



# Handout

## Kinderschutz in der Pflege - Die Rolle der Krankenpflege

Als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Klinik, in Funktionsbereichen und auf der Station, haben Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-pfleger/innen, viele unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen, in deren Rahmen sie die Patientinnen und Patienten (seien es Kinder und ihren Familien oder Erwachsene), aber auch deren Familien kennenlernen. Oft haben Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-pfleger/innen auch einen deutlich besseren, niedrigschwelligen Zugang zu Familie und Kindern, als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte; durch die Nähe auf Station sind Sie eher Ansprechperson für die Familie. Auch bei den Patientinnen und Patienten sind Sie durch die Unterstützung bei alltäglichen Belangen (Grundpflege, Gabe der Mahlzeiten etc.) deutlich enger in Kontakt, als das ärztliche Personal.

Durch den persönlichen Kontakt auf der Station, teilweise auch über einen längeren Zeitraum hinweg, so wie kurzzeitig in den verschiedenen Funktionsbereichen gewinnen Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-pfleger/inneneinen umfassenderen Einblick in die Dynamik zwischen den anwesenden Personen, als es allein in einer Untersuchungssituation durch Ärztinnen und Ärzte gewährleistet werden kann. Darüber hinaus können Verletzungszeichen im Rahmen der pflegerischen Tätigkeiten auffallen. Insbesondere, wenn ein Kind aus anderen Gründen, als der Kindeswohlgefährdung (z. B. Bronchitis), aufgenommen wurde, ist es möglich, dass ihnen u. a. im Rahmen der Grundpflege an versteckten Körperarealen Verletzungszeichen auffallen, die in der Aufnahmeuntersuchung unbemerkt blieben.

Das Potenzial zur umfassenden Einschätzung einer (familiären) Dynamik sowie Detektion bisher unbemerkter Verletzungen sollte dem Klinikteam bewusst sein und „im Verdachtsfall“ gezielt bei den pflegenden Personen abgefragt werden.

### **Hinweise auf eine problematische Familiensituation können sein:**

- › auffallend ungeduldiger und/oder ruppiger Umgang mit dem Kind/den Kindern
- › gleichgültiger Umgang mit dem Kind/den Kindern
- › übergreifiges Verhalten (verbal oder auch tätlich)
- › schlechte Compliance schon während des stationären Aufenthaltes
- › auffallend häufiges Versäumen vereinbarter Termine/unterlassene U-Untersuchungen
- › auffallend schlechter Pflegezustand der Kinder/Jugendlichen oder auch Geruch nach Rauch oder Alkohol
- › Geruch nach Alkohol bei der Begleitperson etc.
- › auffällige z. B. dominant oder gar gewaltbereit auftretende Begleitung
- › häufige Abwesenheit der Eltern bei Mitaufnahme ins Krankenhaus
- › vorrangige Beschäftigung mit Mobilgeräten, anderen Eltern etc. statt mit dem Kind

### **Hinweise auf Verletzungen an versteckten Körperarealen können bei der Unterstützung der Grundpflege (u. a. Zähneputzen, Toilettengang, Wickeln) auffallen:**

- › ungewöhnliche („geschützte“) Lokalisation der Verletzungen (u. a. Lippen, Zähne, Mundinnenraum, Augenlider, Ohrmuschel, Gesäß, Genital etc.)

\*Angesprochen werden hier alle Pflegepersonen, die in Kontakt zu Kindern und ihren Familien stehen.

Hinweis auf eine kritische Situation bezüglich einer Verletzung kann sein, dass die Begleitperson der pflegenden Person etwas anderes erzählt hat, als dem ärztlichen Personal oder im Verlauf sich die anamnestischen Angaben bezüglich der Verletzungsentstehung verändern. Darauf muss das ärztliche Personal unbedingt hingewiesen werden (zunächst ohne dass die Begleitperson das mitbekommt). Zudem ist in solchen Fällen eine wortwörtliche Dokumentation hilfreich.

Sollten sich im Umgang mit dem Kind Hinweise auf psychische Auffälligkeiten ergeben, beispielsweise durch auffällige Entwicklungsverzögerungen, stereotype Verhaltensweisen, vermeidendes Verhalten oder stoisch-wortloses „Ertragen“ von Untersuchungen empfiehlt sich die Hinzuziehung eines Kinderpsychologen, Sozialpädiater oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch auf solche Auffälligkeiten sollte das zuständige ärztliche Personal hingewiesen werden.

Erst nach einer internen Risikoeinschätzung sollten die Eltern durch das ärztliche Personal/ein Mitglied der Kinderschutzgruppe mit dem Widerspruch konfrontiert werden, wenn die akute Situation dies zulässt. Möglich ist auch insbesondere im stationären Setting, dass wiederholt durch die Eltern gegenüber den pflegenden Personen der mögliche Verdachtsfall angesprochen wird. In solchen Fällen ist es ratsam darauf zu achten, dass die pflegende Person sich nicht „auf eine Seite“ stellt (insbesondere in Sorgerechtsfällen) oder von den Eltern „instrumentalisieren“ lässt. Damit die pflegende Person handlungsfähig bleiben kann, ist die Reflexion der eigenen Haltung unerlässlich. Das Wissen um die eigene Beeinflussbarkeit ist hierfür eine grundsätzliche Voraussetzung (siehe Handout „[Haltung](#)“). Interne Gespräche mit dem Team können helfen. Ggf. ist in solchen Fällen auch ein Wechsel der Bezugspflege sinnvoll.

Gerade die Dokumentation (siehe Handout „Dokumentation“) einzelner Situationen oder Auffälligkeiten in der Pflegedokumentation können das Gesamtbild abrunden, wenn diese im Zusammenhang betrachtet werden. Wahrgenommene Auffälligkeiten müssen dem für das Kind zuständigen ärztlichen Personal darüber hinaus explizit mitgeteilt werden. Aktenvermerke mit persönlichen Einschätzungen und Wertungen sollen und dürfen getrennt von der Patientenakte dokumentiert werden. Weil diese Dokumentation außerhalb der Patientenakte aufbewahrt wird, muss die Zuordenbarkeit zu der entsprechenden Patientin und dem entsprechenden Patienten klar nachvollziehbar sein. Weiterhin muss auf Lesbarkeit (insbesondere bei handschriftlichen Aufzeichnungen, aber auch in Bezug auf Abkürzungen) und auf die Angabe des Erstellers (Vor- und Nachname) geachtet werden, damit der Vermerk einer Person zugeordnet werden kann.

Durch unterschiedliche Dienste, Abwesenheiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch eine gewisse Personalfuktuation sind nicht alle Vorfälle einer einzelnen Mitarbeiterin oder eines einzelnen Mitarbeiters bekannt. Daher sollte bei bekannten „schwierigen Familien“ regelmäßig, z. B. in einer Teamrunde, besprochen werden, welche Vorgänge es gab und ob eine geänderte Einschätzung zu anderen Handlungen führen sollte.

Dabei kann es keinen Automatismus geben, sondern in jedem Fall muss auf die Art der Vorkommnisse, deren Wertigkeit und auch deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlergehen des Kindes geachtet werden. Hierzu gehört auch, eine grundsätzlich wertschätzende Haltung (siehe Handout „[Haltung](#)“ des KKG NRW) gegenüber den Kindern/Jugendlichen, aber auch gegenüber den Eltern zu wahren und sachlich ohne Wertung zu dokumentieren. Arbeitsrechtlich ist zu beachten, dass die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen nicht ohne Wissen ihrer Vorgesetzten Schritte unternehmen sollte. Sollte es einen Dissens in der Einschätzung eines Falles geben, sollte zunächst zwingend intern besprochen werden, wie sich damit umgehen lässt. Das Handeln entgegen einer expliziten Anweisung der vorgesetzten Person könnte gegebenenfalls sogar arbeitsrechtliche Schritte nach sich ziehen. Eine Beratung durch das KKG ist jederzeit auch allein für die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen möglich und unbedenklich, da keine Patientendaten weitergegeben werden.

### **§ 8b Absatz 1 SBG VIII**

(1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Ein solcher Kontakt sollte im günstigsten Fall über eine klinikinterne Kinderschutzgruppe laufen.

\*Angesprochen werden hier alle Pflegepersonen, die in Kontakt zu Kindern und ihren Familien stehen.

# Fallbeispiele

## 1. Sorgerechtsstreitigkeiten

Häufig sind Sorgerechtsstreitigkeiten bzw. ausgeprägte innerfamiliäre Konflikte auch im Stationsalltag präsent. Vorstellbar ist zum Beispiel die folgende Situation:

In der Beispielsituation sind Mutter und Vater sorgeberechtigt. Im Klinikalltag können das natürlich auch andere Personen sein (z. B. der Vormund des Kindes).

Es wurde ein Kind stationär aufgenommen. Die Mutter wurde als Begleitperson mitaufgenommen. Der Vater des Kindes meldet sich wiederholt telefonisch beim Stationspersonal und erfragt den Zustand seines Kindes. Er äußert u. a., dass er sich wirklich ärgere, dass ihm niemand Bescheid sage, dass sein Kind im Krankenhaus liege. Er erfahre rein gar nichts zum stationären Aufenthalt seines Kindes. Außerdem fallen häufig auch Äußerungen, wie z. B., dass er nicht mit der Behandlung einverstanden sei, aber „ihm ja sowieso nicht zugehört werde, die Mutter entscheide ja alles alleine“. Weist man den Vater darauf hin, dass dieser sich, so wie alle anderen Eltern auch, bezüglich solcher Einzelheiten zum Klinikaufenthalt, der Behandlung usw. doch bitte mit der Mutter austauschen oder die behandelnden Ärztinnen und Ärzte kontaktieren soll, gibt dieser an, dass er und die Mutter nicht mehr miteinander reden und er auch nicht anfangen wird, mit ihr zu reden.

Schnell kann es dazu kommen, dass das Stationspersonal oder auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte Teil der konflikthafter innerfamiliärer Dynamik werden und sich nahezu permanent eines der Elternteile an das Stationspersonal mit Fragen und Aufträgen etc. wendet, die nicht zum Aufgabenbereich des Stationspersonal gehören. Auch möglich ist, dass sich neue Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner der getrennten Sorgeberechtigten telefonisch melden und ebenfalls versuchen zu intervenieren. Für das Stationspersonal kann schnell der Eindruck entstehen, dass es den Sorgeberechtigten nicht um das kranke Kind per se geht, sondern dass die sorgeberechtigten Eltern ihre (auf der Paarebene gegebenen) Probleme, Sorgen etc. nicht mehr miteinander lösen können, sondern dazu das System (Klinikpersonal, Schule, Jugendamt, Familiengericht etc.) benutzen. Dies trägt natürlich nie zu einer tatsächlichen Lösung bei.

In solchen hochstrittigen Familienkonstellationen sind die Kinder potenziell gefährdet, da ihre Bedürfnisse und Rechte nicht ausreichend gesehen werden. Häufig werden sie zum Instrument der Elternstreitigkeiten und leiden massiv unter der für sie unlösbaren Situation. In derartigen Fällen, sollte eine Teambesprechung/Kontaktaufnahme zur Kinderschutzgruppe stattfinden, um über eine Abwendung der Gefährdung zu sprechen. Den Eltern sollten die Auswirkungen der Situation auf ihr Kind gespiegelt werden, ggf. ist auch eine Jugendamtsmeldung erforderlich.

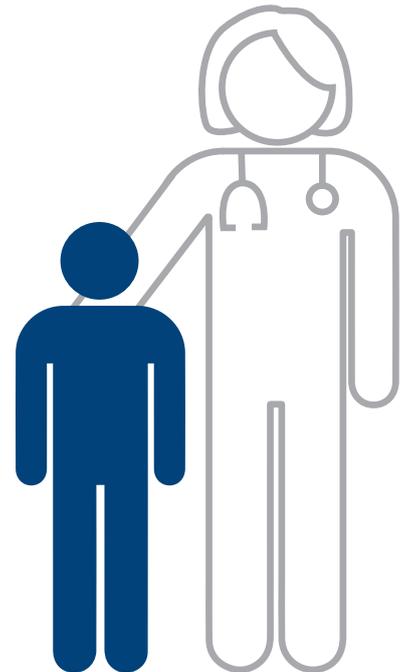
## Fallbeispiele

### 2. Auffällige Interaktion Eltern – Kind

Im folgenden Fallbeispiel befindet sich eine Mutter mit ihrem Kind auf einer Säuglingsstation. Das Kind ist acht Monate alt. Während des stationären Aufenthaltes fällt auf, dass die Mutter wenig bis gar nicht mit dem Säugling spricht. Vorwiegend ist sie mit ihrem Smartphone beschäftigt und hat dieses auch in der Hand, wenn sie den Säugling füttert. Während der Füttersituationen fällt auf, dass der Säugling sich grundsätzlich leicht füttern lässt und immer freudig auf den nächsten Löffel wartet. Der nächste Löffel kann allerdings dauern, da die Mutter meistens damit beschäftigt ist, zwischendurch Nachrichten mit dem Smartphone zu verschicken. Das Essen wird dann kalt und sie bittet das Stationspersonal, den Brei nochmals aufzuwärmen. Generell äußert die Mutter, dass der Säugling fast nie aufesse und auch nicht viel esse. Außerdem fällt auf, dass die Mutter wenig Verhaltensweisen zeigt, um ihren Säugling zu beruhigen, wenn dieser z. B. weint. Die Mutter spricht in solchen Situationen nicht mit ihrem Kind und beginnt lediglich, dieses stark hin und her zu wiegen, ohne Blickkontakt aufzunehmen. Die Mutter scheint währenddessen auch nicht zu bemerken, dass ihr Kind sich nicht beruhigt. Sie unterbricht ihr Tun aber auch nicht, so wie es eigentlich zu erwarten wäre. Ein Ausprobieren von mehreren Handlungen/Verhaltensweisen, um das Kind zu beruhigen, findet nicht statt.

Als jemand vom Stationspersonal den Säugling füttert, da die Mutter aufgrund eines wichtigen Termins abwesend ist, isst der Säugling die ganze Portion auf und es zeigen sich keinerlei Schwierigkeiten beim Füttern.

Fällt dem Stationspersonal also auf, dass die Bezugsperson eines Kindes scheinbar Schwierigkeiten in der Interaktion hat, indem wenig miteinander gesprochen wird, wenig Handlungsalternativen zur Beruhigung zur Verfügung stehen oder zumindest durch die Bezugsperson nicht gezeigt werden, schwierige Füttersituationen etc. auffallen, so liegt bei der Bezugsperson des Kindes definitiv pädagogischer Unterstützungsbedarf vor. Eine gelungene Eltern-Kind-Interaktion ist zum Spracherwerb und für alle frühkindlichen Sozialisations- und Lernprozesse des Kindes und damit allgemein zur gesunden Entwicklung des Kindes elementar wichtig. Wird ein Kind, wie in diesem Beispiel, in seiner Entwicklung beeinträchtigt so liegt eine Gefährdung für das Kind vor. Dementsprechend sollte Kontakt mit der Kinderschutzgruppe aufgenommen werden.



## Fallbeispiele

### 3. Münchhausen-by-proxy-Syndrom (dt. Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom)

Definition: Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS) ist eine Form der Kindesmisshandlung, die darauf beruht, dass eine nahestehende Person (in der Regel die Mutter) bei einem Kind Anzeichen einer Krankheit vortäuscht oder aktiv erzeugt, um es wiederholt zur medizinischen Abklärung vorzustellen. Ärztinnen und Ärzte werden so verleitet, nicht indizierte, multiple, oft invasive Eingriffe vorzunehmen (!).

#### Das zuvor definierte Syndrom kann im Stationsalltag z. B. durch folgende Hinweise auffallen:

Da in der Regel die Mutter unter dem MbpS leidet, orientiert sich das Fallbeispiel an einem Kind (unter einem Jahr alt), welches gemeinsam mit der Mutter in einer Kinderklinik zur stationären Behandlung aufgenommen wurde. Die Mutter hat diverse Vorbefunde dabei und bietet gerne jedem auf der Station an, diese zu lesen, da man dann „ja erst verstehe, was bei ihr und ihrem Kind alles los sei“. Den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Stationspersonal fällt auf, dass das Kind wiederholt bereits wegen des aktuellen Vorstellungsgrundes in den umliegenden Kinderkliniken und Fachzentren vorgestellt wurde. Teilweise wurden invasive Untersuchungsmethoden angewendet, um eine Ursache für die, ausschließlich durch die Mutter beschriebenen „Anfälle“ des Kindes, zu finden. In keinem der vorherigen stationären Aufenthalte des Kindes mit der Mutter konnte eine medizinische Diagnose oder Indikation zur Weiterbehandlung des Kindes gestellt werden. Die aktuelle Aufnahme erfolgt lediglich, weil die Mutter sich „große Sorgen mache und endlich wissen wolle, was mit ihrem Kind los sei“. Auffällig ist, dass die beschriebenen „Anfälle“ unter denen das Kind leiden soll, ausschließlich Beschreibungen der Mutter sind. Während aller vergangenen und dem aktuellen stationären Aufenthalt sind die „Anfälle“ für das medizinische Personal nicht zu beobachten.

Ergänzend fordert die Mutter invasive Untersuchungsmethoden ein und hinterfragt Untersuchungen nicht in der Art und dem Ausmaß wie es (häufig oder meistens) „tatsächlich besorgte“ Eltern tun.

Die Mutter glänzt zusätzlich mit ihrem medizinischen Wissen und „geschultem“ Handling bei der Medikamentengabe etc. und sorgt sich vermeintlich aufopferungsvoll um ihr Kind. Diese Dinge fallen dem Stationspersonal zunächst positiv auf. In diesem Fallbeispiel sammeln sich diese Auffälligkeiten beim medizinischen Personal und es ist erneut in allen neurologischen Untersuchungen kein Anfallsgeschehen zu verifizieren, so dass es sich aus Sicht der Kinderklinik um ein gesundes Kind handelt. Dies wird der Mutter mitgeteilt und diese reagiert nicht wie andere Eltern erleichtert, sondern äußert, dass „das nicht sein könne“. Sie wolle einen Experten in einer deutschen Großstadt hinzuziehen, um ein weiteres MRT zu machen. Vielleicht finde man dann ja die Ursache. Der Mutter wird ein gemeinsames Gespräch zur ausführlichen Erläuterung der medizinischen Situation ihres Kindes und möglicher Unterstützungsmöglichkeiten für die Familie angeboten. Dieses Angebot will die Mutter nicht wahrnehmen, sie brauche keine Hilfe zu Hause. Ihr einziges Problem sei, dass ihr Kind krank sei und niemand finde wirklich heraus, was los sei. Die Mutter verlässt daraufhin einen Tag eher als geplant, ohne angebotenes gemeinsames Abschlussgespräch, die Kinderklinik und gibt an, auch nicht wiederzukommen.

In solchen Situationen sollte unbedingt mit der Kinderschutzgruppe intern beraten werden, welche Schritte erfolgen sollten. Generell ist bei einem Verdacht auf ein MbpS gut überlegtes strukturiertes Handeln erforderlich. Übereilig sollte nichts geschehen. Gut geplant kann dann bei einem erhärteten Verdacht Kontakt zur/zum niedergelassenen behandelnden Kinderärztin oder Kinderarzt aufgenommen werden, unter Umständen auch direkt mit dem zuständigen Jugendamt, um im Sinne des § 4 KKG eine mögliche Gefährdung zu evaluieren.

<sup>1</sup> Noeker, M.& Keller, K., 2002: Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 2002 · 150:1357-1369.