kann für Pflegende herausfordernd sein (Rachamim et al., 2011: 953).

Fazit der Studie: Die Studie empfiehlt aufgrund des erkannten Bildungsdefizits, dass Pflegepersonal besser im Bereich des Missbrauchs von Kindern geschult werden sollte (Rachamim et al., 2011: 954).

Die Studie von *Lines et al.* beschreibt, was Pflegende tun, um Kinder vor Missbrauch zu schützen, und untersucht die Wirksamkeit von pflegerischen Maßnahmen in der Praxis beim Schutz von Kindern (Lines et al., 2018: e75–e76).

Methodik der Studie: Es wurde ein Scoping-Review erstellt, das darauf abzielt Schlüsselkonzepte, Nachweise und Forschungslücken in dem spezifischen Bereich durch systematisches Suchen, Auswählen und Zusammenfassen der vorhandenen Literatur zu erfassen (Lines et al., 2018: e76). Das methodische Vorgehen beinhaltete fünf Schritte: Identifizierung der Forschungsfrage, Identifizierung von relevanten Studien, Studienauswahl, Datensammlung, Zusammenfassen und Analysieren der Ergebnisse. Eingeschlossen wurden Studien auf Englisch, die nach 2007 publiziert wurden und beschreiben, wie Pflegende intervenieren, um Kinder vor Missbrauch zu schützen, und Studien, in denen Pflegende an der Implementierung eines Schutzprogrammes beteiligt waren. Es muss außerdem das Outcome der Patient:innen aufgrund der pflegerischen Maßnahmen analysiert werden. Es wurden 41 Quellen eingeschlossen (Lines et al., 2018: e77). Anhand diverser Messinstrumente wurden die pflegerischen Interventionen im Missbrauchsfall auf ihre Wirksamkeit untersucht. Messgrößen waren beispielsweise Meldungen an die Kinderschutzdienste, Feststellung von Missbrauchsfällen, Dokumentationen des Missbrauchs, elterliches Wissen und Verhalten, Selbstberichte von Familien über Gewalt, Wohlbefinden und Gesundheit der Eltern etc. (Lines et al., 2018: e80).

Interventionen der Pflegenden bei Kindesmissbrauch: Pflegende intervenieren im gesamten Spektrum von Prävention über Aufdeckung des Geschehens bis hin zur Intervention nach einem Missbrauch. Sie übernehmen Hausbesuche nach der Geburt bei besonders gefährdeten Familien (Armut, Gewalt in der Familie, junge Mutter), sie klären Eltern auf, bieten Gruppeninterventionen für Familien an und sie prüfen Kinder in den Notaufnahmen auf nicht akzidentelle Verletzungen. Sie arbeiten mit den Eltern zusammen und führen strukturierte und individuell abgestimmte Interventionen durch. Sie arbeiten präventiv, indem sie eine umfassende Beurteilung der Eltern und Kinder auf Risikofaktoren durchführen, sie bei

Auffälligkeiten an entsprechende Dienste/Anlaufstellen verweisen und die Kinder über Missbrauch aufklären. Nach dem Missbrauchsgeschehen liegt der pflegerische Fokus auf der Beobachtung, Sammlung von Beweisen und Eingehen auf die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse der Opfer. Sie bewerten die familiären Bedürfnisse und Ressourcen und haben eine Schlüsselrolle bei der Beurteilung der Eltern und Kinder, die von Missbrauch betroffen waren. Sie bauen dabei immer eine vertrauensvolle Beziehung zu Eltern und Kind auf und arbeiten bei all ihren Aufgaben stets mit anderen Professionen zusammen. In den USA nehmen Pflegende außerdem an Gerichtsverfahren nach sexuellen Übergriffen teil, um dort ihre Eindrücke zu schildern und die Situation zu beurteilen (Lines et al., 2018: e77–e79). Pflegende übernehmen all diese Aufgaben, weil Familien oft starkes Vertrauen in die Pflegenden entwickeln und sie durch ihre bereits vorhandenen Aufgaben die ideale Position dazu besitzen (Lines et al., 2018: e79–e80).

Wirksamkeit pflegerischer Interventionen bei Kindesmissbrauch: Hausbesuche von Pflegenden nach der Geburt bei gefährdeten Familien haben zu einer geringeren Anzahl begründeter Berichte von Misshandlungen geführt. Der Effekt pflegerischer Aufklärung über das Schüttel-Trauma-Syndrom ist unklar. Es scheint im Allgemeinen so zu sein, dass Pflegenden in einigen Situationen erfolgreich die Häufigkeit und die Schwere von Misshandlungen reduzieren können, in anderen Situationen scheinen ihre Interventionen weniger wirksam zu sein. Interventionen von Pflegenden im Bereich des Kindesmissbrauchs haben einen positiven Einfluss auf das Wissen, die Einstellung, den Stress, die Stimmung und die Gesundheit der Eltern (Lines et al., 2018: e80). Die Pflegenden konnten bei missbrauchten Kindern zwar nur eine minimale positive Auswirkung auf die Gesundheit von Säuglingen bewirken, aber es konnte eine bessere mentale Entwicklung der Kinder und eine geringere Säuglings-/Kindersterblichkeit festgestellt werden. Die Veränderungen in der Sterblichkeit seien jedoch nur statistisch gesehen signifikant. Jugendliche, die nach sexuellem Missbrauch von geschulten und spezialisierten Pflegenden betreut wurden, haben mit größerer Wahrscheinlichkeit geeignete Interventionen wie Schwangerschaftsscreenings oder Untersuchungen auf sexuell übertragbare Erkrankungen wahrgenommen. Der Einfluss von Pflegenden scheint sich auch positiv auf die Zahl an Schuldsprüchen in Missbrauchsfällen auszudehnen, (Lines et al., 2018: e81).

Fazit der Studie: Pflegende intervenieren auf viele verschiedene Arten, um Kinder vor Missbrauch zu schützen. Dabei sind fortgeschrittene Kommunikationsfähigkeiten und Kenntnisse der Kernelemente von Kindesmissbrauch elementar. Pflegende können in vielen Bereichen, nachgewiesen durch ihre Interventionen bei Kindern und Familien, Missbrauch

verhindern oder aufdecken und adäquat reagieren. In welchem konkreten Ausmaß ihre Interventionen Kinder wirklich vor Missbrauch schützen, lässt sich auf Basis der Studienlage des Reviews nur schwer beschreiben (Lines et al., 2018: e81–e82). Die Studie von Rachamim et al. kommt ergänzend dazu zu dem Ergebnis, dass Verdachtsmeldungen von Pflegenden einen hohen Wahrheitsgehalt haben und dass nur in einem Fall der Studie bei einer Verdachtsmeldung kein Missbrauch vorlag (Rachamim et al., 2011: 953).

4.1.2 Einflussfaktoren auf Verdachtsmeldungen von Pflegenden

Lee et al. reflektieren in einer Studie von 2007 den Ausbildungsstand, die Wahrnehmung, die Einstellungen und das Präventionswissen von Pflegenden in Bezug auf den Verdacht und die Meldung von Kindesmissbrauch. Außerdem wird überprüft, welche expliziten Auswirkung diese Faktoren auf die Häufigkeit der Verdachtsmeldungen seitens der Pflegenden haben (Lee, Fraser & Chou, 2007: 128).

Methodik der Studie: Einverständniserklärungen, Infoblätter und Fragebögen wurden postalisch an 300 Pflegende in Taiwan aus acht verschiedenen Kliniken geschickt. Die Pflegenden arbeiten in Notaufnahmen, pädiatrischen Abteilungen und Gemeindezentren. Die Rücklaufquote der Umfrage betrug 79,3 %, es nahmen somit 238 Pflegende an der anonymisierten Befragung teil (Lee et al., 2007: 130). Der Fragebogen bestand aus verschiedenen bereits etablierten Messskalen/-instrumenten zu den Bereichen Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdung, persönliche Einstellung zu Kindesmissbrauch, Vorwissen, Verdacht- und Meldeverhalten und den demografischen Daten. Je mehr Punkte erreicht wurden, desto besser sind Wahrnehmung, Einstellung und Wissen zum Thema Kindesmissbrauch ausgeprägt. Der Fragebogen wurde im Voraus von Expert:innen und mittels Pilottest getestet und nach der Datenerhebung mittels Statistical Package for Social Sciences (SPSS), deskriptiver Statistik, T-Tests und der Erfassung von Korrelationen und Regressionen analysiert (Lee et al., 2007: 131).

Bildungsdefizit der Pflegenden im Bereich des Kindesmissbrauchs: Das enorme Bildungsdefizit der Pflegenden wurde in dieser Studie erneut bestätigt: 85 % der Befragten hatten in der Ausbildung keine Kurse zu diesem Thema, 80 % haben nie an Kursen an den Kliniken teilgenommen und 70 % sagen, dass sie dringend Fortbildungskurse benötigen. Nur 59 % der Befragten wussten, wie Verdachtsfälle gemeldet werden, und lediglich 30 % aller Teilnehmer:innen haben bereits einen Fall gemeldet (Lee et al., 2007: 132–133).

Gründe für die Nichtmeldung von Kindesmissbrauch: Angegebene Gründe für die Nichtmeldung waren: Unwissenheit über Meldeverfahren, unzureichendes Wissen über Merk-

male von Kindesmissbrauch, Angst vor Einschüchterung, Unwissenheit bezüglich der Beweise (Lee et al., 2007: 132–133). Es wurde herausgefunden, dass eine gute Wahrnehmung von Kindesmissbrauch im stärksten positiven Zusammenhang mit einer Verdachtsmeldung steht, was nochmals die Wichtigkeit von Pflegenden in diesem Bereich bestärkt. Berufserfahrung wirkt außerdem förderlich auf das Melden von Fällen. Am zweitmeisten beeinflusst das Wissen über Kindemissbrauch positiv das Meldeverhalten und an dritter Stelle die persönliche Einstellung zum Thema. Daraus wurde geschlussfolgert, dass die mangelnde Fähigkeit, Missbrauchsfälle zu erkennen und zu beurteilen, und die Bereitschaft, diese Fälle zu melden, mögliche Gründe für die niedrige Meldequote des Pflegepersonals sein könnten (Lee et al., 2007: 133).

Fazit der Studie: Pflegende spielen angesichts der immer weiter steigenden Anzahl an Missbrauchsfällen eine Schlüsselrolle im Kinderschutz an Kliniken. Sie sollten betroffene Kinder frühzeitig erkennen und sofort dementsprechende Maßnahmen einleiten. Doch verschiedene Faktoren wie unzureichende Ausbildung, persönliche Einstellung, Wissen, Erfahrungen mit Verdachtsfällen und deren Meldung, Angst vor Folgen der Meldung oder Wahrnehmung der Situation beeinflussen das Meldeverhalten der Pflegenden maßgeblich im negativen Sinne. Pflegende sind sich oft ihrer beruflichen Verantwortung für die Kinder bewusst, haben aber bedingt durch die mangelnde Bildung zu wenig Vertrauen in ihre praktischen Fähigkeiten, um professionell handeln zu können (Lee et al., 2007: 134–135).

4.1.3 Herausforderungen bei der pflegerischen Arbeit mit Kindesmissbrauchsoffern

Karakachian et al. schildern in der Studie *Caring for victims of maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout*, wie belastend die Arbeit mit Missbrauchsoffern sein kann und welche persönlichen und fachlichen Anforderungen an die Pflegenden gestellt werden. Es werden der seelische Stress, das Burnout-Risiko und die Absicht, den Beruf zu verlassen, von Kinderkrankenpflegenden im Zusammenhang mit der Betreuung von Opfern, bei denen ein V. a. Kindesmissbrauch besteht, untersucht (Karakachian et al., 2021: 689).

Methodik der Studie: Es wurde eine anonyme elektronische Umfrage an 1540 Pflegende eines Mittelatlantik-Magnetkrankenhauses (Ostamerika) mit Level-1-Traumazentrum für Kinder gesendet und eine Querschnittstudie durchgeführt. Es wurden insgesamt 146 Teilnehmer:innen in die Studie eingeschlossen (Rücklaufquote: 9,5 %); um eine ausreichende Signifikanz der Ergebnisse zu erreichen, waren mindestens 126 Teilnehmer:innen nötig. Die Befragung wurde über einen Monat mittels Qualitrics-Umfrageverwaltungssystem online durchgeführt (Karakachian et al., 2021: 690). Es wurden demografische Daten, Häufigkeiten

der Betreuung von Verdachtsfällen von Kindesmissbrauch, seelische Belastung, Burnout-Symptome, die Absicht, das Unternehmen zu verlassen, und die Arbeitsumgebung mittels verschiedener bereits etablierter Instrumente (Moral Distress Scale Neopediatric Version, Abbreviated Maslach Burnout Inventory, Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) erhoben. Die Daten wurden mittels Statistical Analysis System (SAS), T-Tests, Varianzanalyse der demografischen Daten, Regression und statistischer Analyseverfahren ausgewertet (Karakachian et al., 2021: 691–692).

Ergebnisse der Studie: 90 % der Befragten haben bereits mutmaßliche Opfer von Kindesmissbrauch gepflegt, davon waren die meisten Opfer von Vernachlässigung (85 %). Es konnte eine insgesamt niedrige seelische Belastung sowohl bei Pfleger:innen, die Opfer betreut haben, als auch bei denen, die es nicht getan haben, festgestellt werden, unabhängig von der Missbrauchsform. Die seelische Belastung auf den Intensivstationen war insgesamt deutlich höher (Karakachian et al., 2021: 692). Als Gründe für Burnout wurden emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und mangelnde persönliche Erfüllung genannt. Im Rahmen der Studie konnte aber nur eine geringe emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und mangelnde persönliche Erfüllung, bedingt durch die Betreuung von Opfern, und demnach ein geringes Burnout-Risiko festgestellt werden. Es war jedoch erkennbar, dass die Depersonalisierungsraten bei Pfleger:innen von Missbrauchsoptionen minimal höher waren als bei Personal, das noch keine Opfer betreut hat (Karakachian et al., 2021: 695). Besonders deutlich wurde jedoch in der Studie, dass 24 % der Befragten aufgrund der Arbeit mit Missbrauchsoptionen die Absicht hatten, ihre Arbeitsstelle zu verlassen. 35,6 % wollten ihre Stelle wegen seelischer Belastung verlassen, haben aber noch nicht gekündigt, und 13,7 % der Befragten hatten ihre Stelle bereits aufgrund von zu hoher seelischer Belastung gekündigt. Dieses Personal hat unter anderem Opfern von tödlichem Missbrauch (32,2 %) oder Opfer von sexuellem Missbrauch (29 %) betreut (Karakachian et al., 2021: 692–698).

Fazit der Studie: Insgesamt wird die seelische Belastung bei der pflegerischen Betreuung von Missbrauchsoptionen als nicht besonders hoch eingeschätzt, was damit zusammenhängen könnte, dass das Krankenhaus durch das Level-1-Traumazentrum über zahlreiche Ressourcen und Erfahrungen in der Betreuung von Opfern verfügt. Das Betreuen von Kindesmissbrauchsoptionen wurde als Stressor erkannt, stand aber nicht in Zusammenhang mit seelischer Belastung, was darauf hindeuten könnte, dass die befragten Pflegenden das Gefühl haben, im Einklang mit ihren eigenen Werten Missbrauchsoptionen zu betreuen. Herausforderungen, die mit der Betreuung von Missbrauchsoptionen verbunden sind, führen dennoch zum Ausscheiden von Pflegekräften aus ihrem Beruf bzw. zur Absicht, die Arbeitsstelle zu

verlassen (Karakachian et al., 2021: 698–700). Die Studie von Moyer et al. (2015) betont außerdem, dass es zu Schwierigkeiten in der Betreuung von Missbrauchsoptionen kommen kann, wenn die Rollen zwischen Pfleger/Pflegendem und Bezugsperson nicht klar separiert werden können, weil sich die Kinder aufgrund von richterlichen Auflagen allein in der Klinik befinden. Außerdem kann es herausfordernd sein, die Eltern-Kind-Einheit als Gesamteinheit in die Pflege einzubeziehen, obwohl die Eltern möglicherweise die Täter:innen sind. Trotzdem spielt die Familie weiterhin eine zentrale Rolle im Leben des Kindes, weil Kinder oft Trost in etwas finden, was sie kennen (Moyer et al., 2015: 11). Um ein objektives Bild der Gefährdungssituation des Kindes zu bekommen müssen eigene Betroffenheit und Emotionen zurückgehalten werden. Die Verantwortung und die Fürsorgepflicht für das Kind liegen bei den Pflegenden, was Mut und Selbstbewusstsein erfordert und ebenfalls herausfordernd sein kann (Herrmann et al., 2016: 13).

4.2 Ergebnisse des Experteninterviews

Im Experteninterview mit Dr. Ewert ließen sich durch die Inhaltsanalyse verschiedene Kategorien der Inhalte finden, einige haben sich aus der Gliederung des Interviewleitfadens ergeben, andere aus dem Gesagten. Die Kategorien, die sich aufgrund des Interviewleitfadens ergeben haben, lassen sich wie folgt benennen:

1. *Hauptkategorie*: ärztliche Tätigkeiten im Kinderschutz
2. Kategorie: beteiligte Fachrichtungen im Kinderschutz
3. Kategorie: Kinderschutzboards
4. *Hauptkategorie*: Herausforderungen und Probleme in der multiprofessionellen Zusammenarbeit
5. *Hauptkategorie*: persönliche Motivation zur Arbeit im Kinderschutz
6. Kategorie: Kinderschutz am UKE
7. *Kernkategorie*: Bedeutung und Aufgaben der Pflegenden im Kinderschutz
8. Kategorie: Erfahrungen von Pflegenden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) mit Missbrauch
9. Kategorie: Bildung im Bereich Kinderschutz

Die Kategorien, die sich zusätzlich aus dem Gesagtem ergeben haben, konnten wie folgt eingeteilt werden:

10. Kategorie: persönliche Anforderungen bei der Arbeit im Kinderschutz
11. *Hauptkategorie*: Bedeutung und Wichtigkeit des Kinderschutzes
12. Kategorie: Folgen von Missbrauch für Kinder und Jugendliche

13. Kategorie: Abrechnung Kinderschutzfälle über die Krankenkasse

14. Kategorie: gesellschaftliche Tabuisierung des Themas/rechtlicher Rahmen/Entwicklung des Kinderschutzes in der Gesellschaft

Anhand der Länge und Ausführlichkeit der Antworten war ein besonderer Fokus von Dr. Ewert für die Kategorien 1, 4, 5, 7 und 11 zu erkennen, weshalb diese als „Hauptkategorien“ angesehen werden können. Kategorie 7 ist hierbei essenziell für die Beantwortung der Fragestellung im Hinblick auf die Rolle der Pflegenden im Kinderschutz und wird deshalb im Folgenden als „Kernkategorie“ angesehen und ausführlicher beschrieben.

Hauptkategorie 1: ärztliche Tätigkeiten im Kinderschutz

Die ärztlichen Tätigkeiten von Dr. Ewert im Hinblick auf den Kinderschutz bestehen im Wesentlichen in der Kinderschutzkoordination gemeinsam mit dem Sozialdienst und einer Psychologin. Dies bedeutet, dass seine Hauptaufgabe das Vernetzen der unterschiedlichen Disziplinen ist, die an dem Fall beteiligt sind, um die Fälle auf den Stationen und in den Ambulanzen optimal begleiten und bearbeiten zu können (Anh. 1, Z. 8–17). Das Ziel seiner Arbeit ist es, möglichst viele verschiedene Fachabteilungen zusammenzubringen, um ein höheres Erkenntnislevel zu erreichen und somit den optimalen Schutz der Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen (Anh. 1, Z. 39–41).

Kategorie 2: beteiligte Fachrichtungen im Kinderschutz

Die Kinderschutzarbeit im UKE ist multiprofessionell gestaltet, das bedeutet, dass viele verschiedene Fachrichtungen gemeinsam an einem Fall arbeiten (Anh. 1, Z. 44–47). Diese Fachrichtungen umfassen beispielsweise die Rechtsmedizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinderradiologie, die Kinderchirurgie (Anh. 1, Z. 29–33), Pflegekräfte, Ärzt:innen, den Sozialdienst (Anh. 1, Z. 257–258) und Augenärzt:innen (Anh. 1, Z. 275).

Kategorie 3: Kinderschutzboards

Mitarbeitende dieser verschiedenen Disziplinen kommen in Form eines Kinderschutzboards, das in anderen Kliniken auch „Fachgespräch oder runder Tisch“ (Anh. 1, Z. 50) oder „Fallkonferenz“ (Anh. 1, Z. 52) genannt wird, zusammen. In Kinderschutzboards tragen die verschiedenen Berufsgruppen ihre Beobachtungen und Eindrücke zu dem spezifischen Fall bei und erfahren voneinander Dinge, die den Fall voranbringen und für alle Beteiligten einen Mehrwert bieten können, sodass sie den Fall aus einer anderen Perspektive betrachten und neue und wichtige Fakten von anderen Fachdisziplinen lernen können (Anh. 1, Z. 273–279).

Hauptkategorie 4: Herausforderungen und Probleme in der multiprofessionellen Zusammenarbeit

In dieser multiprofessionellen Zusammenarbeit kann es aber natürlich auch zu Problemen kommen, die zum einen räumlich bedingt sein können. Es steht z. B. kein geeigneter Konferenzraum für die Fallbesprechung zur Verfügung (Anh. 1, Z. 58). Zum anderen können aber auch systembezogene Probleme auftreten wie zum Beispiel mangelnde Zeit- und Arbeitskraftressourcen (Anh. 1, Z. 407–408). Teams können aufgrund von verschiedenen Ansichten in Konflikte miteinander geraten oder anderer Meinung sein, diese Probleme entstehen eher „fallbezogen“ (Anh. 1, Z. 380). Personenbezogen kann es z. B. durch unterschiedliche Arbeitsweisen im Hinblick auf flache Hierarchien zu Problemen kommen (Anh. 1, Z. 391–403).

Hauptkategorie 5: persönliche Motivation zur Arbeit im Kinderschutz

Alle Mitarbeitenden in der Kinder- und Jugendmedizin seien unbewusst oder bewusst im Arbeitsalltag mit dem Thema Kindesmissbrauch konfrontiert, oftmals sei in den Situationen der Konfrontation aber das Verhalten aus Ungewissheit oder Zeitdruck unklar (Anh. 1, Z. 72–83). Viele der Missbrauchsfälle beschäftigten Dr. Ewert nachhaltig, weshalb er sich aktiv auf die Rechtsmedizin beworben hat, um im Kinderschutz mitarbeiten zu können (Anh. 1, Z. 82–88). Ein ausschlaggebender Punkt für die langfristige Arbeit im Kinderschutz seien aber die Epidemiologie des Themas und die daraus entstehenden Folgen für die Zukunft der Kinder gewesen (Anh. 1, Z. 100–101). Es ist ihm wichtig, für Kinder und Jugendliche einzustehen, die Missbrauch und Vernachlässigung erlebt haben, und ihnen zu helfen, da diese am wenigsten „Lobby“ (Anh. 1, Z. 144) haben.

Kategorie 6: Kinderschutz am UKE

Am UKE gibt es ein standardisiertes Verfahren, eine sogenannte Standard Operating Procedure (SOP), für die Abläufe bei einem Fall von Kindeswohlgefährdung (Anh. 1, Z. 164–167). Die SOP ist für jeden/jede Mitarbeiter:in des UKE im QM-Handbuch zu finden (Anh. 3: SOP UKE Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung).

In der SOP sind alle Prozessbeteiligten mit ihren Zuständigkeiten aufgelistet. Ärzt:innen übernehmen am UKE die Anamnese, die körperliche Untersuchung, die Dokumentation, die Gefährdungseinschätzung und ggf. die Notfalltherapie. Sie nehmen Kontakt zur Kinderschutzgruppe und bei Bedarf zur Rechtsmedizin, dem Kinder- und Jugendnotdienst, dem Sozialdienst oder zur Polizei auf. Die Aufgabe der Pflegenden liegt in der Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung. Die Kinderschutzgruppe überwacht die Implementierung der

Leitlinien, steuert die Fallbesprechungen und leitet Fortbildungen. Das hausinterne Kinderschutzteam koordiniert die Bearbeitung der Fälle. Die Rechtsmedizin und die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden ggf. zur Mitbeurteilung hinzugezogen, z. B. bei Verletzungen. Die Rechtsabteilung wird bei polizeilichen Anzeigen hinzugezogen (Anh. 3: SOP UKE Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung). Auch das explizite Vorgehen der verschiedenen Berufsgruppen ist in der SOP unter Anlage 01 mittels eines Ablaufdiagramms dargestellt. Die SOP sieht ein frühzeitiges Vier-Augen-Gespräch mit dem gefährdeten Kind und eine anschließende multiprofessionelle Einschätzung der Situation des Kindes mittels verschiedener Diagnostik vor (Anh. 1, Z. 171–177). Die erste multiprofessionelle Besprechung sollte spätestens am nächsten Werktag mit Stationsärzt:innen, Oberärzt:innen und mindestens zwei Pflegenden erfolgen (Anh. 3). Im Behandlungsverlauf muss dann eine Fallkonferenz bzw. ein Kinderschutzboard, bestehend aus mindestens drei Disziplinen und der Pflege, stattfinden, bei der eine anschließende Bewertung des Falls auf Basis aller Diagnostikerggebnisse vorgenommen wird (Anh. 1, Z. 171–177). An die SOP müssen sich alle Berufsgruppen halten, wodurch eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen entsteht (Anh. 1, Z. 171–177).

Kernkategorie 7: Bedeutung und Aufgaben der Pflegenden im Kinderschutz

Pflegende sind im Prozess der Kinderschutzklärung „extrem wichtig“ (Anh. 1, Z. 194). In der pflegerischen Tätigkeit steckt enormes Potenzial im Hinblick auf den Kinderschutz, weil Pflegende am Nächsten an den Patient:innen sind und die Interaktion zwischen Kind und Eltern in einem natürlichen Umfeld beobachten können (Anh. 1, Z. 208–215). Andere Berufsgruppen, z. B. Ärzt:innen, kommen oft nur zur Visite in die Zimmer der Patient:innen, wobei die Patient:innen und deren Angehörige oftmals „Gewehr bei Fuß“ (Anh. 1, Z. 219) stehen und die Interaktion somit verfälscht ist. Auch bei Nebentätigkeiten wie z. B. dem Auffüllen von Pflegeutensilien in den Zimmern oder dem Messen von Vitalzeichen kann der/die Patient:in beobachtet werden, sowohl körperlich als auch das Verhalten (Anh. 1, Z. 223–227). Essenziell ist aber nicht nur die Beobachtung der Kinder und der Eltern-Kind-Interaktion, sondern auch die dementsprechende fachgerechte und besonders ausführliche Dokumentation des/der Beobachteten seitens der Pflegenden. Außerdem müssen beobachtete Dinge in Übergaben an Pflegende und an Stationsärzt:innen weitergegeben werden und auch im Kinderschutzboard präsentiert werden (Anh. 1, Z. 231–235).

Wie bereits in der vorherigen Kategorie 6 genannt, muss die Pflege sowohl an der ersten multiprofessionellen Besprechung als auch am Kinderschutzboard teilnehmen (Anh. 1,

Z. 271–274) und hat somit eine „ganz zentrale Rolle“ (Anh. 1, Z. 279–280) im Kinderschutz. Das Problem seitens der Abrechnung über die Krankenkasse ist jedoch, dass der Einsatz von Pflegenden im Kinderschutz nicht in der Abrechnung enthalten ist. Laut Abrechnungsvorgaben der Krankenkassen sind sie weder eine Disziplin im Sinne der multi-professionellen Diagnostik noch ist ihre Dokumentation aus Sicht der Krankenkassen erforderlich (Anh. 1, Z. 248–253, Z. 279–280). Dies sei „problematisch“ (Anh. 1, Z. 280) und ein Zeichen dafür, welche Bedeutung die Pflege im Kinderschutz seitens der Krankenkassen hat (Anh. 1, Z. 271–273). Dieser Aspekt unterstreiche die Tatsache, dass die Pflege in Deutschland in ihrer Fachlichkeit im Hinblick auf den Kinderschutz deutlich unterrepräsentiert ist (Anh. 1, Z. 193–196).

Kategorie 8: Erfahrungen der Pflegenden in der KJP mit Missbrauch

Zu der Frage, wie gut Pflegende in der Psychiatrie im Umgang mit Kindeswohlgefährdung geschult sind, konnte Dr. Ewert nicht viele Aussagen treffen. Jedoch seien Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle in der KJP, bedingt durch ihr häufigeres Auftreten, präsenter und dadurch sind Pflegende im Umgang damit in der KJP besser und sicherer (Anh. 1, Z. 360–371).

Kategorie 9: Bildung im Bereich Kinderschutz

Im Allgemeinen ist das Gesundheitssystem in Deutschland schlecht auf Kinderschutz vorbereitet (Anh. 1, Z. 293–295). Es finden nur vereinzelte Fortbildungen zum Kinderschutz für Intensivpflegekräfte statt, die zeitlich begrenzt sind. Auch in den pflegerischen Berufsschulen, Universitäten und in der Hebammenausbildung besteht ein „riesiges Defizit“ (Anh. 1, Z. 309) in Bezug auf das Vermitteln von Inhalten zur Kindeswohlgefährdung (Anh. 1, Z. 299–309). Es werden teilweise nicht einmal Grundlagen der Themen vermittelt (Anh. 1, Z. 313).

Kategorie 10: persönliche Anforderungen bei der Arbeit im Kinderschutz

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Kinderschutz müssen alle Beteiligten eine persönliche Priorisierung für den Kinderschutz haben, dies sei oft eine „Frage der Kultur“ (Anh. 1, Z. 63), die aber noch in der Entwicklung sei. Das Bewusstsein dafür, wie wichtig Kinderschutz ist, müsse erst einmal wachsen (Anh. 1, Z. 62–66).

Hauptkategorie 11: Bedeutung und Wichtigkeit des Kinderschutzes

Kinderschutz an Kliniken ist ein großes und wichtiges Thema, besonders aufgrund der hohen Lebenszeitprävalenz von Misshandlungen von 7 bis 8 % und einer noch höheren Lebenszeitprävalenz von Vernachlässigungen (Anh. 1, Z. 107–115, Z. 119–121). Außerdem ist z. B.

das Schüttel-Trauma-Syndrom, das durch körperlichen Missbrauch entsteht, tödlicher als die Leukämieform ALL, die durch viele finanzielle Mittel in Kliniken erforscht wird (Anh. 1, Z. 321–324). Ein großes Problem beim Kinderschutz ist, dass die klinische Forschung, die Lehre und die Kliniken selbst eher wenig auf das Thema des Kinderschutzes eingestellt sind (Anh. 1, Z. 93–96).

Kategorie 12: Folgen von Missbrauch für Kinder und Jugendliche

Auch Dr. Ewert stellt in seinem Interview klar heraus, dass Missbrauch nicht nur akute Probleme hervorruft, sondern dass daraus auch Folgeerkrankungen entstehen (Anh. 1, Z. 123–125). Er stützt somit die Aussagen des Abschnitts 2.2.4 und betont besonders, dass nicht nur psychische Erkrankungen wie gesteigerte Suizidalität oder Substanzmissbrauch entstehen können, sondern auch körperliche Erkrankungen wie Krebs, Bluthochdruck oder Diabetes (Anh. 1, Z. 129–139). Auch er nimmt im Gespräch Bezug zu den ACE und betont die damit verkürzte Lebenserwartung (Anh. 1, Z. 129–139).

Kategorie 13: Abrechnung Kinderschutzfälle über die Krankenkasse

Kinderschutzfälle sind über die Krankenkassen unter der OPS 1-945 abrechenbar, es werden aber große Anforderungen von den Krankenkassen gestellt (Anh. 1, Z. 235–241). Laut Vorgaben müssen mindestens drei Fachdisziplinen das Kind über 30 Minuten untersucht und befragt haben, besonders bezüglich Sozial- und Familienanamnese, Verhalten und Interaktion (Anh. 1, Z. 247–253).

Kategorie 14: gesellschaftliche Tabuisierung des Themas/rechtlicher Rahmen/Entwicklung des Kinderschutzes in der Gesellschaft

Dr. Ewert stellt die Vermutung auf, dass die gesellschaftliche Tabuisierung des Themas Kindesmissbrauch ein Grund für die Unterfinanzierung oder mangelnde finanzielle Investition in die Kinderschutzforschung seitens des Staates sein könnte (Anh. 1, Z. 328–333).

Bis zum Jahr 2000 war es gesetzlich nicht verboten, seine Kinder zu schlagen, dies hat sich dann geändert. Während andere Länder, z. B. die USA, bereits im Jahre 1800 zum Kinderschutz geforscht haben, sei Deutschland noch am Anfang einer Entwicklung, „die wir deshalb jetzt gut weiter mit begleiten und vorantreiben müssen, damit das der Wichtigkeit auch gerecht wird“ (Anh. 1, Z. 326–347)“.

4.3 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

4.3.1 Inhaltliche Diskussion

Aus der Literaturrecherche geht eindeutig hervor, dass Pflegende eine bedeutende Rolle im Kinderschutz und bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus spielen (Herrmann et al., 2016: 13; Lines et al., 2018:e75–e76). Sie sind Schlüsselfiguren in diesem Prozess (Lee et al., 2007: 134–135), weil sie in ihrem Berufsalltag, bedingt durch die Epidemiologie, häufig mit Missbrauchsfällen konfrontiert werden (Pabiś et al., 2011: 387; Lee et al., 2007: 134–35), sie die größte Berufsgruppe in Kliniken sind (Lines et al., 2018: e75–e76), sie eine enge zeitlichen und emotionalen Bindung zu den Kindern haben (Herrmann et al., 2016: 13), ein Vertrauensverhältnis zu Kindern und Eltern aufbauen und einen Schutzauftrag für die Kinder haben (Lines et al., 2018: e79–e80).

Der Aufgabenbereich der Pflegenden bei V. a. Kindesmissbrauch ist vielfältig. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Beobachten und dem damit verbundenen Sammeln von Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung (Herrmann et al., 2016: 13) anhand von:

- auffälligem Verhalten, Entwicklungsauffälligkeiten, Eltern-Kind-Interaktion, Interaktion mit dem Umfeld, Zeit, die sich die Eltern für das Kind nehmen, Interesse der Eltern am Kind, Fähigkeiten der Eltern, die Bedürfnisse des Kindes zu erfassen, Umgangston mit dem Kind, elterliche Fähigkeiten zur Impulskontrolle (Herrmann et al., 2016: 13)
- Merkmalen körperlicher Gewalt (Hämatome, Ödeme, nichtakzidentelle Frakturen, Zigarettenbrandmarken, Ohrenverletzungen, genitale Verletzungen, Verbrennungen) oder psychischer Gewalt (psychische Erregung, Weinen, Angst, Suizidabsichten, Anfälle, Tics, Schlafstörungen, Angst vor Männern) (Pabiś et al., 2011: 388)
- Begründungen für die Verletzungen seitens der Eltern, die typisch für Missbrauch sind (Pabiś et al., 2011: 388–389)
- auffälligem Verhalten der Eltern (Pabiś et al., 2011: 388–389)
- Vorstellen der Eltern mit eigenen Problemen wie akute psychische Probleme (Rachamim et al., 2011: 953)

Alle Beobachtungen, Aussagen, Offenbarungen, subjektiven Einschätzungen müssen – ggf. in einem separaten Ordner – ausführlich dokumentiert werden, da sie als Grundlage für die Gefährdungseinschätzung und somit als Basis für den Kinderschutzprozess gelten (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 15). Zu den Aufgaben der Pflegenden gehören außerdem

Gespräche mit Eltern und Kindern, in denen die betreffende Situation erörtert, Hilfe angeboten und Aufklärungsarbeit geleistet wird (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 97).

Weitere Aufgaben der Pflege sind das Einleiten von und das Entscheiden über geeignete Maßnahmen gemeinsam mit anderen Fachdisziplinen, dies kann z. B. im Rahmen eines multiprofessionellen Kinderschutzboards geschehen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 95). Pflegende sind fester Bestandteil des multiprofessionellen Teams (Moyer et al., 2015: 25), das immer das Erkennen, Feststellen und Beenden von Missbrauch und das Erstellen eines individuellen Behandlungsplans als Ziel haben sollte (Moyer et al., 2015: 10). Sie tragen in den Fallkonferenzen ihre Beobachtungen und Eindrücke des Kindes vor und beratschlagen sich mit den anderen Fachdisziplinen. Die Pflegenden stellen während des gesamten Pflegeprozesses (Moyer et al., 2015: 10) (mehrstufige Anamnese, Ableiten von Maßnahmen, Erstellen von Zielen, Evaluation) sicher, dass Kind und Eltern in die Schritte eingebunden werden (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 62). Interventionen der Pflegenden können nachgewiesenermaßen bei Kindern und Familien Missbrauch verhindern, aufdecken und somit negative Folgen für die Zukunft der Kinder verhindern (Lines et al., 2018: e81–e82). Verdachtsmeldungen von Pflegenden haben einen hohen Wahrheitsgehalt (Rachamim et al., 2011: 953), können aber durch diverse Faktoren, z. B. persönliche Einstellung, Wissen, Erfahrungen, negativ beeinflusst werden (Lee et al., 2007: 133).

Das Betreuen von Kindesmissbrauchsoptionen stellt Pflegende vor viele Herausforderungen und wird als Stressor empfunden (Karakachian et al., 2021: 698–700). Es kann zum Ausscheiden von Pflegekräften aus ihrem Beruf bzw. zur Absicht führen, die Arbeitsstelle zu verlassen (Karakachian et al., 2021: 698–700). In der Betreuung von Missbrauchsoptionen können die Rollen zwischen Pflegenden/Pflegendem und Bezugsperson verschwimmen (Moyer et al., 2015: 11), es kann herausfordernd sein, die Eltern-Kind-Einheit als Gesamteinheit in die Pflege einzubeziehen, obwohl die Eltern möglicherweise die Täter:innen sind (Moyer et al., 2015: 13). Die Betreuung von Missbrauchsoptionen erfordert Mut, Selbstbewusstsein, Sozialkompetenz und ein umfassendes Fachwissen (Herrmann et al., 2016: 13).

Trotz der vielfältigen Aufgaben, hohen Anforderungen und der wichtigen Rolle der Pflegenden bei V. a. Kindesmissbrauch ist die pflegerische Bildung in diesem Bereich mangelhaft (Pabiś et al., 2011: 389; Rachamim et al., 2011: 953). Es fehlt an benötigtem Fachwissen, an Kenntnissen und Kompetenzen (Pabiś et al., 2011: 389), an Vertrauen in die eigene Rolle und an Sicherheit im Umgang mit den betroffenen Kindern. Sie werden z. B. unzureichend im Umgang mit missbrauchenden Eltern oder in der Erkennung von Hinweisen geschult

(Rachamim et al., 2011: 953), es gibt wenig Leitlinien und Literatur zur praktischen Orientierung (Rachamim et al., 2011: 953). Dies ist ein großes Hindernis in Bezug auf eine effektive Diagnose und die Bereitstellung von Hilfe und ein Grund für die teils niedrigen Meldequoten von Pflegenden. Viele Pflegende wünschen sich das Erlernen von Identifikationskenntnissen und finden es für ihren Beruf sinnvoll (Pabiś et al., 2011: 389). Der Einsatz von spezialisierten Trainings für Pflegende auf pädiatrischen Stationen wird in den Studien als sinnvoll erachtet, denn die Kompetenzentwicklung von Pflegenden scheint ein entscheidender Faktor zu sein, um die Versorgung von missbrauchten Kindern zu verbessern (Pabiś et al., 2011: 391).

Das Experteninterview stützt viele Aussagen der Literaturrecherche, z. B. dass Pflegende eine zentrale Rolle in der Kinderschutzauflärung spielen (Anh. 1, Z. 194, 279–280), bedingt durch ihren unverfälschten Patient:innenkontakt (Anh. 1, Z. 208–215) und ihre Hauptaufgaben Beobachtungen und Dokumentationen sind (Anh. 1, Z. 231–235). Klinischer Kinderschutz kann nur durch multiprofessionelle Zusammenarbeit gelingen, da dies auch im Sinne der Abrechnung über die Krankenkassen (Anh. 1, Z. 235–241) erforderlich ist. Dies kann fall-, system- oder personenbezogene Herausforderungen bedeuten (Anh. 1, Z. 58, 407–408, 380, 391–403), bringt aber den individuellen Fall voran. Für alle Beteiligten ergibt sich ein Mehrwert, sie betrachten den Fall aus einer anderen Perspektive und lernen neue und wichtige Fakten von anderen Fachdisziplinen kennen (Anh. 1, Z. 273–279). Auch das Bildungsdefizit der Pflegenden, Hebammen und Ärzt:innen im Bereich des Kindesmissbrauchs durch fehlende Ausbildungs- und Studieninhalte wird deutlich (Anh. 1, Z. 309, 313). Das Experteninterview bringt aber auch neue Aspekte der Fragestellung hervor, so z. B., dass die Rolle der Pflegenden im Kinderschutzprozess in Deutschland häufig unterschätzt wird und sie bezüglich ihrer Fachlichkeit deutlich unterrepräsentiert sind (Anh. 1, Z. 193–196). Deutschlands Kliniken befinden sich dementsprechend erst am Anfang einer Entwicklung (Anh. 1, Z. 326–347). Das Interview gibt außerdem einen Einblick in die praktische Kinderschutzarbeit einer Universitätsklinik (Abschnitt 4.2, Kategorie 6) und gibt somit einen Einblick, wie theoretische Inhalte in der Praxis umgesetzt werden.

Aus den Ergebnissen konnte ein detailliertes Bild der Rolle und der Aufgaben der Pflegenden bei einem V. a. Kindesmissbrauch auf pädiatrischen Stationen abgeleitet werden. Besonders im Hinblick auf die beschriebene steigende Epidemiologie und die Folgen von Kindesmissbrauch erscheint dieser Forschungsbereich als bedeutend. Es wurde deutlich,

welchen Aufgabenbereich die Pflegenden in solchen Fällen übernehmen und welche persönlichen und fachlichen Anforderungen an sie gestellt werden. Es konnte außerdem herausgestellt werden, welche Aufgaben die Pflegenden im multiprofessionellen Team haben. Außerdem stützen die Ergebnisse des Experteninterviews die Ergebnisse der Literaturrecherche und zeigen sogar teilweise neue Aspekte auf.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte kein genauer übersichtlicher Handlungsleitfaden für Pflegende in der Praxis erstellt werden, da dies die zeitlichen Ressourcen und den Rahmen der Arbeit überschritten hätte. Aus der Literaturrecherche wurde deutlich, dass die pflegerischen Aufgaben bei Kindesmissbrauch sich von Land zu Land unterscheiden können, so haben Pflegende in den USA beispielsweise die Aufgabe, an Gerichtsterminen der zu betreuenden Kinder teilzunehmen. Es müsste also aufgrund der verschiedenen Gesundheitssysteme überprüft werden, inwiefern z. B. die Studie von Lee et al. aus Taiwan auf Deutschland übertragbar ist. Dieser Aspekt stützt jedoch die Aussage des Experteninterviews, dass Deutschland sich im Kinderschutz noch am Anfang eines Prozesses befindet und die Rolle der Pflegenden oftmals noch unterschätzt wird. Diese Arbeit reicht jedoch nicht aus, um die herausgefundene pflegerische Bildungslücke im Bereich des Kinderschutzes zu füllen, hierzu bedarf es beispielsweise des Ausbaus der Fortbildungsangebote in den Kliniken, der Erweiterung des Curriculums der pflegerischen Ausbildung und des Schulens von Pflegenden auf den pädiatrischen Stationen. Sie gibt nur einen kleinen Einblick in die Bedeutung und den Aufgabenbereich der Pflegenden bei Kindesmissbrauch.

4.3.2 Methodische Diskussion

Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen konnte die Literaturrecherche nur im beschriebenen Rahmen durchgeführt werden. Die Lesenden sollten beachten, dass die Ergebnisse der Literaturrecherche nur auf neun Leitlinien und Studien beruhen. Die Literatur zum Thema dieser Arbeit in den genutzten Datenbanken ist begrenzt, was auf eine unzureichende Forschung in diesem Bereich hinweisen könnte. Um diesen Sachverhalt zu prüfen, müsste jedoch eine Literaturrecherche in mehr Datenbanken durchgeführt werden. Begrenzungen ergeben sich außerdem beim Durchführen des Interviews, da aufgrund gegebener Ressourcen nur ein Experte befragt werden konnte, das Befragen mehrerer Teilnehmer:innen würde ein vielfältigeres Bild des Themas darstellen. Methodisch war es jedoch sinnvoll, Literaturrecherche und Experteninterview zur Beantwortung der Fragestellung durchzuführen, weil sich die Inhalte ergänzen und durch das Interview der theoretische Transfer der Inhalte in die klinische Kinderschutzpraxis aufgezeigt wird.

5 Fazit und Ausblick

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bezug zur pflegerischen Praxis

Pflegende sind bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus bedeutsam und fungieren als Schlüsselfiguren. Sie erfüllen dabei viele verschiedene Aufgaben und arbeiten mit anderen Fachdisziplinen in der Klinik im multiprofessionellen Team zusammen, um eine adäquate Gefährdungseinschätzung der Kinder vorzunehmen und einen Betreuungsplan zu erstellen. Pflegende beeinflussen dabei mit ihren Interventionen die Zukunft der Kinder positiv, indem sie negative Folgen des Missbrauchs minimieren. Dennoch ist die Arbeit mit Missbrauchsoptionen für Pflegende in vielerlei Hinsicht herausfordernd und Pflegende sind in diesem Bereich noch nicht ausreichend ausgebildet. Sie sind in Deutschland im Kinderschutz deutlich unterrepräsentiert und ihre Rolle wird unterschätzt, da sich Deutschland noch am Anfang einer Entwicklung des Kinderschutzes befindet. Die Inhalte der Arbeit sind bedeutend für die pflegerische Praxis und eignen sich zur Anwendung auf pädiatrischen Stationen. Anhand dieser Arbeit werden Pflegende für das Erkennen von Kindesmissbrauch sensibilisiert, darüber informiert, welche ersten Schritte auf pädiatrischen Stationen einzuleiten sind und welche Aufgaben sie in diesen Situationen haben. Somit können z. B. die geschilderten Hinweise für Kindesmissbrauch bei den zu pflegenden Kindern und bei den Eltern erkannt werden. Die Hintergründe einer ausführlichen Dokumentation wurden in dieser Arbeit beschrieben, sodass Pflegende in der Praxis beispielsweise wissen, wieso sie auch die kleinste Beobachtung ausführlich dokumentieren sollten.

5.2 Offene Forschungsbedarfe

Aus den Ergebnissen ergeben sich weitere offene Forschungsbedarfe. Es muss dringend erforscht werden, inwiefern die pflegerische Bildung in den Krankenhäusern zu Kindesmissbrauch verbessert werden könnte, um somit die Bildungslücke zu schließen. In diesem Rahmen müsste überprüft werden, welche Trainings sich besonders zur Verbesserung der praktischen Kompetenzen und des Fachwissens der Pflegenden eignen würden. Außerdem könnte eine Forschung dazu durchgeführt werden, wie die Rolle der Pflegenden in Deutschland im Kinderschutz gestärkt werden könnte oder wie das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden und das Vertrauen in ihre Rolle und ihr Können in diesem Bereich erweitert werden kann, um die Entwicklung Deutschlands im Kinderschutz weiter voranzutreiben. Nicht zuletzt muss die gesellschaftliche Frage beantwortet werden, welchen Stellenwert Kinderschutz in der Gesellschaft haben soll und inwieweit daher die solidarische Finanzierung des zusätzlichen Personalaufwandes von den öffentlich-rechtlichen Kostenträgern getragen werden soll.

Literaturverzeichnis

- beta Institut. (2020). *Multiprofessionelles Team in der Palliativversorgung*. Abgerufen von: <https://www.betanet.de/multiprofessionelles-team-in-der-palliativversorgung.html> [03.01.2022 14: 00 Uhr].
- DBfK (2011). *Gesundheitsförderung und Prävention. Handlungsfelder der Pflege*. Berlin: DBfK.
- Herrmann, B., Bismarck, S. von, Franke, I., Dettmeyer, R., Blume, F., Frese, G., Flint, R., Siewert, J., Kunert, D., Miehle, C., Neumann, A. & Starke, A. (2016). *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken* (Version 1.6). Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ).
- Hurton, S. (2016). Gefährdet oder nicht? *JuKiP*, 05(06), 268–272. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113688>.
- Karakachian A, Colbert A, Hupp D, Berger R. Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout. *Nursing Ethics*. 2021;28(5): 687–703. doi:10.1177/0969733020981760.
- Kinderschutzleitlinienbüro (2019). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, – Missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)* (Langfassung 1.0). Bonn: Kinderschutzleitlinienbüro.
- Kinderschutz-Zentrum Berlin. (2009). *Kindeswohlgefährdung – Erkennen und Helfen* (11. Auflage). Berlin: Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.
- Landeshauptstadt Dresden. (2019). *Handlungsempfehlung bei Kindeswohlgefährdung für Fachkräfte des Gesundheitswesens* (6. Auflage). Dresden: Landeshauptstadt Dresden – Gesundheitsamt.
- Lee, P.-Y., Fraser, J.A. & Chou, F-H. (2007). Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23(3), 128–137. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70387-0](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70387-0).
- Lines, L., Grant, J. & Hutton, A. (2018). How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, e75–e84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>.
- Moyer, D. L., Carpenter, J. M., Landon, M. A., Mack, D. T., Kenyon, J. L., & Champion, S. A. (2015). Nonaccidental Trauma. Guidance for Nurses in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(2), 167–181. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.010>.

- M'jid, N. M. (02.07.2020). *Laut Unicef werden jedes Jahr eine Milliarde Kinder und Jugendliche Opfer von physischer, sexueller und psychischer Gewalt.* (Facebook Beitrag). Abgerufen von <https://www.facebook.com/tagesschau/posts/laut-unicef-werden-jedes-jahr-eine-milliarde-kinder-und-jugendliche-opfer-von-ph/10158787815034407/> [13.05.2022 16: 00 Uhr].
- Nöthen, M. (2021). Kinder- und Jugendhilfe, Adoptionen. In Statistisches Bundesamt, *Familie, Lebensformen und Kinder. Auszug aus dem Datenreport 2021* (S. 69–74). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Pabiś, M., Wronska, I., Slusarska, B. & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 384–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>.
- Quill-Rais Parsi, S. (2015). Pflege bei Erkrankungen der Psyche. In Georg Thieme Verlag (Hrsg.), *I care Pflege* (S. 1374–1405). Stuttgart: Thieme.
- Rachamim, E., Hodes, D., Gilfert, R. & Jenkins, S. (2011). Pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment. *Emergency Medicine Journal*, 28(11), 952–954. doi:10.1136/emj.2009.080176
- Schulte, D. (2015). Grundlagen der Patientenbeobachtung. In Georg Thieme Verlag (Hrsg.), *I care Pflege* (S. 264–271). Stuttgart: Thieme.
- Statistisches Bundesamt. (2021). *9 % mehr Fälle: Jugendämter melden 2020 Höchststand an Kindeswohlgefährdungen.* Abgerufen von: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_350_225.html [13.05.2022 16: 00 Uhr].
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Kinderschutz und Kindeswohl.* Abgerufen von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/_inhalt.html [13.05.2022 14: 00 Uhr].
- Wave Trust. (2022). *What are Adverse Childhood Experiences (ACEs)?* Abgerufen von: <https://www.wavetrust.org/adverse-childhood-experiences> [08.04.2022 16: 00 Uhr].
- Wingenfeld, K., Büscher, A., & Wibbeke, D. (2017). *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.* Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Pillhofer, M., Plener, P. L., & Fegert, J. M. (2013). Das Ausmaß von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Eine Übersicht. *Nervenheilkunde*, 32(11), 813–818. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1628561>.

Anhang

Inhaltsverzeichnis Anhang

<i>Anhang 1: Transkript Experteninterview Dr. J. Ewert</i>	A2
<i>Anhang 2: Inhaltsanalyse Experteninterview</i>	A14
<i>Anhang 3: SOP UKE Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung</i>	A29
<i>Anhang 4: Rechercheprotokoll Literaturrecherche</i>	A32
<i>Anhang 5: Flowchart gesamte Literaturrecherche differenziert nach einzelnen Datenbanken/ Suchmaschinen</i>	A57
<i>Anhang 6: Interviewleitfaden</i>	A58
<i>Anhang 7: Entwicklung Fragestellungen AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 350).....</i>	A59
<i>Anhang 8: Pflegerische Dokumentationsbögen nach Herrmann et al.</i>	A60
<i>Anhang 9: Studienbewertungen</i>	A64

Anhang 1: Transkript Experteninterview Dr. J. Ewert

00:00:01

L.Sommer (LS): Okay. Also ja, ich hoffe (.) genau die Fragen habe ich dir eh schon alle geschickt. Also so glaube ich, so unerwartet kommen die Fragen tatsächlich gar nicht. Es wäre einmal gut, wenn du zum Anfang einmal beschreibst, was du im Hinblick für Kinderschutz machst, was deine Tätigkeiten sind.

00:00:22

Dr. J. Ewert (JE): Hm. Ja, ich bin ja Kinderarzt und auch Kinderschutz- Mediziner, was ja eine Zusatzbezeichnung ist von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, die man da erwerben kann. Ähm. Und ähm meine Aufgaben sind einmal hier am UKE, wo ich einen Teil meiner Stelle ja habe die Kinderschutz Koordination von ärztlicher Seite zusammen mit dem Sozialdienst und mit einer Psychologin, die auch für das Thema Stellenanteile hat. Und Kinderschutz Koordination bedeutet für uns, dass wir die Fälle, die auf den Stationen auftauchen oder in den Spezialambulanzen, wo es äh den Verdacht auf, na Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung gibt ähm, zu begleiten und einer ja einer optimalen Fallbearbeitung zuzuführen.

LS: Hm.

00:01:09

JE: Das heißt konkret ähm wir werden aktiviert ähm, wir kriegen sozusagen einen Anruf oder Konsil und gehen dann ähm in den Fall rein, sprechen mit den beteiligten Ärzten, sprechen mit dem Patienten, mit den Eltern und mit dem Umfeld, gegebenenfalls Schule, Kita oder wenn das Jugendamt schon dabei war, auch mit dem Jugendamt. Und dann ziehen wir alle Fachabteilung dazu, die wir (.) brauchen.

00:01:35

LS: ... die ihr kriegen könnt?

00:01:35

JE: ja, nicht die wir kriegen, sondern die die wir brauchen. Also, wenn es um Misshandlung geht zum Beispiel häufig die Rechtsmedizin, wenn es um Vernachlässigung geht, vielleicht eher die Kinder und Jugendpsychiatrie, vielleicht mal die Kinderradiologie ähm ganz unterschiedlich, die Kinderchirurgie häufig natürlich auch. Und, und das ist eigentlich unser Spezialgebiet, ist das Vernetzen, dass wir alle an einen Tisch bringen.

00:01:57

LS: Ja.

00:01:57

JE: Wir kennen uns natürlich auch gut mit Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung aus. Aber unsere Hauptaufgabe ist eigentlich, die Expertise von Allen zusammenzubringen und das Erkenntnislevel dadurch auf eine höhere Stufe zu bringen. Das ist eigentlich unsere Kernaufgabe.

00:02:13

LS: Sehr schön. Ja, es ist auch total wichtig, dass man da zusammenarbeitet. Genau. Vielleicht dazu schon mal, wenn ihr euch dann so zusammen trifft, das sind wahrscheinlich dann diese Kinderschutz Boards, die du schon erwähnt hattest und die werden dann quasi von euch initiiert und dann werden alle Fachgruppen dazu gerufen.

00:02:28

JE: Genau das ist eine meiner Hauptaufgaben. Auch dieses koordinierende, dass wir die Kinderschutz Boards an anderen Häusern heißen, die Fachgespräch oder runder Tisch. Wenn das Jugendamt dabei ist, heißt es häufig runder Tisch und es gibt dafür verschiedene Begriffe Fall Konferenz wird es auch häufig genannt. Ähm und wir nennen das hier Kinderschutz Board angelehnt an die Tumor Boards aus der Onkologie und so...

00:02:52

LS: Genau.

00:02:53

JE: ... und wir müssen und das ist oft schwierig, halt einen Raum bekommen. Okay, das geht, aber dann müssen natürlich alle, und das sind häufig ja Oberärzte, leitende, ja in leitender Funktion tätige Kolleginnen und Kollegen halt zu einem Termin an einen Ort bringen, der nicht besonders weit in der Zukunft liegt. Und das ist eine große Herausforderung und dafür bedarf es einer Priorisierung von allen beteiligten Menschen für den Kinderschutz. Und das ist eine Frage der Kultur und die muss wachsen. Und das haben wir mittlerweile aber ganz gut hingekriegt, dass die merken, dass es wichtig ist. Und deshalb klappt das meistens ganz gut.

00:03:27

LS: Sehr gut. Sehr gut. Genau, noch einmal zu deiner Aufgabe zurück. Wie bist du dazu gekommen? Also wie ist dein Interesse dafür entstanden und wie lange machst du das insgesamt schon?

00:03:37

JE: Im Prinzip ist ja jeder, der in der Kinder- und Jugendmedizin arbeitet, mit dem Thema konfrontiert. Ähm. Häufig ist man sich dessen nicht so bewusst. Je mehr man darüber lernt,

desto mehr merkt man aber auch Oh, in der Vergangenheit habe ich da eigentlich auch schon ein, zwei Mal Themen gehabt nä und sei es so was wie Vernachlässigung, was man häufig ja sieht, man riecht das, man sieht es nicht, nicht dem Wetter angepasste Kleidung, man sieht dental neglect also die Vernachlässigung der Mundhygiene mit massiver Karies, das sind alles Sachen, die wir ja sehen hm und wenn man sich aber nicht gut damit auskennt, weiß man vielleicht gar nicht so richtig, was man tun soll und wenn man großen Zeitdruck hat in der Notaufnahme zum Beispiel, hat man auch nicht die Zeit und die Möglichkeit, das da so adäquat zu reagieren. Und deshalb war es bei mir aus dem praktischen Alltag, dass ich ein, zwei Misshandlungsfälle hatte, die ich ja heftig fand und die mich nachträglich sozusagen beschäftigt ähm haben. Und dann habe ich hier mitbekommen, dass es die Möglichkeit gibt, vom Kinder-UKE in die Rechtsmedizin zu rotieren. Und da habe ich mich aktiv dann sozusagen drauf beworben, weil es mich interessiert hat...

00:04:45

LS: Hm

00:04:47

JE: ...und habe da dann die Möglichkeit gehabt, mich zum Thema weiterzubilden und habe darüber verstanden, was es eigentlich für ein großes Thema ist und für ein großes Problem und wie wenig die Realität also wie wenig die Krankenhäuser ähm und ähm die medizinische Forschung und Lehre eigentlich auf dieses Thema eingestellt sind.

00:05:08

LS: Ja, das stimmt.

00:05:08

JE: Und im Prinzip bin ich weder ähm im Prinzip bin ich weniger über diese emotionale Schiene reingekommen, sondern mehr über die Epidemiologie. Es gibt eine Studie von Witt et al. von 2017. Das ist so ähm die Studie...

00:05:24

LS: Die kommt mir bekannt vor. Ich glaube, die habe ich auch schon. Die ist schon in meinen Quellen mit drin.

00:05:28

JE: Ja, das ist auch gut. Witt et al. 2017, die die Prävalenz von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung in der deutschen Bevölkerung in einer retrospektiven Befragung erhoben haben nä die haben also 3000 Leute angerufen und mithilfe des ähm (unverständlich) trauma questionnaire die befragt und geguckt, wie viele scoren sozusagen im Misshandlungsbereich. Und wenn man sich ähm nur mäßige bis extreme, also nicht leichte,

sondern mäßig bis extreme Misshandlung anguckt, sind wir bei Misshandlungsformen und des sexuellen Missbrauchs sind wir überall bei sieben 8 %.

00:06:02

LS: Ja.

00:06:03

JE: Ja Lebenszeitprävalenz, bei den Vernachlässigungsformen sogar noch deutlich mehr ähm und wenn man sich diese Fragebögen, die da genutzt werden anguckt, sieht man das ist schon ernst (.) ernsthafte Misshandlung, das ist nicht einfach nur irgendwas, sondern das ist ernsthafte Misshandlung ähm und das finde ich schockierend. Vor allen Dingen, wenn man weiß, ähm was das mit den Kindern macht. Das ist halt nicht nur das Problem in dem akuten Moment der Misshandlung ist, ...

00:06:29

LS: Hm

00:06:29

JE: ... sondern dass Kinder, die misshandelt und vor allen Dingen auch vernachlässigt werden, das sollte man überhaupt nicht unterschätzen, das ist vielleicht sogar wichtiger (.) als Trigger krank werden. Ähm also die werden nicht nur psychisch krank, mehr Suizidalität, mehr Substanzmissbrauch, sondern die kriegen auch mehr körperliche Krankheiten, Krebs, Bluthochdruck, Diabetes (.) und wenn man viele sogenannte adverse childhood experiences, also negative Kindheitserfahrungen, hat ähm (.) wenn man sechs oder mehr hat, also zum Beispiel die Behandlungsformen oder (.) Elternteil ist im Knast ähm oder Eltern trennen sich. Also wenn man von diesen ähm negativen Kindheitserfahrungen, die es gibt, sechs oder mehr hat, stirbt man im Durchschnitt 20 Jahre früher.

00:07:15

LS: Oha.

00:07:16

JE: Also das hat schon einen Einfluss und äh das hat mich sehr motiviert, da für die die letztendlich ja die wirklich auch am wenigsten Lobby haben. Kinder haben ja sowieso schon wenig Lobby, aber die dann noch die misshandelten und vernachlässigten Kinder, da auch einzustehen und da zu helfen und sehe das dementsprechend auch durchaus äh als eine politische Aufgabe...

00:07:39

LS: Auf jeden Fall.

00:07:39

JE: ... da auch das sich zu vernetzen (.) mit den Jugendämtern, mit den anderen Kliniken, vielleicht auch mal an die Politik heranzutreten und zu sagen "Hier, da, da fehlt es an Ressourcen" und so weiter. Und das motiviert mich äh an dem Thema zu arbeiten.

00:07:56

LS: Ja, das kann ich total verstehen. Es motiviert mich auch deshalb. Sonst würde ich ja darüber auch nicht meine Bachelorarbeit schreiben wollen, weil es für mich auch ein riesiges Thema ist, gerade weil ich jetzt auch ewig in der Notaufnahme gearbeitet habe. (.) Genau, ähm was wollte ich dich noch fragen? Genau wie Kinderschutz hier am ähm UKE funktioniert. Das hast du ja eigentlich schon beschrieben, dass ihr dann quasi die Konzile, dass die dann gestellt werden und ihr dann alle zusammenkommt. Genau.

00:08:24

JE: Dazu kann man vielleicht noch ergänzen Es gibt eine SOP, auf deren Grundlage das basiert, also eine Standard Operating Procedure, die die Abläufe ähm definiert. Und die basiert auf den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, ...

00:08:39

LS: Okay

00:08:39

JE: ...dass man möglichst versucht, frühzeitig schon mindestens im Vieraugengespräch, möglichst also multi also mit noch mehr Mitmenschen das einschätzt und dann im Verlauf noch mal ne richtige Fallkonferenz und ein richtiges Board macht, wo man das dann abschließend bewertet, nä wenn man die Diagnostik gemacht hat und so. Ähm und das steht da drin und daran halten wir uns und arbeiten dann immer mit den Pflegekräften und mit dem Oberarzt der Station sehr eng zusammen.

00:09:04

LS: Ja.

00:09:05

JE: Dann docken wir sozusagen dann an mit denen eventuell noch hinzuzuziehen anderen Fachdisziplinen.

00:09:10

LS: Okay, ich glaube die SOP, die habe ich, die gibt es auch im Handbuch...

00:09:14

JE: Genau.

00:09:14

LS: ... die habe ich mir, habe ich mir schon angeschaut, kommt mir bekannt vor. Genau ähm da kommen wir auch schon dazu (.) welche Rolle nehmen denn deiner Meinung nach die Pflegenden ein bei so einem Fall? Was machen die genau und worüber informieren die euch?

00:09:32

JE: Hm. Also erstmal auf der Ebene drüber über, also über ähm über den konkreten Fall jetzt meine ich, ist es so, dass die Pflegekräfte aus meiner Sicht ähm extrem wichtig sind. Aber, und ich würde sagen, insbesondere in Deutschland auch unterrepräsentiert in ihrer ähm Fachlichkeit...

00:09:51

LS: Hm.

00:09:52

JE: ... ich glaube, das ist ein generelles Problem ist, wenn auch im Rahmen meiner Doktorarbeit, wo ich mich auch mit Multidisziplinarität beschäftigt habe auch im Kontext der Onkologie aber trotzdem (.) ist mir das schon aufgefallen, dass es in Amerika, Australien und so eine total gute Forschung gab aus Nursing Journals, die sehr Patienten zentriert war, die sehr fokussiert war auf das, was aus meiner Sicht auch wichtig ist ähm und das fehlt in Deutschland aufgrund der Organisation der Ausbildung meiner Ansicht nach sehr ähm und ich bin da in den letzten Jahren noch nicht so nah dran gewesen. Hat sich da auch was entwickelt durch die Pflege Wissenschaft aber das ist etwas, wo ich glaube, dass da enormes Potenzial drinsteckt, dass die, die am nächsten an dem Patienten dran sind, im Krankenhaus auch forschen. Genau. Und das ist sozusagen übergeordnet ähm und ich glaube, dass ähm ja Pflegenden im Krankenhaus ähm extrem wichtig sind und extrem viel beizutragen haben im Kinderschutz, weil weil sie häufig die Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind in einem viel natürlicheren Rahmen beobachten können als Ärzte und Ärztinnen.

00:11:00

LS: Ja.

00:11:02

JE: Wenn dann eine Visite reinkommt dann stehen alle Gewehr bei Fuß...

00:11:04

LS: Ja!

00:11:04

JE: ... und sind irgendwie konzentriert und wollen nichts falsch machen und so (.) und äh wenn eine Pflegekraft im Raum ist und beispielsweise was auffüllt oder (.) Vitalparameter

erhebt, ist die Situation viel unverstellter und kann deshalb glaube ich viel, es kann deshalb viel mehr beobachtet werden, was die Familie, wie die Familie wirklich interagiert.

00:11:29

LS: Ja, das stimmt.

00:11:30

JE: Deshalb motivieren wir in solchen Fällen immer die Pflege gut zu dokumentieren, vor allen Dingen halt die Eltern-Kind-Interaktion zu dokumentieren ähm in der Krankenbeobachtung und (.) das auch mit dann in der Übergabe weiterzugeben und auch dann mit ins Kinderschutzbund dann hineinzutragen. Weil, und da kommen wir dann jetzt zum konkreten Fall, (.) es ist ja so, dass ähm wir hier diese Kinderschutzfälle auch abrechnen. Das ist relativ herausfordernd, weil es große Anforderungen gibt von den Krankenkassen, wann kann man das machen, ie Diagnostik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung abzurechnen, das ist ein sogenanntes Zusatzentgelt. Das ist bei OPs 1 Bindestrich 945, wenn du dir das mal anschauen möchtest...

00:12:20

LS: ja

00:12:20

JE: ... die Voraussetzung ähm und ich finde es grundsätzlich auch gut, weil da drin ist definiert, das ist eine multidisziplinäre Diagnostik und halt Besprechungen geben muss. Was ich daran nicht gut finde ist, dass auch dort die Pflege aus meiner Sicht marginalisiert wird, weil (.) es ist so, dass die Vorgabe ist, dass drei Disziplinen das Kind 30 Minuten gesehen haben müssen und gewisse Dinge geklärt äh haben müssen, also insbesondere was Anamnese angeht, Sozialanamnese, Familienanamnese usw. und auch Verhalten und Interaktion. Zu diesen drei Disziplinen gehört aber nie die Pflege.

00:12:54

LS: Ja, habe ich mir schon gedacht, ja.

00:12:56

JE: Das kann Radiologe sein, das kann Sozialdienst sein, das kann ein Psychologe sein, Pädiater, Kinderchirurg, Gerichtsmedizinerin und so weiter. Aber Pflege nicht. Ähm und es ist auch keine Dokumentation durch die Pflege gefordert in der OPs. Die Pflege sollte, die muss am Kinderschutzbund teilnehmen, das ja und das finde ich auch gut.

00:13:16

LS: Ja.

00:13:17

JE: Und das nutzen wir auch entsprechend, ähm um die Expertise der Pflege sozusagen mit an Bord zu holen aber sie gilt nicht als Disziplin im Sinne der OPs nã und das finde ich problematisch....

00:13:30

LS: das ist echt traurig

00:13:30

JE: ... allein schon als Zeichen, wie wichtig nimmt man die Pflege in dem Kontext ähm und das sehe ich, sehe ich anders und finde (.) das, finde das schwierig. Und genau deshalb versuchen wir das auch ernsthaft in Boards immer abzufragen in jedem Fall und unabhängig, egal wer Pflege, Sozialdienst, Augenarzt, alle bringen immer interessante Sachen rein und man lernt Sachen voneinander von den Psychologen und ähm man erfãhrt Dinge, die den Fall voranbringen und man lernt für sich selber ähm über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen und ja lernt Dinge, lernt Fakten, auch die, die wichtig und relevant sind. Und deshalb glaube ich, dass die Pflege eine ganz zentrale Rolle hat in der Kinderschutzabklärung.

00:14:15

LS: Ja, das ist glaube ich auch auf jeden Fall. Und, das was du schon sagst, das mit der mit dieser, dass die Pflege meistens zu kurz kommt, das habe ich dabei auch so sehr gemerkt...

00:14:26

(Exkurs beider Sprecher über Akademisierung der Pflege über 00:01:16)

00:15:31

LS: Sehr schön. Genau ähm was wir eben schon besprochen haben die Rolle der Pflegenden (.) findest du, dass es also, dass Pflegenden grundsätzlich gut geschult sind im Umgang von Kindeswohlgefährdung oder findest du, dass es da auf jeden Fall noch Schulungsbedarf gibt?

00:15:47

JE: Also ich würde das nicht nur auf die Pflegenden begrenzen, sondern generell auf das Gesundheitssystem in Deutschland, das wir extrem schlecht darauf vorbereitet sind.

00:15:53

LS: Ja.

00:15:54

JE: Also, ja im Medizinstudium, in den Pflegeberufen weiß ich es nicht genau ähm ich mache eine Fortbildung jedes Jahr einmal bei (.) für Intensiv-Pflegekräfte ähm mache ich Kindesmisshandlung, das ist dann anderthalb Stunden ähm und da ist das Feedback auch,

dass die Leute da jetzt bisher nicht so viel zu gelernt haben. Das unterscheidet sich sicherlich auch von Pflegeschule zu Pflegeschule. Ich weiß auch von Kollegen, dass sie andernorts in Pflegeschulen Fortbildungen machen oder an der Ausbildung beteiligt sind. Ähm deshalb kann man es jetzt nicht für alle gleich sagen aber grundsätzlich gibt es in Deutschland, an den Universitäten, im Medizinstudium und ich glaube auch in den Pflegewissenschaften oder in der Pflegeausbildung, in der Hebammenausbildung da ein riesiges Defizit.

00:16:38

LS: Ja, also ich muss auch...

00:16:41

JE: ... ein riesiges Defizit, also nicht mal basalste Sachen sind bekannt

00:16:42

LS: Nein also jetzt zum Beispiel, ich bin jetzt durch mit der Ausbildung, ich habe jetzt nur noch drei Monate und wir hatten in der gesamten Ausbildung nicht eine einzige Minute dazu also es wurde gar nicht angesprochen und deshalb habe ich mir dem Thema auch angenommen, weil ich dachte, das kann halt nicht sein, dass wir darüber gar nichts lernen.

00:16:59

JE: Hm ja. Und wenn wir sehen, wenn wir die Zahlen sehen, wenn man alleine anguckt äh sexueller Missbrauch, wie häufig ist das nã wenn man sich anschaut allein Schütteltrauma-Syndrom ist genauso häufig und tödlicher als ALL (.)

00:17:14

LS: Hm

00:17:14

JE: ... und wenn man guckt, was für riesige Abteilungen es in Deutschland gibt, für Onkologie, wo ja 30 40 % ALL sind, wenn man das vergleicht, was da für Gelder reingehen, für Forschung (.) und so weiter und das muss man verstehen von einem Kontext der einer gesellschaftlichen Tabuisierung ähm des Themas. Ja, es war ja bis 2000 durfte man seine Kinder ja sogar schlagen.

00:17:35

LS: Ja, das stimmt.

00:17:35

JE: Aber seit 2000 ist es halt verboten. Richtig. Seit 89 gibt es die 1989, die EU äh UN - Kinderrechtskonvention, die dann 2005 dann entsprechend ratifiziert wurde von Deutschland (.) und die ersten Forschungen zu ALL und Leukämie gab es 1800 irgendwas (.) und die ersten Forschungen zu Kindesmisshandlung gab es damals auch schon mal, so

einzelne ähm (.) Rechtsmediziner, die haben geschrieben, haben aber richtig anerkannt in den USA ist es ja erst seit den 70er-Jahren, dass es riesige Diskussionen gab. Kempe (.), Professor Kempe war der Vorreiter in den USA (.) Kinderarzt und in Deutschland kam es dann ja noch viel später. Das heißt, wir sind auch am Anfang einer Entwicklung, ähm die wir deshalb jetzt gut weiter mit begleiten und vorantreiben müssen, damit das (.) der Wichtigkeit auch gerecht wird.

00:18:25

LS: Ja, das stimmt auf jeden Fall also wir sind ja noch total am Anfang. Das stimmt ähm genau. Also den Forschungsbedarf haben wir auf jeden Fall auch schon geklärt. Also (.) also der Forschungsbedarf speziell in der Pflege ist ja einfach schlichtweg so, dass es kaum Forschung dazu gibt (.) in der Pflege. Und das ist halt genau das ist halt das Problem. Ansonsten (.), ich weiß nicht, ob du da so, ähm ob du das auch weißt, aber kannst du ungefähr einschätzen, ob es einen Unterschied dazu gibt, wie geschult die Pflegekräfte auf somatischen Stationen sind und wie geschult sie auf psychiatrischen Stationen sind? Da gibt es ja wahrscheinlich Unterschiede, oder?

00:19:09

JE: Ähm habe ich zu wenig KJP Erfahrungen, um das abschließend beurteilen zu können ähm was denke ich aber klar ist, ist, dass das Thema Misshandlung und Vernachlässigung dort ähm natürlich viel häufiger Thema wird (.) wobei das nicht zwangsläufig heißt, dass ich immer finde, dass die KJP einen guten Umgang damit haben (.) und meiner Ansicht nach ist das viel zu häufig, dass es in so einem therapeutischen Setting so verwahrt wird, weil man will ja die therapeutische Bindung nicht beeinträchtigen und so, aber gerade hier unsere KJP hat auch wirklich eine enge Kooperation mit den Jugendämtern und macht das finde ich gut (.) ähm sodass ich jetzt davon ausgehe, dass allein schon aufgrund der Häufigkeit des Themas, das in der KJP besser ist, wäre ich aber jetzt nicht der Experte, der das richtig beantworten kann.

00:19:55

LS: Okay, alles klar. Und eine letzte Frage habe ich noch. Und zwar (.) wenn ihr interdisziplinär oder multiprofessionell zusammenarbeitet, gibt es ja bestimmt auch Probleme, die da auftreten nä. Was sind es denn zum Beispiel für Probleme?

00:20:10

JE: Ähm das sind einmal Probleme, die System bezogen sind. Dann sind es Probleme, die ähm personenbezogen sind und dann sind es Probleme die fallbezogen sind, würde ich sagen. Wenn man mit dem Letzten anfängt mit dem fallbezogenen, Beispiel Münchhausen

bei Proxy Syndrom, das ist ja eine Problematik, ja eigentlich eine Erkrankung des Elternteils, wo das Kind krank gemacht wird, also entweder über falsche Angaben in der Anamnese oder tatsächlich nä (.) was wir haben so Blut, mütterliches Blut wird in die Windel geschmiert oder (.) Kinder bekommen Medikamente wie Loperamid, dass sie nicht, dass die verstopft sind die ganze Zeit und deshalb die Eltern sozusagen medizinische Aufmerksamkeit bekommen..

00:20:52

LS: Hm

00:20:52

JE: ... für das Kind (.) und das sind Situationen, wo ganz häufig die Teams aneinandergeraten, weil man sich's ja auch gar nicht vorstellen kann, dass sowas überhaupt passiert. Das ist ein klassischer Fall, nä wo die Fälle äh das Team herausfordern, kann aber auch ganz in einfachen Fällen sein, wo man dann unterschiedliche Herausforderungen äh Herausforderungen hat wie zum Beispiel, ab wann, ab welcher Stufe bezieht man das Jugendamt mit ein und das sind klassischerweise Konflikte, die fallbezogen entsteht. Interpersonell braucht man nicht zu sagen (.) mit manchen Leuten kann man besser zusammenarbeiten als mit anderen. Es gibt Menschen, die sind gewillt und von ihrer ganzen Person her in der Lage gut und möglichst mit flachen Hierarchien interdisziplinär zu arbeiten (.) und es gibt Leute, die das nicht so gut schaffen und systembezogen, ja, da ist die Hauptherausforderung natürlich immer die fehlende Zeit.

00:21:46

LS: Ja, das stimmt.

00:21:48

JE: Das ist die Hauptschwierigkeit, die wir haben, die fehlenden Ressourcen, Arbeitskraftressourcen und dann auch bei den anderen Kollegen, die wir hinzuziehen, da auch die die entsprechende Zeit zu haben, dass die sich so einbringen kann. Ich glaube, das sind so die drei Ebenen, die ich da spontan sehen würde.

00:22:05

LS: Okay, sehr schön. Also wie gesagt, wenn jetzt in der nächsten Zeit noch mal ein Kinderschutz Board auf also stattfindet, dann kannst du mir auch gerne schreiben.

00:22:14

JE: Das hattest du schon mal gesagt, da habe ich nicht dran gedacht bei den letzten Malen.

00:22:17

LS: Aber alles gut, aber dann vielleicht so in den nächsten, in der nächsten Zeit. Ich schreibe ja noch ein bisschen meine Bachelorarbeit dazu.

00:22:22

JE: Das wärst du teilnehmende Beobachtung.

00:22:23

LS: Genau, genau das ist. Das wäre vielleicht ganz gut. Ansonsten würde ich sagen bin ich durch (.) mit meinen (.) it meinen Interviewfragen. Ja. Also, wir haben schon alle Fragen.

00:22:32

JE: Wirklich?

00:22:33

LS: Ja, wir haben alle Fragen zusammengefasst. Ja, und ich habe auch vieles mitgenommen, was ich brauche. Also eigentlich alles. Genau, so ist es. Vielen Dank für deine Zeit und deine Bemühungen.

00:22:43

JE: Sehr gerne

Anhang 2: Inhaltsanalyse Experteninterview

Kategorie + farbliche Kennzeichnung	Zitate aus Transkript	Zeilenabgaben Transkript	Kernaussagen aus Zitaten
<u>Ärztliche Tätigkeiten im Kinderschutz</u>	<p>„Ja, ich bin ja Kinderarzt und auch Kinderschutz-Mediziner, (...). Ähm. Und ähm meine Aufgaben sind einmal hier am UKE, (...) die Kinderschutz Koordination von ärztlicher Seite zusammen mit dem Sozialdienst und mit einer Psychologin, (...). Und Kinderschutz Koordination bedeutet für uns, dass wir die Fälle, die auf den Stationen auftauchen oder in den Spezialambulanzen, wo es äh den Verdacht auf, na Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung gibt ähm, zu begleiten und einer ja einer optimalen Fallbearbeitung zuzuführen“</p> <p>„Das heißt konkret ähm wir werden aktiviert ähm, wir kriegen sozusagen Anruf oder Konsil und gehen dann ähm in den Fall rein, sprechen mit den beteiligten Ärzten, sprechen mit dem Patienten, mit den Eltern und mit dem Umfeld, gegebenenfalls Schule, Kita oder wenn das Jugendamt schon dabei war, auch mit dem Jugendamt. Und dann ziehen wir alle Fachabteilung dazu, die wir (.) brauchen“</p> <p>„Und, und das ist eigentlich unser Spezialgebiet, ist das Vernetzen, dass wir alle an einen Tisch bringen.“</p> <p>„Aber unsere Hauptaufgabe ist eigentlich, die Expertise von allen zusammenzubringen und das Erkenntnislevel da dadurch auf eine höhere Stufe zu bringen. Das ist eigentlich unsere Kernaufgabe.“</p> <p>„Genau das ist eine meiner Hauptaufgaben“</p>	<p>Z. 8-17</p> <p>Z. 20-25</p> <p>Z. 33-34</p> <p>Z. 39-41</p> <p>Z. 49</p> <p>Z. 146-147,</p> <p>Z. 151-153</p>	<p>- Kinderarzt, Kinderschutz Mediziner</p> <p>- Kinderschutzkoordination ärztlicherseits + Sozialdienst + Psychologin</p> <p>- Fälle auf Station/Ambulanzen: Begleitung, optimale Fallbearbeitung</p> <p>- Anruf/Konsil → Gespräche mit Ärzten, Patient:innen, Eltern, Umfeld, Jugendamt, diverse Fachabteilungen</p> <p>-Vernetzen der verschiedenen Disziplinen</p> <p>-Expertisen zusammen bringen um höheres Erkenntnislevel zu erreichen</p> <p>-Kinderschutzboards</p> <p>-Vernetzung mit Jugendämtern, Kliniken</p>

	<p>„und sehe das dementsprechend auch durchaus äh als eine politische Aufgabe, ... da auch das sich zu vernetzen (.) mit den Jugendämtern, mit den anderen Kliniken, vielleicht auch mal an die Politik heranzutreten und zu sagen "Hier, da, da fehlt es an Ressourcen" und so weiter.“</p>		<p>- Politik auf mangelnde Ressourcen hinweisen</p>
<p>Beteiligte Fachrichtungen im Kinderschutz</p>	<p>„Also, wenn es um Misshandlung geht, zum Beispiel häufig die Rechtsmedizin, wenn es um Vernachlässigung geht, vielleicht eher die Kinder und Jugendpsychiatrie, vielleicht mal die Kinderradiologie ähm ganz unterschiedlich, die Kinderchirurgie häufig natürlich auch.“</p> <p>„(...) und arbeiten dann immer mit den Pflegekräften und mit dem Oberarzt der Station sehr eng zusammen.“</p> <p>„Das kann Radiologe sein, das kann Sozialdienst sein, das kann ein Psychologe sein, Pädiater, Kinderchirurg, Gerichtsmedizinerin und so weiter.“</p> <p>„Augenarzt“</p>	<p>Z. 29-33</p> <p>Z. 176-177</p> <p>Z. 257-258</p> <p>Z. 275</p>	<p>- Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderradiologie, Kinderchirurgie</p> <p>-Pflegekräfte, Oberarzt</p> <p>-Sozialdienst, Psychologe, Pädiater, Kinderchirurg, Gerichtsmedizin</p> <p>-Augenärzte</p>
<p>Kinderschutzboards</p>	<p>„Vielleicht dazu schon mal, wenn ihr euch dann so zusammen trifft. Das sind wahrscheinlich dann diese Kinderschutz Boards, die du schon erwähnt hattest und die werden dann quasi von euch initiiert und dann werden alle Fachgruppen dazu gerufen.“</p>	<p>Z. 44-47</p>	<p>- diverse Fachrichtungen nehmen teil</p>

	<p>„(...) dass wir die Kinderschutz Boards an anderen Häusern heißen, die Fachgespräch oder Runder Tisch. Wenn das Jugendamt dabei ist, heißt es häufig Runder Tisch und es gibt dafür verschiedene Begriffe Fall Konferenz wird es auch häufig genannt. Ähm und wir nennen das hier Kinderschutz Board angelehnt an die Tumor Boards aus der Onkologie und so...“</p> <p>„Und genau deshalb versuchen wir das auch ernsthaft in Boards immer abzufragen in jedem Fall und unabhängig, egal wer Pflege, Sozialdienst, Augenarzt, alle bringen immer interessante Sachen rein und man lernt Sachen voneinander von den Psychologen und ähm man erfährt Dinge, die den Fall voranbringen und man lernt für sich selber ähm über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen und ja lernt Dinge, lernt Fakten, auch die, die wichtig und relevant sind“</p>	<p>Z. 49-54</p> <p>Z. 273-279</p>	<p>-verschiedene Bezeichnungen z. B. Fachgespräch, runder Tisch (+Jugendamt) - Name abgeleitet von Tumorboard</p> <p>-Kinderschutzboards haben Mehrwert für alle Beteiligte: lernen voneinander, Fall voranbringen, Perspektiven erweitern, lernen neuer und wichtiger Fakten</p>
<p><u>Herausforderungen/Probleme</u> <u>multiprofessionelle</u> <u>Zusammenarbeit</u></p>	<p>„und wir müssen und das ist oft schwierig, halt einen Raum bekommen.“</p> <p>„ (...)aber dann müssen natürlich alle, und das sind häufig ja Oberärzte, leitende, ja in leitender Funktion tätige Kolleginnen und Kollegen halt zu einem Termin an einen Ort bringen, der nicht</p>	<p>Z. 58</p> <p>Z. 59-62</p>	<p>-räumliche Probleme</p> <p>-zeitliche Ressourcen aller Teilnehmer:innen abstimmen -Termin eher spontan</p>

	<p>besonders weit in der Zukunft liegt. Und das ist eine große Herausforderung (...)“</p> <p>„Ähm das sind einmal Probleme, die System bezogen sind. Dann sind es Probleme, die ähm personenbezogen sind und dann sind es Probleme die fallbezogen sind, würde ich sagen. Wenn man mit dem Letzten anfängt mit dem fallbezogenen, Beispiel Münchhausen bei Proxy Syndrom, (...)“</p> <p>„... für das Kind (.) und das sind Situationen, wo ganz häufig die Teams aneinandergeraten, weil man sich's ja auch gar nicht vorstellen kann, dass sowas überhaupt passiert. Das ist ein klassischer Fall, nä wo die Fälle äh das Team herausfordern, kann aber auch ganz in einfachen Fällen sein, wo man dann unterschiedliche Herausforderungen äh Herausforderungen hat wie zum Beispiel, ab wann, ab welcher Stufe bezieht man das Jugendamt mit ein und das sind klassischerweise Konflikte, die fallbezogen entsteht. Interpersonell braucht man nicht zu sagen (.) mit manchen Leuten kann man besser zusammenarbeiten als mit anderen. Es gibt Menschen, die sind gewillt und von ihrer ganzen Person her in der Lage gut und möglichst mit flachen Hierarchien interdisziplinär zu arbeiten (.) und es gibt Leute, die das nicht so gut schaffen und</p>	<p>Z. 378-387</p> <p>Z. 391-403</p> <p>Z. 407-411</p>	<p>-systembezogene, personenbezogene, fallbezogene Probleme</p> <p>-fallbezogen: Aneinandergeraten der Teams, weil Vorfall nicht vorstellbar ist, unterschiedliche Meinungen</p> <p>-personenbezogen: verschiedene Arbeitsweisen in Hinblick auf Hierarchien</p> <p>- Systembezogen: fehlende Zeit</p> <p>-systembezogen: fehlende Arbeitskraftressourcen</p>
--	---	---	---

	<p>systembezogen, ja, da ist die Hauptherausforderung natürlich immer die fehlende Zeit.“</p> <p>„Das ist die Hauptschwierigkeit, die wir haben, die fehlenden Ressourcen, Arbeitskraftressourcen und dann auch bei den anderen Kollegen, die wir hinzuziehen, da auch die die entsprechende Zeit zu haben, dass die sich so einbringen kann. Ich glaube, das sind so die drei Ebenen, die ich da spontan sehen würde.“</p>		
Persönliche Anforderungen bei Arbeit im Kinderschutz	<p>„und dafür bedarf es einer Priorisierung von allen beteiligten Menschen für den Kinderschutz. Und das ist eine Frage der Kultur und die muss wachsen. Und das haben wir mittlerweile aber ganz gut hingekriegt, dass die merken, dass es wichtig ist. Und deshalb klappt das meistens ganz gut.“</p>	Z. 62-66	<ul style="list-style-type: none"> -Priorisierung aller Beteiligten für Kinderschutz -oft kulturelle Frage -Bewusstsein für Wichtigkeit muss noch wachsen
<u>Persönliche Motivation Dr. J. Ewert zur Arbeit im Kinderschutz</u>	<p>„Im Prinzip ist ja jeder, der in der Kinder- und Jugendmedizin arbeitet, mit dem Thema konfrontiert. Ähm. Häufig ist man sich dessen nicht so bewusst.“</p> <p>„(...), in der Vergangenheit habe ich da eigentlich auch schon ein, zwei Mal Themen gehabt (...), die wir ja sehen hm und wenn man sich aber nicht gut damit auskennt, weiß man vielleicht gar nicht so richtig, was man tun soll und wenn man großen Zeitdruck hat in der Notaufnahme zum Beispiel, hat</p>	<p>Z. 72-73</p> <p>Z. 72-83</p>	<ul style="list-style-type: none"> -oft auch unbewusste Konfrontation mit Thema im Arbeitsalltag -Ungewissheit mit Situation in der Praxis umzugehen

	<p>man auch nicht die Zeit und die Möglichkeit, das da so adäquat zu reagieren.“</p> <p>„Und deshalb war es bei mir aus dem praktischen Alltag, dass ich ein, zwei Misshandlungsfälle hatte, die ich ja heftig fand und die mich nachträglich sozusagen beschäftigt ähm haben. Und dann habe ich hier mitbekommen, dass es die Möglichkeit gibt, vom Kinder-UKE in die Rechtsmedizin zu rotieren. Und da habe ich mich aktiv dann sozusagen drauf beworben, weil es mich interessiert hat...“</p> <p>„Und im Prinzip bin ich weder ähm im Prinzip bin ich weniger über diese emotionale Schiene reingekommen, sondern mehr über die Epidemiologie.“</p> <p>„Also das hat schon einen Einfluss und äh das hat mich sehr motiviert, da für die die letztendlich ja die wirklich auch am wenigsten Lobby haben. Kinder haben ja sowieso schon wenig Lobby, aber die dann noch die misshandelten und vernachlässigten Kinder, da auch einzustehen und da zu helfen (...)“</p>	<p>Z. 82-88</p> <p>Z. 100-101</p> <p>Z. 143-146</p>	<p>-Nachhaltiges Beschäftigen mit erlebten Fällen auf Station → Aktives Bewerben auf Kinderschutzbereich aus Interesse</p> <p>-Epidemiologie des Themas</p> <p>-Folgen für Zukunft der Kinder - für diejenigen, die wenig Lobby haben eintreten und helfen</p>
<p><u>Bedeutung/Wichtigkeit des Kinderschutzes</u></p>	<p>„(...) habe darüber verstanden, was es eigentlich für ein großes Thema ist und für ein großes Problem und wie wenig die Realität also wie wenig die</p>	<p>Z. 93-96</p>	<p>-Wichtiges Thema -großes Problem: wenig Forschung, Lehre im Kinderschutzbereich</p>

	<p>Krankenhäuser ähm und ähm die medizinische Forschung und Lehre eigentlich auf dieses Thema eingestellt sind.“</p> <p>„Witt et al. 2017, die die Prävalenz von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung in der deutschen Bevölkerung in einer retrospektiven Befragung erhoben haben nä die haben also 3000 Leute angerufen und mithilfe des ähm (unverständlich) trauma questionnaire die befragt und geguckt, wie viele scoren sozusagen im Misshandlungsbereich. Und wenn man sich ähm nur mäßige bis extreme, also nicht leichte, sondern mäßig bis extreme Misshandlung anguckt, sind wir bei Misshandlungsformen und des sexuellen Missbrauchs sind wir überall bei sieben 8 %.“</p> <p>„Ja Lebenszeitprävalenz, bei den Vernachlässigungsformen sogar noch deutlich mehr ähm und wenn man sich diese Fragebögen, die da genutzt werden anguckt, sieht man das ist schon ernst (.)“</p> <p>„Und wenn wir sehen, wenn wir die Zahlen sehen, wenn man alleine anguckt äh sexueller Missbrauch, wie häufig ist das nä wenn man sich anschaut allein</p>	<p>Z. 107-115</p> <p>Z. 119-121</p> <p>Z. 321-324</p>	<p>-schlechte Vorbereitung der Kliniken auf das Thema</p> <p>-hohe Lebenszeitprävalenz Misshandlungen von 7-8 %</p> <p>-Lebenszeitprävalenz Vernachlässigung noch höher</p> <p>-Schüttel-Trauma-Syndrom häufig, tödlicher als ALL</p>
--	---	---	---

	Schütteltrauma- Syndrom ist genauso häufig und tödlicher als ALL (.)“		
Folgen von Missbrauch für Kinder + Jugendliche	<p>„Vor allen Dingen, wenn man weiß, ähm was das mit den Kindern macht. Das ist halt nicht nur das Problem in dem akuten Moment der Misshandlung ist, ...“</p> <p>„...sondern dass Kinder, die misshandelt und vor allen Dingen auch vernachlässigt werden, das sollte man überhaupt nicht unterschätzen, das ist vielleicht sogar wichtiger (.) als Trigger krank werden. Ähm also die werden nicht nur psychisch krank, mehr Suizidalität, mehr Substanzmissbrauch, sondern die kriegen auch mehr körperliche Krankheiten, Krebs, Bluthochdruck, Diabetes (.) und wenn man viele sogenannte adverse childhood experiences, also negative Kindheitserfahrungen, hat ähm (.) wenn man sechs oder mehr hat, also zum Beispiel die Behandlungsformen oder (.) Elternteil ist im Knast ähm oder Eltern trennen sich. Also wenn man von diesen ähm negativen Kindheitserfahrungen, die es gibt, sechs oder mehr hat (.) stirbt man im Durchschnitt 20 Jahre früher.“</p>	<p>Z. 123-125</p> <p>Z. 129-139</p>	<p>-akute Probleme durch Missbrauch</p> <p>-Missbrauch führt zu Folgeerkrankungen: Psychische (Suizidalität, Substanzmissbrauch) Körperliche (Krebs, Bluthochdruck, Diabetes)</p> <p>-Mehr als 6 negative Kindheitserfahrungen: 20 Jahre weniger Lebenserwartung</p>
Kinderschutz am UKE	„Es gibt eine SOP, auf deren Grundlage das basiert, also eine Standard Operating Procedure, die die Abläufe ähm definiert. Und die basiert auf den	Z. 164-167	-SOP für Verfahren/Abläufe bei Kindesmissbrauch

	<p>Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, ...“</p> <p>„(...) dass man möglichst versucht, frühzeitig schon mindestens im Vieraugengespräch, möglichst also multi also mit noch mehr Mitmenschen das einschätzt und dann im Verlauf noch mal ne richtige Fallkonferenz und ein richtiges Board macht, wo man das dann abschließend bewertet, nä wenn man die Diagnostik gemacht hat und so. Ähm und das steht da drin und daran halten wir uns und arbeiten dann immer mit den Pflegekräften und mit dem Oberarzt der Station sehr eng zusammen.“</p>	Z. 171-177	<ul style="list-style-type: none"> -frühzeitiges Vieraugengespräch -Multiprofessionelle Einschätzung der Situation -im Verlauf Fallkonferenz, Kinderschutzboard -Durchführung Diagnostik -enge multiprofessionelle Zusammenarbeit
<p><u>Bedeutung/Aufgaben der Pflegenden im Kinderschutz</u></p>	<p>„Also erstmal auf der Ebene drüber über, also über ähm über den konkreten Fall jetzt meine ich, ist es so, dass die Pflegekräfte aus meiner Sicht ähm extrem wichtig sind. Aber, und ich würde sagen, insbesondere in Deutschland auch unterrepräsentiert in ihrer ähm Fachlichkeit (...)“</p> <p>„wo ich glaube, dass da enormes Potenzial drinsteckt, dass die, die am nächsten an dem Patienten dran sind, im Krankenhaus auch forschen. Genau. Und das ist sozusagen übergeordnet ähm und ich glaube, dass ähm ja Pflegenden im Krankenhaus ähm extrem wichtig sind und extrem viel beizutragen haben im Kinderschutz, weil weil sie häufig die</p>	<p>Z. 193-196</p> <p>Z. 208-215</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pflegende extrem wichtige Rolle, in Deutschland jedoch unterrepräsentiert in dieser Rolle -Pflegende sind im Krankenhaus wichtig, haben viel im Kinderschutz beizutragen -am nächsten am Patienten, können Interaktion zwischen Eltern und Kind unverfälscht beobachten

	<p>Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind in einem viel natürlicheren Rahmen beobachten können als Ärzte und Ärztinnen.“</p> <p>„Wenn dann eine Visite reinkommt dann stehen alle Gewehr bei Fuß...“ „... und sind irgendwie konzentriert und wollen nichts falsch machen und so (.) und äh wenn eine Pflegekraft im Raum ist und beispielsweise was auffüllt oder (.) Vitalparameter erhebt, ist die Situation viel unverstellter und kann deshalb glaube ich viel, es kann deshalb viel“</p> <p>„Deshalb motivieren wir in solchen Fällen immer die Pflege gut zu dokumentieren, vor allen Dingen halt die Eltern-Kind-Interaktion zu dokumentieren ähm in der Krankenbeobachtung und (.) das auch mit dann in der Übergabe weiterzugeben und auch dann mit ins Kinderschutzbund dann hineinzutragen.“</p> <p>„ (...) es ist so, dass die Vorgabe ist, dass drei Disziplinen das Kind 30 Minuten gesehen haben müssen und gewisse Dinge geklärt äh haben müssen, also insbesondere was Anamnese angeht, Sozialanamnese, Familienanamnese usw. und auch Verhalten und Interaktion. Zu diesen drei Disziplinen gehört aber nie die Pflege.“</p>	<p>Z. 219, Z. 223-227</p> <p>Z. 231-235</p> <p>Z. 248-253</p> <p>Z. 271-274</p> <p>Z. 279-280</p>	<p>-Ärzt:innen bekommen oftmals während Visiten falschen Eindruck vermittelt</p> <p>-Pflegerische erleben unverstellte Situation</p> <p>-fachgerechte, gründliche Dokumentation vor allem der Eltern-Kind-Interaktion, Krankenbeobachtung</p> <p>-Weitergabe der Informationen in der Übergabe, Teilnahme und Weitergeben der Informationen in Kinderschutzboard</p> <p>- Pflegerische Maßnahmen im Sinne von Kinderschutz/bei Kindeswohlgefährdungen inklusive Dokumentation werden von den Kassen bei der Abrechnung nicht beachtet/können nicht gesondert abgerechnet werden</p> <p>-Pflegerische müssen an Kinderschutzboards teilnehmen</p>
--	---	---	--

	<p>„Ähm und es ist auch keine Dokumentation durch die Pflege gefordert in der OPs. Die Pflege sollte, die muss am Kinderschutzbund teilnehmen, das ja und das finde ich auch gut.“</p> <p>„Und das nutzen wir auch entsprechend, ähm um die Expertise der Pflege sozusagen mit an Bord zu holen aber sie gilt nicht als Disziplin im Sinne der OPs nä und das finde ich problematisch (...)“</p> <p>„... allein schon als Zeichen, wie wichtig nimmt man die Pflege in dem Kontext ähm und das sehe ich, sehe ich anders und finde (.) das, finde das schwierig. Und genau deshalb versuchen wir das auch ernsthaft in Boards immer abzufragen“</p> <p>„Und deshalb glaube ich, dass die Pflege eine ganz zentrale Rolle hat in der Kinderschutzabklärung.“</p>	<p>Z. 271-273</p> <p>Z. 279-280</p>	<p>-keine Disziplin im Sinne der OPs</p> <p>→ Signal dafür, dass Pflege in dem Sinne nicht als wichtig erachtet wird</p> <p>-Pfleger bringen wichtige Informationen in die Kinderschutzboards</p> <p>-Pflege hat zentrale Rolle in Kinderschutzabklärung</p>
<p>Erfahrungen Pfleger in der KJP mit Kindesmissbrauch</p>	<p>„(...) was denke ich aber klar ist, ist, dass das Thema Misshandlung und Vernachlässigung dort ähm natürlich viel häufiger Thema wird (.) (...), aber gerade hier unsere KJP hat auch wirklich eine enge Kooperation mit den Jugendämtern und macht das finde ich gut (.) ähm sodass ich jetzt davon ausgehe, dass allein schon aufgrund der Häufigkeit des Themas, das in der KJP besser ist, (...)“</p>	<p>Z. 360-371</p>	<p>- Misshandlung + Vernachlässigung in KJP präsenter</p> <p>-enge Kooperation in KJP mit Jugendämtern</p> <p>- Umgang mit Kindesmissbrauch in KJP bedingt durch die Häufigkeit vermutlich besser</p>

<p>Abrechnung Kinderschutzfälle über die Krankenkasse</p>	<p>„Weil, und da kommen wir dann jetzt zum konkreten Fall, (.) es ist ja so, dass ähm wir hier diese Kinderschutzfälle auch abrechnen. Das ist relativ herausfordernd, weil es große Anforderungen gibt von den Krankenkassen, wann kann man das machen, die Diagnostik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung abzurechnen, das ist ein sogenanntes Zusatzentgelt. Das ist bei OPs 1 Bindestrich 945 (...)“</p> <p>„Was ich daran nicht gut finde ist, dass auch dort die Pflege aus meiner Sicht marginalisiert wird, weil (.) es ist so, dass die Vorgabe ist, dass drei Disziplinen das Kind 30 Minuten gesehen haben müssen und gewisse Dinge geklärt äh haben müssen, also insbesondere was Anamnese angeht, Sozialanamnese, Familienanamnese usw. und auch Verhalten und Interaktion.“</p>	<p>Z. 235-241</p> <p>Z. 247-253</p>	<p>-Kinderschutzfälle über Krankenkassen abrechenbar (OPS 1-945)</p> <p>-hohe Anforderungen seitens der Kassen bei Diagnostik</p> <p>-Voraussetzung für Bezahlung: multidisziplinäre Diagnostik + Besprechungen</p> <p>-Drei Fachrichtungen müssen Kind 30 Minuten sehen (Anamnese, Sozialanamnese, Verhalten, Interaktion)</p>
<p>Gesundheitssystem Deutschland: Bildung im Bereich Kinderschutz</p>	<p>„Also ich würde das nicht nur auf die Pflegenden begrenzen, sondern generell auf das Gesundheitssystem in Deutschland, das wir extrem schlecht darauf vorbereitet sind.“</p> <p>Also, ja im Medizinstudium, in den Pflegeberufen weiß ich es nicht genau ähm ich mache eine Fortbildung jedes Jahr einmal bei (.) für Intensiv-Pflegekräfte ähm mache ich Kindesmisshandlung,</p>	<p>Z. 293-295</p> <p>Z. 299-309</p>	<p>- Gesamtes Gesundheitssystem ist schlecht auf Kinderschutz eingestellt</p> <p>- vereinzelte Fortbildungen für Intensivpflegekräfte zum Thema Kindesmisshandlung (1,5 Stunden)</p>

	<p>das ist dann anderthalb Stunden ähm und da ist das Feedback auch, dass die Leute da jetzt bisher nicht so viel zu gelernt haben. Das unterscheidet sich sicherlich auch von Pflegeschule zu Pflegeschule. Ich weiß auch von Kollegen, dass sie andernorts in Pflegeschulen Fortbildungen machen oder an der Ausbildung beteiligt sind. Ähm deshalb kann man es jetzt nicht für alle gleich sagen aber grundsätzlich gibt es in Deutschland, an den Universitäten, im Medizinstudium und ich glaube auch in den Pflegewissenschaften oder in der Pflegeausbildung, in der Hebammenausbildung da ein riesiges Defizit.“</p> <p>„... ein riesiges Defizit, also nicht mal basalste Sachen sind bekannt“</p>	Z. 313	<p>- Defizit in der Schulung von Inhalten zu Kindesmissbrauch im Medizinstudium, Pflegeausbildung, Hebammenausbildung</p> <p>-es werden in Ausbildungen nicht einmal Grundlagen gelehrt</p>
<p>gesellschaftliche Tabuisierung des Themas/rechtlicher Rahmen/ Entwicklung des Kinderschutzes in Gesellschaft</p>	<p>„... und wenn man guckt, was für riesige Abteilungen es in Deutschland gibt, für Onkologie, wo ja 30 40 % ALL sind, wenn man das vergleicht, was da für Gelder reingehen, für Forschung (.) und so weiter und das muss man verstehen von einem Kontext der einer gesellschaftlichen Tabuisierung ähm des Themas. Ja, es war ja bis 2000 durfte man seine Kinder ja sogar schlagen.“</p> <p>„Aber seit 2000 ist es halt verboten. Richtig. Seit 89 gibt es die 1989, die EU äh UN - Kinderrechtskonvention, die dann 2005 dann</p>	<p>Z. 328-333</p> <p>Z. 337-347</p>	<p>-Grund für Unterfinanzierung/Unterdrückung des Kinderschutzes seitens der Politik könnte gesellschaftliche Tabuisierung sein</p> <p>-bis 2000 stand Kindesmissbrauch nicht unter Strafe</p> <p>-seit 2000 verboten</p> <p>-erste Forschungen Kinderschutz ca. 1800</p> <p>-Vorreiter USA: Prof. Kempe</p>

	<p>entsprechend ratifiziert wurde von Deutschland (.) und die ersten Forschungen zu ALL und Leukämie gab es 1800 irgendwas (.) und die ersten Forschungen zu Kindesmisshandlung gab es damals auch schon mal, so einzelne ähm (.) Rechtsmediziner, die haben geschrieben, haben aber richtig anerkannt in den USA ist es ja erst seit den 70er-Jahren, dass es riesige Diskussionen gab. Kempe (.), Professor Kempe war der Vorreiter in den USA (.) Kinderarzt und in Deutschland kam es dann ja noch viel später. Das heißt, wir sind auch am Anfang einer Entwicklung, ähm die wir deshalb jetzt gut weiter mit begleiten und vorantreiben müssen, damit das (.) der Wichtigkeit auch gerecht wird.“</p>		<p>-Deutschland ist am Anfang einer Entwicklung, die vorangehen muss, um Wichtigkeit gerecht zu werden</p>
--	---	--	--

Anhang 3: SOP UKE Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung



2 Verfahren und Leistungen/ 2.03 Behandlungsabläufe/2.03.01 Kinderschutz

Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung

Version	Änderungen gegenüber der letzten Fassung:
02	Neue Anlagen 5-8 (IV-PLP nach Sexualdelikten, Checkliste Kinderschutzfall, Schwangerschaftsabbruch, Stemen-Trenn), Anpassung an neue Vorlagen

1 Ziel und Zweck

Strukturiertes Vorgehen bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

(KWG = körperliche Misshandlung, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung, Münchhausen-by-proxy)

2 Geltungsbereich

Ambulanzen und Stationen

3 Prozessablauf

Siehe Ablaufdiagramm (Anlage 1); Bei bekanntem Verdacht und erneuter Vorstellung des Patienten mit verdächtigen Symptomen ist umgehend die Kinderschutzkoordination unter kinderschutz@uke.de und (9)18511 zu informieren.

4 Prozesssteuerung

4.1 Prozessverantwortliche

Grundsätzlich alle ärztlichen Mitarbeiter der ZNA, der Kindernotaufnahme, Stationen der Kinderklinik, einschließlich der Sektionen Intensiv/ Neonatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verantwortlich für die Planung, Organisation und Überwachung der Einhaltung dieser Leitlinie ist die Kinderschutzgruppe. Die Koordination der Fallbearbeitung liegt in der Verantwortung des Kinderschutzteams unter der Leitung des Kinderschutzoberarztes. Gesamtverantwortlich ist die Ärztliche Leitung der Kinderklinik.

4.2 Prozessbeteiligte und -schnittstellen

Die Aufgaben der Prozessbeteiligten finden sich detailliert im Ablaufdiagramm (Anlage 1).

Prozessbeteiligte	Beschreibung
Ärztliche Mitarbeiter der unter 4.1. angeführten Bereiche	Anamnese, Untersuchung, Dokumentation, Gefährdungseinschätzung, ggf. Notfalldiagnostik/-therapie, Kontaktaufnahme mit Kinderschutzgruppe und ggf. Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendnotdienst, Sozialdienst, Polizei
Mitarbeiter der Pflege auf Station	Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung
Kinderschutzgruppe	Überwachung der Leitlinienimplementierung, Fallbesprechungen, Fortbildung
Kinderschutzteam	Koordination der Fallbearbeitung

Schnittstellen	Beschreibung
KLE, KIM	z. B. Patienten-/Probentransport
Rechtsmedizin	Mitbeurteilung insb. bei Verletzungen
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Mitbeurteilung insb. der Interaktion Eltern/Kind und der psych. Verfassung
Rechtsabteilung/Compliance	Rucksprache vor polizeilichen Anzeigen

4.3 Prozessdokumentation

In der Elektronischen Patientenakte (Soarian) wird der begründete Verdacht auf KWG im Feld "CAVE" dokumentiert, so dass bei weiteren Aufenthalten die Information sofort einzusehen ist.

Dokumentation durch untersuchende Ärzte im „Dokumentationsbogen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ (Anlage 2).

4.4 Prozessrisiken

Es besteht das Risiko, dass Verdachtsmomente übersehen werden. Zudem macht ein Verdachtsfall die rasche, koordinierte Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen erforderlich. Diesen Risiken begegnen wir durch regelmäßige Fortbildung zu dem Thema und das in dieser SOP geregelte strukturierte Vorgehen.

4.5 Prozesskennzahlen

Beschreibung Prozesskennzahlen
Anzahl der Konsile im Monat
Anzahl Kindeswohlgefährdungsmeldungen pro Jahr
Anzahl Röntgen Skelettscreening pro Jahr
Verteilung der Fälle auf die Geschlechter, die verschiedenen Misshandlungsformen und die Altersgruppen

4.6 Prozesskontrollen

Entsprechend der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin; Erste Besprechung (mind. 4 Augen) spätestens am ersten Werktag nach Kenntnis des Verdachts.

Im Verlauf eine Fallkonferenz mit mind. 3 Disziplinen + Pflege.

Überwachung der Abläufe durch die Treffen der Kinderschutzgruppe.

5 Mitgeltende Unterlagen

5.1 Literatur, Rechtsvorschriften und Normen

- Der Kinderschutzleitfaden zum Vorgehen bei Kindesmisshandlung- und Vernachlässigung: Empfehlung für Kinderschutz an Kliniken, Version 01.05.2015 der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KIM).
- § 4 YKG: Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung
- § 27 SGB VIII: Hilfe zur Erziehung

6 Begriffe und Abkürzungen

6.1 Begriffe

Begriff	Erläuterung
Kindeswohlgefährdung	körperliche Misshandlung, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung, Münchhausen-by-proxy

6.2 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
KSG	Kinderschutzgruppe
KWG	Kindeswohlgefährdung
JA	Jugendamt
OA	Oberarzt
IFR	Institut für Rechtsmedizin
ZNA	Zentrale Notaufnahme
PEP	Post-Expositions-Prophylaxe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften

7 Hinweise und Anmerkungen

Interne Fortbildungen für alle beteiligten Berufsgruppen erfolgen regelmäßig durch die Kinderschutzgruppe.

8 Anlagen

Anlage	Titel der Anlage
Anlage 01	Ablaufdiagramm „Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung“
Anlage 02	Dokumentationsbogen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
Anlage 03	Labordiagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung
Anlage 04	Kontaktdaten Jugendämter Hamburg
Anlage 05	HIV-PEP bei Sexualdelikten
Anlage 06	Checkliste Kinderschutzfall
Anlage 07	Schweigepflichtentbindung Kinderschutz
Anlage 08	Sternenkreis

Freigabevermerk: Die eingezogene Version einer SOP wird für 10 Jahre archiviert. Diese SOP wurde mit Einstellung in Kraft gesetzt.

Autorin
Kinderschutzgruppe

Freigebende Person
Prof. A. C. Muntau

Anhang 4: Rechercheprotokoll Literaturrecherche

Datenbank/ Suchmaschine	Suchterm	Treff er ohne Filter	Filter Treffer- anzahl mit Filter	Quellenangabe Treffer	Ein-/Ausschlusskriterien	Treffer zum Einschl us
PubMed I Studien	(Child welfare risk OR child welfare endangerment OR child abuse OR child molestation OR child neglect OR child negligence OR pederasty OR risk to children's well-being OR risk to children's welfare) AND (Interdisciplinary cooperation OR interprofessional cooperation OR inter-professional cooperation OR multiprofessional cooperation OR intraprofessional	28	English/ German 27	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faraone et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. <i>Neurosci Biobehav Rev.</i>, 128, 789-818. Doi doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022. 2. Monagle et al. (2012). Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th end: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. <i>Chest</i>, 141, 737-801. Doi 10.1378/chest.11-2308. 3. Tume et al. (2017). Mechanical Ventilation, Weaning Practices, and Decision Making in European PICUs. <i>Pediatr Crit Care Med</i>, 18 (4), 182- 	<p>1.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>2.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>3.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	1

	<p>cooperation OR intra-professional cooperation OR Interdisciplinary collaboration OR interprofessional collaboration OR inter-professional collaboration OR multiprofessional collaboration OR intraprofessional collaboration) AND (Paediatric wards OR pediatric wards OR paediatric hospital wards OR pediatric hospital wards OR paediatric hospital units OR pediatric hospital units OR paediatric hospital departments OR pediatric hospital departments OR children's wards</p>			<p>188. Doi 10.1097/ PCC. 00000000000011000.</p> <p>4. Kocarnik et al. (2021). Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups from 2010 to 2019: A Systemic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. <i>JAMA Oncol.</i>, 30, 216987. Doi 10.1001/jamaoncol.2021.687.</p> <p>5. Barker et al. (2021). Pharmacogenomic testing in paediatrics: Clinical implementation strategies. <i>British Journal of Clinical Pharmacology</i>, 15, o.S. doi 10.1111/bcp.15181</p> <p>6. Stough et al. (2017). Adressing the Needs of Children With Disabilities Experiencing Disaster of Terrosism. <i>Curr Psychiatry Rep</i>, 19 (4), 24. Doi 10.1007/s11920-017-0776-8.</p> <p>7. Tong et al. (2016). Standardised Outcomes in Nephrology-children and Adolescents (SONG-Kids): a protocol fpr establishing a core outcome set for</p>	<p>4.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>5.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>6.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>7.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	---	--	--	--	---	--

	OR children's stations)			<p>children with chronic kidney disease. <i>Trials</i>, 17, 401. Doi 10.1186/s13063-016-1528-5.</p> <p>8. Staveski et al. (2021). Prevalence of ICU Delirium in Postoperative Pediatric Cardiac Surgery Patients. <i>Pediatr Critic Care Med.</i>, 22(1), 68-78. doi: 10.1097/PCC.0000000000002591.</p> <p>9. Smith et al. (2022). 2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration on the ICU Environment and Early Mobility. <i>Pediatr Crit Care</i>; ed., 23 (2), 74-110. Doi 10.1097/PCC.0000000000002873.</p> <p>10. Evans et al. (2021). Implementing a Watcher Program to Improve Timeliness of Recognition of Deterioration in Hospitalized Children. <i>J Pediatr Nurs.</i>, 61, 151-156. Doi 10.1016/j.pedn.2021.05.011</p>	<p>8.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>9.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>10.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>11.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	-------------------------	--	--	---	---	--

				<p>11. Liu et al. (2021). Treatment barriers and clinical outcome of children with medulloblastoma in China: a report from the Chinese Children's Cancer Group (CCCG). <i>Neurooncol Adv.</i>, 3 (1), 134. Doi 10.1093/noajnl/vdab134.</p> <p>12. Gallagher et al. (2010). Identifying interdisciplinary research priorities to prevent and treat pediatric obesity in New York City, <i>Clin Trans Sci.</i>, 3(4), 172-7. doi: 10.1111/j.1752-8062.2010.00210.x.</p> <p>13. Bundy et al. (2014). Preventing CLABSIs among pediatric hematology/oncology inpatients: national collaborative results. <i>Pediatrics</i>, 134(6), 1678-1685. Doi 10.1542/peds.2014-0582.</p> <p>14. Meyer et al. (2019). Cohorting Trauma Patients in a Medical/ Surgical Unit at a Level I Pediatric Trauma Center to Enhance Interdisciplinary Collaboration and Documentation. <i>J Trauma Nurs.</i>, 26 (1), 17-25. doi: 10.1097/JTN.0000000000000418</p>	<p>12. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>13. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>14. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>15. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>15. Virtanen et al. (2009). Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients. <i>Med Care</i>, 47(3), 310-8. doi10.1097/MLR.0b013e3181893c64.</p> <p>16. Sonderby et al. (2021). 1q21.1 distal copy number variants are associated with cerebral and cognitive alterations in humans. <i>Trans Psychiatry</i>, 11(1), 182. Doi 10.1038/s41398-021-01213-0.</p> <p>17. Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) Berlin (2016). Grundvoraussetzungen herzchirurgischer Einheiten zur Behandlung von Patienten mit angeborenen Herzfehlern. <i>Thorac Cardiovasc Surg.</i>, 64(1), 19-24. Doi 10.1055/s-0035-1570099.</p> <p>18. Worst et al. (2016). Next-generation personalized medicine for high-risk pediatric cancer patients – The INFORM pilot study. <i>Eur J Cancer</i>, 65, 91-101. Doi 10.1016/j.ejca.2016.06.009</p>	<p>16. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>17. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>18. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>19. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>19. Toye et al. (2019). Bed Moves, Ward environment, Staff Perspectives and Falls for Older People with High Falls Risk in an Acute Hospital: A Mixed Methods Study. <i>Clin Interv Aging</i>, 14, 2223-2237. Doi 10.2147/CIA.S211424.</p> <p>20. Figueroa et al. (2013). Imprving teamwork, confidence, and collaboration among members of a pediatric cardiovascular intensive care unit multidisciplinary team using simulation-based team training. <i>Pediatr Cardiol</i>, 34(3), 612-619. Doi 10.1007/s00246-012-0506-2.</p> <p>21. Dobrasz et al. (2013). Nurse-driven protocols for febrile pediatric oncology patients. <i>J Emerg Nurs.</i>, 39(3), 289-295. doi 10.1016/j.jen.2013.01.014.</p> <p>22. Pabis et al. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. <i>J Adv Nurs.</i>, 67(2), 384-393. Doi 10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x.</p> <p>23. Hatherill et al. (2010). Delirium among children and adolescents in an urban</p>	<p>20.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>21.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>22.Einschluss Volltext: passender Themenfokus</p> <p>23.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>24.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>sub-Saharan African setting. <i>J Psychosom Res.</i>, 69(2), 187-192. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.011.</p> <p>24. Hornstein et al. (2010). Reintal prevention network for mentally burdened and adolescent mothers. <i>Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.</i>, 59(9), 704-715. doi: 10.13109/prkk.2010.59.9.704.</p> <p>25. Janhunen et al. (2017). Nursing Staff's Perceptions of Quality of Care for children in Emergency Departments- High Respect, Low Resources. <i>J Pediatr Nurs</i>, 27, 10-15. doi: 10.1016/j.pedn.2017.08.029.</p> <p>26. Kuppala et al. (2012). Current state of high-risk infant follow-up care in the United States: results of a national survey of academic follow-up programs. <i>J Perinatol.</i>, 32(4), 293-298. doi: 10.1038/jp.2011.97.</p> <p>27. Chou et al. (2014). Methadone safety: a clinical practice guideline from the American Pain Society and Collgee on Problems of Drug Dependence, in</p>	<p>25. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>26. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>27. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				collaboration with the Heart Rhythm Society. <i>J Pain</i> , 15(4), 321-337.		
PubMed II Studien	(Child welfare risk OR child abuse OR child neglect OR child negligence) AND (Nursing staff OR nurses OR nurse practitioner OR pediatric nurse OR pediatric nurse practitioner) AND (Paediatric wards OR pediatric wards OR paediatric hospital wards OR pediatric hospital wards OR paediatric hospital units OR pediatric hospital units)	29	english/ german 29	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karakachian A, Colbert A, Hupp D, Berger R. Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout. <i>Nurs Ethics</i>. 2021Aug;28(5):687-703. doi: 10.1177/0969733020981760. Epub 2021 Jan 29. PMID:33509022. 2. Bahrami N, Tork-Torabi M, Sotoudeh R, Namnabati M. Perceived Child Abuse and Neglect in Hospitalized Children with Special Health Care Needs in Iran. <i>Iran J Nurs Midwifery Res</i>. 2021 Oct 22;26(6):526-530. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_296_19. PMID: 34900652; PMCID: PMC8607892. 3. Chong CY, Catahan MA, Lim SH, Jais T, Kaur G, Yin S, de Korne D, Thoon KC, Ng KC. Patient, staff empowerment and hand hygiene bundle improved and sustained hand hygiene in hospital wards. <i>J Paediatr Child Health</i>. 2021 Sep;57(9):1460-1466. doi: 	<p>1.Einschluss Volltext: passender Themenfokus</p> <p>2.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>3.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	4

				<p>10.1111/jpc.15526. Epub 2021 Apr 28. PMID: 33908109.</p> <p>4. Lewis IC. Humanizing paediatric care. Child Abuse Negl. 1983;7(4):413-9. doi:10.1016/0145-2134(83)90048-0. PMID: 6686793.</p> <p>5. Colwell BRL, Olufs E, Zuckerman K, Kelly SP, Ibsen LM, Williams CN. PICU Early Mobilization and Impact on Parent Stress. Hosp Pediatr. 2019 Apr;9(4):265-272. doi: 10.1542/hpeds.2018-0155. PMID: 30914449.</p> <p>6. Moyer DL, Carpenter JM, Landon MA, Mack DT, Kenyon JL, Champion SA. Nonaccidental trauma: guidance for nurses in the pediatric intensive care unit. Crit Care Nurs Clin North Am. 2015 Jun;27(2):167-81. doi:10.1016/j.cnc.2015.02.010. Epub 2015 Mar 23. PMID: 25981721.</p> <p>7. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in</p>	<p>4.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>5.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>6.Einschluss Volltext: passender Themenfokus</p> <p>7.Einschluss Volltext: passender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. 2007 Mar;23(3):128-37.doi: 10.1016/S1607-551X(09)70387-0. PMID: 17389177.</p> <p>8. Park IT, Oh WO, Jang GC, Han J. Effectiveness of mHealth-Safe Kids Hospital for the prevention of hospitalized children safety incidents: A randomized controlled trial. J Nurs Scholarsh. 2021 Sep;53(5):623-633. doi:10.1111/jnu.12693. Epub 2021 Aug 15. PMID: 34396685.</p> <p>9. Nomoto Y, Kodama T. Characteristics of Home-Visit Nursing Stations that Accept Children Requiring Long-Term Medical Care after Discharge from Neonatal Intensive Care Unit. Tohoku J Exp Med. 2021 May;254(1):25-31. doi: 10.1620/tjem.254.25. PMID: 34011785.</p> <p>10. Cruz M, Cruz PB, Weirich C, McGorty R, McColgan MD. Referral patterns and service utilization in a pediatric hospital-wide intimate partner violence program. Child Abuse Negl. 2013 Aug;37(8):511-9. doi:</p>	<p>8.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>9.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>10.Ausschluss Abstract: unpassende Population</p> <p>11.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>10.1016/j.chiabu.2013.03.007. Epub 2013 Apr 25. PMID: 23623444.</p> <p>11. Whyte M. Computerised versus handwritten records. Paediatr Nurs. 2005 Sep;17(7):15-8. doi: 10.7748/paed2005.09.17.7.15.c997. PMID: 16178164.</p> <p>12. Rachamim E, Hodes D, Gilbert R, Jenkins S. Pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment. Emerg Med J. 2011 Nov;28(11):952-4. doi:10.1136/emj.2009.080176. Epub 2010 Oct 23. PMID: 20972229.</p> <p>13. Rosado N, Charleston E, Gregg M, Lorenz D. Characteristics of accidental versus abusive pediatric burn injuries in an urban burn center over a 14-year period. J Burn Care Res. 2019 Jun 21;40(4):437-443. doi: 10.1093/jbcr/irz032. PMID: 30869138.</p> <p>14. Powers KS, Goldstein B, Merriam C, Chiafery M, Tornabene L, Paprocki S. A multi-disciplinary approach to families of brain dead children. Clin</p>	<p>12.Einchluss Volltext: passender Themenfokus</p> <p>13.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>14.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>15.Ausschluss Volltext: Inhalte doppeln sich mit 7.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>Intensive Care. 1994;5(4):191-6. PMID: 10150546.</p> <p>15. Feng JY, Levine M. Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of Taiwanese nurses. Child Abuse Negl. 2005 Jul;29(7):783-95. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.006. PMID: 16051352.</p> <p>16. Pabiś M, Wrońska I, Slusarska B, Cuber T. Paediatric nurses' identification of violence against children. J Adv Nurs. 2011 Feb;67(2):384-93. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x. Epub 2010 Oct 15. PMID: 20946570.</p> <p>17. Feng JY, Wu YW. Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: a test of the theory of planned behavior. Res Nurs Health. 2005 Aug;28(4):337-47. doi:10.1002/nur.20087. PMID: 16028263.</p> <p>18. Schondelmeyer AC, Bettencourt AP, Xiao R, Beidas RS, Wolk CB, Landrigan CP, Brady PW, Brent CR, Parthasarathy P, Kern-Goldberger AS,</p>	<p>16.Ausschluss Abstract: bereits eingeschlossen</p> <p>17.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>18.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>Sergay N, Lee V, Russell CJ, Prasto J, Zaman S, McQuiston K, Lucey K, Solomon C, Garcia M, Bonafide CP; Pediatric Research in Inpatient Settings (PRIS) Network. Evaluation of an Educational Outreach and Audit and Feedback Program to Reduce Continuous Pulse Oximetry Use in Hospitalized Infants With Stable Bronchiolitis: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2021 Sep 1;4(9):e2122826. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.22826. PMID: 34473258; PMCID: PMC8414187.</p> <p>19. Vanore ML. Care of the pediatric patient with brain injury in an adult intensive care unit. Crit Care Nurs Q. 2000 Nov;23(3):38-48. doi:10.1097/00002727-200011000-00005. PMID: 11852937.</p> <p>20. Adams LV, Olotu R, Talbot EA, Cronin BJ, Christopher R, Mkomwa Z. Ending neglect: providing effective childhood tuberculosis training for health care</p>	<p>19.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>20.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>21.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>workers in Tanzania. Public Health Action. 2014 Dec 21;4(4):233-7. doi: 10.5588/pha.14.0076. PMID: 26400701; PMCID: PMC4533512.</p> <p>21. Meyer LK, Nanassy AD, Lavella H, Arthur LG, Grewal H. Cohorting Trauma Patients in a Medical/Surgical Unit at a Level I Pediatric Trauma Center to Enhance Interdisciplinary Collaboration and Documentation. J Trauma Nurs. 2019 Jan/Feb;26(1):17-25. doi: 10.1097/JTN.0000000000000418. PMID:30624378.</p> <p>22. Sawyer AC, Lynch J, Bowering K, Jeffs D, Clark J, Mpundu-Kaambwa C, Sawyer MG. An equivalence evaluation of a nurse-moderated group-based internet support program for new mothers versus standard care: a pragmatic preference randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2014 May 6;14:119. doi: 10.1186/1471-2431-14-119. PMID: 24886238; PMCID: PMC4108010.</p>	<p>22.Ausschluss Abstract: unpassende Population</p> <p>23.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>23. Calkavur S, Olukman O, Ozturk AT, Kilic FK, Gulfidan G, Devrim I, Malatyali R, Oruc Y, Atlihan F. Epidemic adenoviral keratoconjunctivitis possibly related to ophthalmological procedures in a neonatal intensive care unit: lessons from an outbreak. <i>Ophthalmic Epidemiol.</i> 2012 Dec;19(6):371-9. doi: 10.3109/09286586.2012.718402. PMID: 23171206.</p> <p>24. Fowler L, Gottschlich MM, Kagan RJ. Burn center journal club promotes clinical research, continuing education, and evidence-based practice. <i>J Burn Care Res.</i> 2013 Mar-Apr;34(2):e92-8. doi: 10.1097/BCR.0b013e3182839b03. PMID: 23519068.</p> <p>25. Hansen M, Young DA, Carden FE. Psychological evaluation and support in the pediatric intensive care unit. <i>Pediatr Ann.</i> 1986 Jan;15(1):60-9. doi: 10.3928/0090-4481-19860101-09. PMID:3951887.</p>	<p>24.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>25.Ausschluss Abstract: unpassende Population</p> <p>26.Ausschluss Abstract: unpassende Population</p> <p>27.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>26. Dias MS, Rottmund CM, Cappos KM, Reed ME, Wang M, Stetter C, Shaffer ML, Hollenbeak CS, Paul IM, Christian CW, Berger RP, Klevens J. Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates. <i>JAMA Pediatr.</i> 2017 Mar 1;171(3):223-229. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4218. PMID:28135348; PMCID:PMC5863059.</p> <p>27. Gervasini AA. Care of the critically injured child: nonaccidental injuries. <i>Crit Care Nurs Q.</i> 1997 Aug;20(2):72-9. PMID: 9313429.</p> <p>28. Waller DA, Todres ID, Cassem NH, Anderten A. Coping with poor prognosis in the pediatric intensive care unit. The Cassandra prophecy. <i>Am J Dis Child.</i> 1979 Nov;133(11):1121-5. doi: 10.1001/archpedi.1979.02130110029002. PMID: 507004.</p> <p>29. Rushton CH. Ethical decision-making in critical care. Part 2: Strategies for nurse</p>	<p>28. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>29. Ausschluss Abstract: kein Abstract vorhanden</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				preparation. <i>Pediatr Nurs.</i> 1988 Nov-Dec;14(6):497-9, 502. PMID: 3211607.		
CINAHL Studien	(Child welfare risk OR child welfare endangerment OR child abuse OR child molestation OR child neglect OR child negligence OR pederasty OR risk to children's well-being OR risk to children's welfare) AND (Nursing staff OR caregivers OR nursing OR nurses OR hospital nurse OR nurse practitioner OR pediatric nurse OR pediatric nurse practitioner OR pediatric nursing OR child nurse OR pediatric nurse OR	10	english/ german 10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eismann et al. (2021). Identifying Predictors of Physical Abuse Evaluation of Injured Infants: Opportunities to Improve Recognition. <i>Pediatric Emergency Care</i>, 37(12), 1503-1509. doi: 10.1097/PEC.0000000000002100 2. Skarsaune, K., Bondas, T. (2021). Nursing Management in case of suspicion of child abuse – facilitation and care for the best interests of the child. <i>Nordic Nursing Research</i>, 11(3), 1-3. 3. Bailhache et al. (2020). Perception of Physical Child Abuse Among Parents and Professionals in an French Emergency Department. <i>Journal of Interpersonal Violence</i>, 35(15/16), 2825-2845. doi 10.1177/0886260517705663. 4. Pabis et al. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 	<p>1.Ausschluss Volltext: kein Volltextzugriff trotz Anschreiben des Autors</p> <p>2.Ausschluss Volltext: kein Volltextzugriff trotz Anschreiben des Autors</p> <p>3.Ausschluss Volltext: unpassendes Setting</p> <p>4.Ausschluss Volltext: bereits eingeschlossen</p>	0

	<p>children's nurse) AND (Paediatric wards OR pediatric wards OR paediatric hospital wards OR pediatric hospital wards OR paediatric hospital units OR pediatric hospital units OR paediatric hospital departments OR pediatric hospital departments OR children's wards OR children's stations)</p>			<p>67(2), 384-393. Doi 10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x.</p> <p>5. Almoarqueng et al. (1999). Working for childhood reconstruction: the role of pediatric nurses in the child protection program at the "Hospital de clinicas de Porto Alegre". <i>Texto & Contexto Enfermagem</i>, 8(2), 506-509.</p> <p>6. Bulli, G., Ciofi, D. (2015/2016). La Sindrome di Munchhausen per Provura: un'indagine trag li infermieri di area pediatrica. <i>Childrens Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing Science</i>, 7(4), 117-119.</p> <p>7. Cocco et al. (2010). Violence against children and adolescents: care strategies adopted by health professionals. <i>Ciencia cuidado saude</i>, 9(2), 292-300.</p> <p>8. Rachamim et al. (2011). Pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment. <i>Emergency Medicine Journal</i>, 28(11), 952-954). Doi 10.1136/emj.2009.080176.</p> <p>9. Trokel et al. (2004). Blunt abdominal injury in the young pediatric patient:</p>	<p>5.Ausschluss Abstract: Publikation vor 2000</p> <p>6.Ausschluss Abstract: italienisch</p> <p>7.Ausschluss Abstract: portugiesisch</p> <p>8.Ausschluss Volltext: bereits eingeschlossen</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>child abuse and patient outcomes. <i>Child Maltreatment</i>, 9(1), 111-117.</p> <p>10. Motta, M., Souto, M. (1999). Discovering the reality of neglected and abused children in academic nursing course: a report of experience. <i>Texto & Contexto Enfermagem</i>, 8(2), 322-325.</p>	<p>9. Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>10. Ausschluss Abstract: Publikation vor 2000</p>	
„Schneeballsystem“		1		<p>1. Lines et al. (2018). How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review, Journal of Pediatric Nursing (2018), o.S. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010</p>	<p>1. Einschluss Volltext: passender Themenfokus</p>	1
<p>Google Scholar</p> <p>Disser-tationen etc.</p>	<p>Verdacht Kindesmisshandlung pädiatrische Stationen Rolle Pflegende</p>	16	Keine Filter	<p>1. Hurton, S. (2016). Gefährdet oder nicht? <i>JuKiP</i>, 5(6), 268-272. Doi: 10.1055/s-0042-113688.</p> <p>2. Mengel, R. (2020). <i>Das Modell des partizipativen Krankenhauses – Systematische Analyse der Methoden der Partizipation in der stationären Versorgung von Kindern und</i></p>	<p>1. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>2. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p>	0

				<p><i>Jugendlichen</i> (Inaugural-Dissertation), Georg-August-Universität, Göttingen.</p> <p>3. Cordes et al. (2021). <i>Pflege Kolleg 9. Notfälle bei Kindern</i>. Heidelberg: Springer.</p> <p>4. Lucas et al. (2021). <i>Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie</i>, <i>Monatsschrift Kinderheilkunde</i>, 169(1), 6-17.</p> <p>5. Schubert et al. (2019). <i>Taschenbuch Notaufnahme</i> (3.Auflage). München: Elsevier.</p> <p>6. Maier, A. (2020). <i>Kinderschutz in der Medizin- Bedarf, Chancen und Herausforderungen der Wissensdissemination und des Kompetenzaufbaus</i> (Dissertation), Medizinische Fakultät der Universität, Ulm.</p> <p>7. Gaertner, T., Knoblich, S. (2020). <i>Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung,</i></p>	<p>3.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>4.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>5.Ausschluss Abstract: kein Volltextzugriff</p> <p>6.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>7.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>8.Ausschluss Abstract: kein Volltextzugriff</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p><i>Beratung und Fortbildung</i>. Berlin: de Gruyter.</p> <p>8. Link nicht mehr vorhanden</p> <p>9. Maier, A. (2020). <i>Kinderschutz in der Medizin- Bedarf, Chancen und Herausforderungen der Wissensdissemination und des Kompetenzaufbaus</i> (Dissertation), Medizinische Fakultät der Universität, Ulm.</p> <p>10. Bayer, S., Kornberger-Mechler, C. (2021). <i>Taschenwissen Kinderkrankenpflege</i> (1.Auflage). München: Elsevier.</p> <p>11. Ärztekammer Hamburg und Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2013). <i>Ärzteblatt</i>, 04, 3-36.</p> <p>12. Gesenhues, S., Gesenhues, A. (2020). <i>Praxisleitfaden Allgemeinmedizin</i> (9.Auflage). München: Elsevier.</p> <p>13. Stockinger, S. (2021). <i>Kinderschutz an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Der Beitrag der Klinischen Sozialen Arbeit</i></p>	<p>9. Ausschluss Volltext: bereits eingeschlossen</p> <p>10. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>11. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>12. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>13. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>14. Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	---	---	--

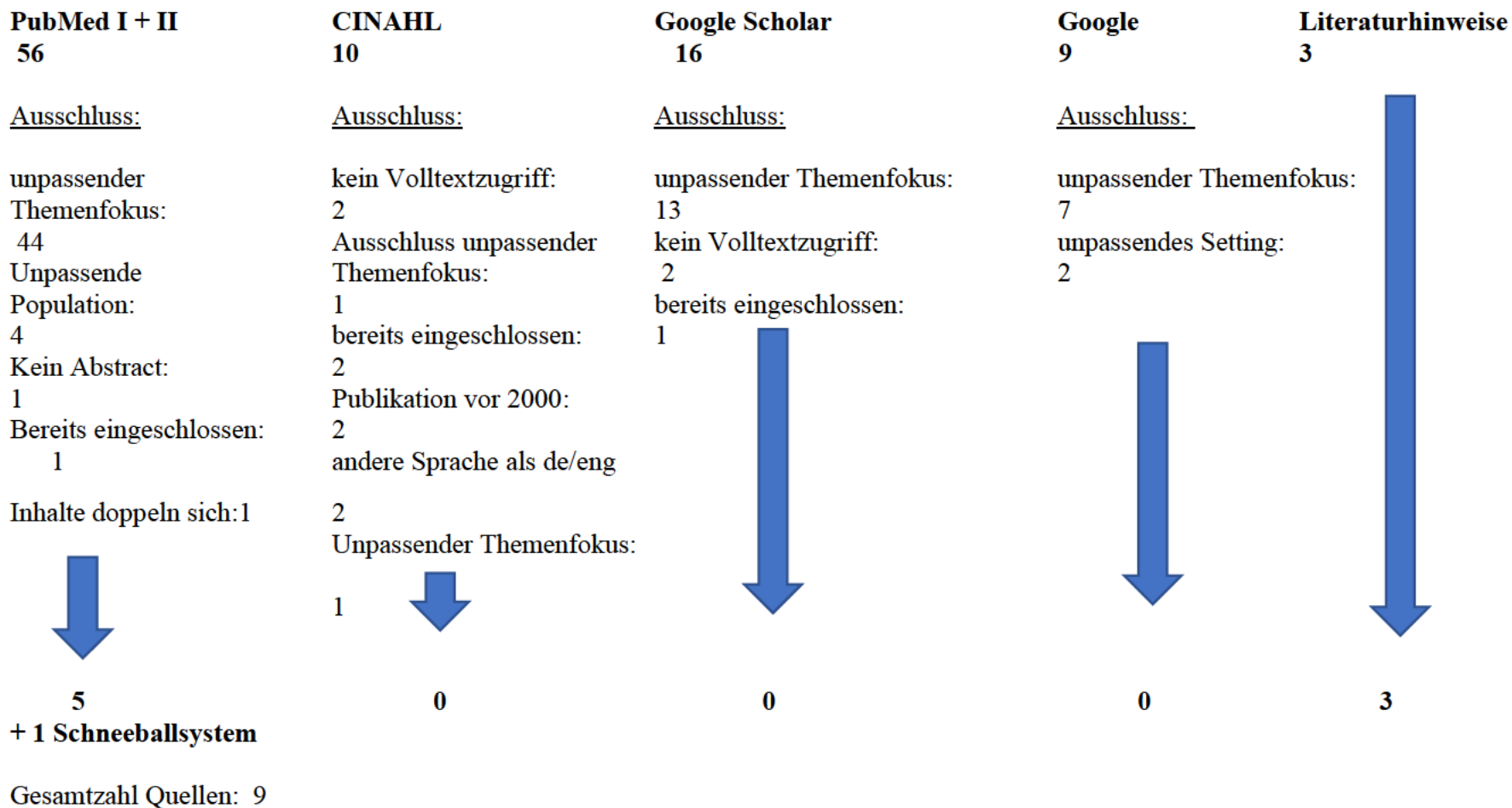
				<p>(Masterarbeit). Fachhochschule FH, Wien.</p> <p>14. Jorch, G. (2013). <i>Fetoneonatale Neurologie: Erkrankungen des Nervensystems von der 20.SSW bis zum 20. Lebensmonat</i>. Stuttgart: Georg Thieme.</p> <p>15. Bundeskanzleramt (2008). <i>10 Jahre österreichische Gewaltschutzgesetze</i>. Wien: Bundeskanzleramt.</p> <p>16. Blandow, J. (2008). <i>Evaluation der sonderpädagogischen Vollzeitpflege sowie der gleichgestellten Pflegeverhältnisse bei der PiB-Pflegekinder in Bremen gGmbH</i>.</p>	<p>15.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>16.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
<p>Google</p> <p>Leitfäden</p>	<p>filetype pdf: Rolle der Pflegenden Kindeswohlgefährdung</p>	9	Keine Filter	<p>1. Kliem et al. (o.J.). <i>Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Pflegeverantwortung bei jungen Menschen erkennen</i>. Berlin: Diakonie.</p> <p>2. Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009). <i>Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen</i> (11. Auflage). Berlin: Kinderschutz-Zentrum Berlin.</p> <p>3. Refle, M, Voigtländer, C. (o.J.). <i>Aufgaben und Rollen klären</i>.</p>	<p>1.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>2.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p>	0

				<p>Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. o.O: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).</p> <p>4. Salzmann et al. (2019). <i>Wenn Jugendliche sich um kranke Angehörige kümmern. Handbuch für Fachkräfte</i>. Berlin: diakonisches Werk.</p> <p>5. Beierling, A., Kiewitt, A. (2008). <i>Handlungskompetenz bei Kindeswohlgefährdung im Kontext der Kindertagespflege. Fortbildungsmodul für Tagespflegepersonen</i>. Münster: Institut für soziale Arbeit.</p> <p>6. Kindler et al. (2006). <i>Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)</i>. München: Deutsches Jugendinstitut.</p> <p>7. Bensel et al. (2012). <i>Eischätzskala Kindeswohlgefährdung in Kindertageseinrichtungen</i>. Baden-</p>	<p>3.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>4.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p> <p>5.Ausschluss Abstract: unpassendes Setting</p> <p>6.Ausschluss Abstract: unpassender Themenfokus</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>Württemberg: Kommunalverband für Jugend und Soziales.</p> <p>8. Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. (2012). <i>Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln</i> (6.Auflage). Münster: Institut für soziale Arbeit.</p> <p>9. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) (2020): <i>Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Brandenburger Leitfaden</i> (7. Auflage). Brandenburg: BVKJ.</p>	<p>7.Ausschluss Abstract: unpassendes Setting</p> <p>8.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p> <p>9.Ausschluss Volltext: unpassender Themenfokus</p>	
<p>Literatur-hinweise Dr. J. Ewert</p>		3		<p>1. Kinderschutzleitlinienbüro (2019). <i>AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie).</i></p> <p>2. Herrmann et al. (2016). Dokumentationsschema bei V. a. nichtakzidentelles Trauma. Abgerufen von https://www.dgkim.de/leitlinien/leitfaden (12.03.2022)</p>	<p>1.– 3. Einschluss Volltexte: passender Themenfokus</p>	3

				<p>3. Herrmann et al. (2016). <i>Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken</i> (Version 1.6). Abgerufen von https://www.dgkim.de/dateien/empfehlungen-kinderschutz-an-kliniken-2016.pdf (12.03.2022)</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Anhang 5: Flowchart gesamte Literaturrecherche differenziert nach einzelnen Datenbanken/ Suchmaschinen



Anhang 6: Interviewleitfaden

Begrüßung/ Einstieg

Nach Erlaubnis für Aufnahme fragen

Thema der BA:

Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus – Der spezifische Beitrag professionell Pflegender (im multiprofessionellen Team)

Fragestellung der BA:

„Was ist der spezifische Beitrag von professionell Pflegenden im multiprofessionellen Team bei einem Fall von Kindeswohlgefährdung auf pädiatrischen Stationen im Krankenhaus?“.

Allgemeine Fragen zur Person

Was genau ist deine Tätigkeit im Hinblick auf Kinderschutz?

Welche Aufgaben hast du?

Wie bist du dazu gekommen?

Wie lange machst du es schon?

Allgemeine Fragen zum Kinderschutz am UKE

Wie funktioniert Kinderschutz hier am UKE?

Wer ist alles beteiligt?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie funktionieren Kinderschutzboards? Wer ist alles dabei? Wann finden sie statt?

Welche Berufsgruppe nimmt welche Rolle ein?

Gibt es Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit? Wenn ja, welche?

(Wie löst ihr die Probleme im Team?)

Rolle der Pflegenden

Wie schätzt du die Bedeutung der Pflege bei v. a. Kindeswohlgefährdung auf Station ein?

Was gehört zu den Aufgaben der Pflegenden in so einem Fall?

Sind Pflegende deiner Meinung nach gut genug im Umgang mit Kindeswohlgefährdung geschult? Was könnte man optimieren?

Hast du den Eindruck, dass Pflegende auf somatischen Stationen wissen, wie sie mit einem Verdachtsfall umgehen? Gibt es Unterschiede zu Pflegenden auf psychiatrischen Stationen?

Offene Forschungsbedarfe

Wo siehst du im Hinblick auf Kindeswohlgefährdung Forschungsbedarf?

Speziell in der Pflege?

Anhang 7: Entwicklung Fragestellungen AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019: 350)

Lisa Kurylowicz¹, Malou Blesken², Juergen Freilberg¹, Maren Kraft¹, Frauke Schwier^{1,2} and Ingo Franke²

¹ Child Protection Guidelines, University Children's Hospital, Bonn
² Department of Paediatric Surgery, University Children's Hospital, Dresden

Background

Many providers, outside of traditional health care professionals, such as doctors, nurses and midwives, play a significant role in promoting and providing services to ensure the health and wellbeing of individuals and the community. A network of communication, collaboration and cooperation between these service providers is required to achieve healthcare goals for the population. The inclusion of these non-healthcare/medical actors in the development of clinical practices can not only enhance the understanding of the topic but potentially provide insight into important areas to cover in clinical practice guidelines, including child protection. The wellbeing and safety of children is paramount; to support and facilitate the protection of children certain providers, such as social services, need to be engaged to find alternative care arrangements. Currently there is no national evidence based clinical practice guideline (German AWMF S3) for child protection. Furthermore other current international child protection guidelines have not used case-based, practice-related approach to the guideline development.



Figure 1. National partners from different service providers are involved in the child protection circle, which centres around the health, wellbeing and needs of the child or adolescent.

Representatives from all different professional societies, organisations and government including engineering medicine and healthcare, youth and social services, education and other partners from the child protection circle were involved in the guideline development.

Aim

- To develop PICOs & determine the relevant topics in the clinical practice guideline using a case based, practice orientated approach, involving professionals from healthcare/medical, education and social services
- To compose an overarching child centred, practice relevant, clinical practice guideline. The guideline covers 5 forms of child maltreatment and focuses on child maltreatment prevention, detection, diagnosis and protection measures. Cooperation between healthcare, education and social service professionals is an important consideration in the guideline

Method

- Survey developed by guideline office in conjunction with the steering committee
- The survey was conducted to gain a representative overview of child protection cases and the uncertainties in dealing with child protection cases in every day professional life in Germany
 - Collaboration and communication between these different professional agencies was of particular focus
 - 55 questions relevant to each case covering
 - personal demographic information - profession, years of experience etc.
 - information about the child, parents & siblings
 - detailed description of the case
 - further actions or interventions
 - ranking of relevance & importance of the case in the development of the clinical practice guidelines
 - personal reflection - gaps in knowledge
- Participants: Members of the 80 professional societies and organisations involved in the development of the guideline
- Analysis: Descriptive analysis of data

Results

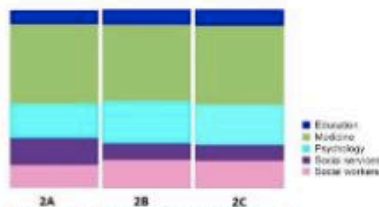


Figure 2. The distribution of the 36 professional societies and organizations (n = 36) involved in guideline development (B) the survey participants (n = 258) and (C) cases reported (n = 476) in the survey according to the different service provider groups.

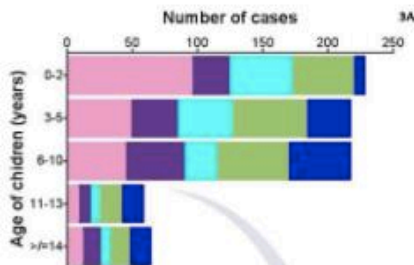


Figure 3A. Shows the distribution of the cases (n = 476) reported in the online survey according to the age of the children and form of maltreatment.



Figure 3B. Shows some of the different combinations maltreatment reported in the survey according to emotional maltreatment for children aged between 6 and 10 years of age. 18 of the 43 cases are represented.

Take home message

- Reported cases from a variety of traditional and non-traditional healthcare providers can provide an overall insight into a healthcare problem and serve as a basis for a practice relevant and related guideline
- To maximise the outcomes and relevance, this approach requires cooperation from representatives from all service providers throughout the entire guideline development process

Cases → PICOs → Recommendations

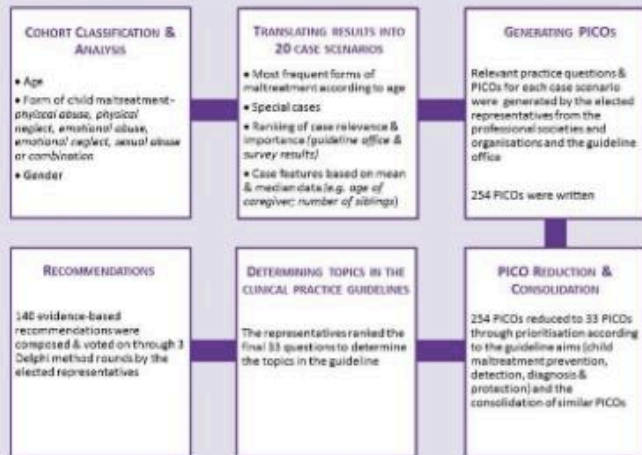


Figure 4. The process used to convert the results of the online survey, where 476 real cases were reported, into case scenarios that served as the basis for

Anhang 8: Pflegerische Dokumentationsbögen nach Herrmann et al.

Pflegerische Dokumentation 1	Name bzw. Patienten-Aufkleber: _____ Geb. _____ Station _____
-------------------------------------	--

Basisdokumentation

Wichtig

- Trägt das Kind* noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff? Ja Nein
- Wenn ja, diese in separatem Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel –zerstört DNA!)
 erfolgt nicht erfolgt
- Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt** waschen (Alle Spuren gesichert?)

Genauere Dokumentation in separatem Ordner:
(Bitte ankreuzen, darüber hinaus sind die Bögen „Besucherverzeichnis“ oder „Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen“ zu benutzen)

- **Pflegezustand** guter Pflegezustand mäßiger Pflegezustand
 schmutzige Kleidung dreckige Fingernägel ungepflegter Windelbereich
 Sonstiges _____
- **Vorhandene, evtl. bislang unentdeckte Hämatome?** (Ort, Größe, Lokalisation, Formung)
 Wenn ja, auf Extrablatt beschreiben/zeichnen Nein
- Abklären, wer Kind besuchen darf und ob und mit wem Kind die Station verlassen darf
 Besucherlaubnis: _____
 „Ausgangserlaubnis“: _____
- **Wer kam wann, für wie lange zu Besuch?** auf Besucherverzeichnis dokumentiert
- Wie war der **Umgang zwischen Besucher und Kind?** ggf. separater Bogen

- Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?
_____ ggf. auf separatem Bogen
- **Verhalten des Kindes** gegenüber Pflegepersonal? (ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)

- Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten? _____

- Wie formuliert das Kind diverse **Tätigkeiten und Begriffe** (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien) _____

Jeweils auf Extrabögen dokumentieren:

- Wie beschreibt Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
- Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
- Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das Schlafen gehen?
- Wie schläft das Kind? (Weint, schläft unruhig)
- Geniert sich das Kind? (Altersentsprechend?)
- Nicht altersentsprechend wirkendes sexualisiertes Verhalten ? (Aufreizend? Kokett?)
- Sind alle erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?

Absprachen mit der Kinderschutzgruppe und dem Jugendamt beachten!

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

Besucherverzeichnis

Datum/ Uhrzeit	von bis	Besucher	Aufenthaltort (Station, Gelände) Besondere Vorkommnisse

Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

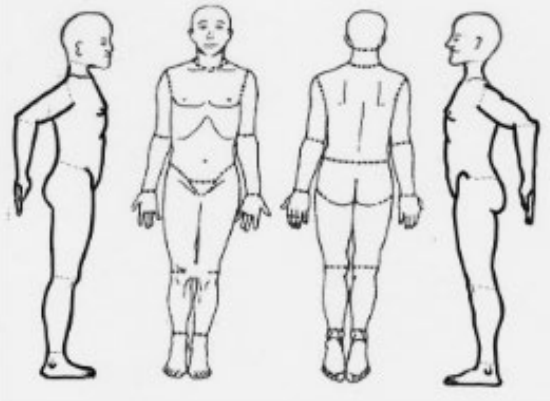
Datum/ Uhrzeit	Name/ Handzeichen	Gesprächsnotiz/Beobachtung/Vorfall etc. bei externen Kontakten, Anrufern immer Name und Telefonnummer notieren

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

(Kurzfassung, z.B. für Nachtdienst)

Name, Vorname _____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Ambulant

Untersuchung am: _____ um _____ h anwesend: _____ Untersucher/in: _____



Unfall-/Verbrennungshergang (Stichworte):

V.a. Nicht-akzidentellen Mechanismus weil

- Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd
(evtl. hinten gesondert erläutern)
- + verschiedene Farben (CAVE Lokalisation)
 + ungewöhnliche Lokalisation
- Sonstiges:
☞ Hämatomfarbe und Maße angeben!
☞ Verbrennungsgrad angeben!
☞ Verbrannte Oberfläche abschätzen: _____ % (____-gradig)

- Multiple Hämatome
 Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
 Prädisloktionsstelle (retroaurikulär, Lippen-/ Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
 Immersionsverbrennung („Handschuh-/ Stumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
 Kontaktverbrennung:
(spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

Allgemeiner Zustand/Vigilanz ggfalls Glasgow Coma Scale:

- V.a. Gedeihstörung V.a. Entwicklungsstörung V.a. Vernachlässigung
 Pflegezustand auffällig
- V.a. Fraktur(en) Nein Ja, welche:

Kindergynäkologischer Status (Extra Schema verwenden) Später vorgesehen Erfolgt, Wertung:

Vorgesehene Diagnostik:

Röntgen

- Skelettscreening
 Skelettszinti (nur komplementär)
 Sonstige:

Augenhintergrund

Procedere

- Stationäre Aufnahme, Station: _____ Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
 Ambulant möglich (Ausnahme!) weil: _____
 Kindergynäkologischer Status _____ Info Sozialdienst im Hause
 Fotodokumentation (+Skizze!) _____ Info Jugendamt
Ansprechpartner: _____
- Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken

Sono

- Abdomen
 Schädel
 Schädel-Doppler

Zerebrale Bildgebung

- CCT
 MRT

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
 γ -GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase
 Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100
 Urinstatus Drogenscreening

- Nur gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
 organische Säuren i. Urin

Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

© Hermann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung. 3. Auflage, 2016. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages.

Anhang 9: Studienbewertungen

Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Studie: "paediatric nurses' identification of violence against children" - Pabst et al., 2011

Design: Querschnitt

	ja	unklar	nein
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studienarme verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebögen, Diagnostest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Angaben zum Datenverlust (Response-Raten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Start und Durchführung der Studie			
Sind Namen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung? - 160 (N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	<u>entfällt</u>		
Analyse und Auswertung			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhand einer Checkliste ist es möglich, die statistische und methodische Qualität einer Studie einzuschätzen und bei Berücksichtigung der angesprochenen Punkte zu verbessern. Nicht alle aufgeführten Punkte eignen sich zur Beurteilung jedes Studientyps. Beispielsweise stellt sich die Frage nach einer Randomisierung vor allem bei klinischen Studien.

geeignet?

Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Studie - "pattern of hospital referrals of children at risk of maltreatment" - Rahman et al, 2011

Ja
 Je
 Nein

Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?

Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?

Wurden die Patienten randomisiert auf die Studierarme verteilt?

Falls ja:

wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?

a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?

b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?

War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebogen, Diagnostiktest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?

Wurden Angaben zum Datenverlust (Response rate, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?

Start und Durchführung der Studie

Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?

Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?

Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung? - 44 (N)

Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben? *entfällt*

Analyse und Auswertung

Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?

Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?

Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?

War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?

Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?

Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studienesign/statistische Methodik verwendet wurde?

Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?

Anhand einer Checkliste ist es möglich, die statistische und methodische Qualität einer Studie einzuschätzen und bei Berücksichtigung der angesprochenen Punkte zu verbessern. Nicht alle aufgeführten Punkte eignen sich zur Beurteilung jedes Studienyps. Beispielsweise stellt sich die Frage nach einer Randomisierung vor allem bei klinischen Studien.

geeignet?

Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen

	ja	unklar	nein
Studie-Design <i>Studie - "Nurse Reporting of Crown and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Tidwan" - Lee et al., 2007</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben? <i>- 2 Fragestellungen</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben? <i>- extra Tabelle für Kriterien</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studiename verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Falls ja:			
wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen? <i>- 238 (N)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebogen, Diagnostiziert) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (opt. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Angaben zum Datenverlust (Response-Raten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Start und Durchführung der Studie			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung? <i>- 238</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben? <i>entfällt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse und Auswertung			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben? <i>zu knapp beschreiben</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhand einer Checkliste ist es möglich, die statistische und methodische Qualität einer Studie einzuschätzen und bei Berücksichtigung der angesprochenen Punkte zu verbessern. Nicht alle aufgeführten Punkte eignen sich zur Beurteilung jedes Studiendyps. Beispielsweise stellt sich die Frage nach einer Randomisierung vor allem bei klinischen Studien.			
	<i>geeignet!</i>		

Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Studie - How do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect and Does it Make a Difference? - Kinos et al, 2018

Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?

Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?

Wurden die Patienten randomisiert auf die Studierarme verteilt?

Falls ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?

a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen? $- 4 \cdot 1 (N)$

b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?

War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebogen, Diagnostiktest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?

Wurden Angaben zum Datenverlust (Response-Raten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?

Start und Durchführung der Studie

Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppen hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?

Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?

Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung?

Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?

Analyse und Auswertung

Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?

Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?

Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?

War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?

Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?

Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?

Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?

Anhand einer Checkliste ist es möglich, die statistische und methodische Qualität einer Studie einzuschätzen und bei Berücksichtigung der angesprochenen Punkte zu verbessern. Nicht alle aufgeführten Punkte eignen sich zur Beurteilung jedes Studiendesigns. Beispielsweise stellt sich die Frage nach einer Randomisierung vor allem bei klinischen Studien.

geeignet?

	ja	unklar	nein
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studierarme verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Falls ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen? $- 4 \cdot 1 (N)$	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebogen, Diagnostiktest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Angaben zum Datenverlust (Response-Raten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Start und Durchführung der Studie			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppen hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse und Auswertung			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Studie: "Caring for victims of child maltreatment: a pediatric nurses' moral distress and burnout" - Karakochian et al., 2021
 Design: Pediatric

Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?

Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?

Wurden die Patienten randomisiert auf die Studierarme verteilt?

Falls ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?

a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?

b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?

War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebogen, Diagnostiktest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?

Wurden Angaben zum Datenverlust (Response-raten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht? *drop out N=78*

Start und Durchführung der Studie

Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?

Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet? *Symptomen*

Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung? *146 (N)*

Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben? *entfällt*

Analyse und Auswertung

Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?

Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?

Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?

War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?

Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?

Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?

Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?

Anhand einer Checkliste ist es möglich, die statistische und methodische Qualität einer Studie einzuschätzen und bei Berücksichtigung der angesprochenen Punkte zu verbessern. Nicht alle aufgeführten Punkte eignen sich zur Beurteilung jedes Studientyps. Beispielsweise stellt sich die Frage nach einer Randomisierung vor allem bei klinischen Studien.

geeignet?

	ja	unklar	nein
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studierarme verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Messmethode (z. B. Labor, Fragebogen, Diagnostiktest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Angaben zum Datenverlust (Response-raten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht? <i>drop out N=78</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Start und Durchführung der Studie			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Rauchgewohnheiten usw.) überein?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet? <i>Symptomen</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung? <i>146 (N)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben? <i>entfällt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse und Auswertung			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle: „AWM + S3: Leitlinie...“ - Kinderschutz & Kindeswohl, 2019
 Forschungsfrage: 33 verschiedene Fragestellungen → im Anhang 7 dieser Arbeit ersichtl.

Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert?
genügend ja, ausführliche Darstellung der Intentionen der Leitlinie auf S. 25 der Leitlinie
2. Wie wurde die Leitlinie erstellt?
klar grafische Darstellung der Methodik im Anhang 7 ersichtl.
 1. Formulierung von 33 Schlüsselfragen anhand v. PKO
 2. system. Literaturrecherche & -bewertung
 3. Formulierung von Handlungsempfehlungen
3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?
Alternativen/Ansätze vorzuziehen ja, Handlungsempfehlungen wurden in Delphi-Verfahren konsensusstärker formuliert
4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?
aktuelle Entwicklungen berücksichtigen ja, beachtet bei Formulierung der Handlungsempfehlungen Gegebenheiten auf station
5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?
begutachtet ja, Begutachtung/Bewertung der Literatur von 2 separaten Reviewern
6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?
Aussagekraft ja, anhand konkreter Handlungsempfehlungen

7. Wie gut war die Recherche?
welche Datenbanken? Experten/Quellen ausgewählt? Handbuch
 Pub Med, CINAHL, Embase, Psyc Info, Eric, Cochrane
 → systematisierte Suche

8. Wie gut waren die einzelnen Studien?
Stärke der Evidenz/ Stichprobengröße/ Bias
 Evidenzlevels der einzelnen Studien anhand v. konsensusstärke + Empfehlungsgrad bei Handlungsempfehlungen angegeben

7. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?
Übereinstimmung ja, die Ergebnisse kommen zu gleicher Handlungsempfehlung

Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?
Identifizieren ja, gibt konkrete Anweisungen für Pflege v. missbrauchten Kindern
10. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar?
ähnliche Patienten/ähnliche Umgebung ja, nicht spezifisch für ped. stationen

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-3-3-4-5-6

Copyright © 2019 by Elsevier GmbH. Alle Rechte vorbehalten. V 1.2

Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle: „Verhalten bei Kindsmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für
Forschungsfrage/Thema: fachl. Sicherheit im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen“ Kinderschutz am Klinikum
Hermann
et al. 2018
mit interdisziplinärer Zusammenarbeit Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? präzise fachl. Sicherheit im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen vermitteln

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? transparent Schritte nicht detailliert beschrieben, beruht auf aktuellem wissenschaftl. Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? Alternative Indikatoren angegeben ja, detaillierte Schilderung der Ergebnisse

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein? bereits vor Covid publiziert, keine aktuellen Entwicklungen einbezogen

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet? ja, von Expert:innen der DGKIM + DAKJ

6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen? ja, detailliert beschrieben

Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? Welche Datenbanken? Experten? Quellen angegeben? Methodik literatur genannt, jedoch keine Recherche dokumentieren in Kl Datenbank, nur Literatur von vers. Ministerien + offiziellen Stellen einbezogen → hohe Glaubwürdigkeit

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? Welche der einzelnen Studien besprochen? Platz siehe 7.

9. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein? ja.

Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch? nahezu identisch

10. Sind die Empfehlungen bei meinem Patienten anwendbar? Welche Parameter sind nicht anwendbar? auf Pfleger:innen übertragbar

Bewertung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-2-3-4-5-6

<http://www.aerzte-im-netz.de/biopsychosozialemedizin>

V.1.2

© 2018, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel, Dr. Grottel

geeignet

Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle: „Non-accidental Trauma: Guidance for Nurses in the ...“ ^{Pediatric Intensive Care Unit, P. Moyer et al,}
 Forschungsfrage/Thema: Pflege von Kindern auf ped. ITS bei nicht-akzidentellen Verletzungen ^{2015 Trauma}

Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? ganz allgemein
 Ja. Auf Basis der ANCV-standards wird beschrieben, wie pflegerinnen auf ped. ITS kinder mit nicht-akzidentellen Verletzungen pflegen sollen

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? klar
Orientierung an Standards der ANCV → Rahmen für Organisation der Pflege v. missbrauchten Kindern
 ↳ Ergänzung der standards durch eigene Forschungspunkte

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? Alternativen beleuchtet? nur bejaht!
 Ja.

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein? COVID ausgeschlossen, da bereits 2015 publiziert

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet? unklar

6. Werden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen? Ja, alle Anweisungen der standards sind in der Praxis umsetzbar.

Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? Welche Quellen? Experten? Quellen angegeben / Nachbelegt
Beschränkung nur auf ANCV-standards → einseitige Suche
 Qualität der standards wurde geprüft

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? Welche der Evidenz? Selbstbeurteilung? Nur?

verwendete Standards als evidenzbasiert angesehen, insgesamt 6 Standards einbezogen

7. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein? standards ergänzen sich gegenseitig
 ↳ Darstellung des gesamten Pflegeprozesses, beinhalten keine gleichen Informationen

Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch? ja, es soll die Rolle/Aufgaben pflegender bei der Betreuung v. missbrauchten Kindern beleuchtet werden

10. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar? Welche Patienten? Welche Pflege?
ja, es werden kinder als population verwendet, auf ped. Station

Bewertung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 2 3 4 5 6

geeignet

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig 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.

Hamburg, 01.06.2022

Ort, Datum

A large black rectangular redaction box covering the signature of the author.

Unterschrift