

Abschlußarbeit des Weiterbildenden Fernstudiums Angewandte  
Gesundheitswissenschaften  
2002/2003

**Thema:**

Multidisziplinäre und intersektorale Ausbildung von Kinderkrankenpflegeschülern im  
Zusammenhang mit der Problematik Vernachlässigung, Misshandlung und  
sexuellem Missbrauch von Kindern

von  
Karin Gernhuber  
Am Mehrdrusch 19  
35094 Lahntal  
kup.gernhuber@t-online.de

vorgelegt am 15. November 2002

# Multidisziplinäre und intersektorale Ausbildung von Kinderkrankenpflegeschülern im Zusammenhang mit der Problematik Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern

## Inhaltsverzeichnis:

	Einführung	3
	<u>Teil I</u>	
1.	Ausgangssituation	4
2.	Problembetrachtung und Stand der Forschung	5
2.1.	Gewalt als Phänomen moderner Gesellschaften	5
2.2.	Gewaltdelikte an Kindern	5
2.2.1.	Vernachlässigung	6
2.2.2.	Misshandlung	6
2.2.3.	Sexueller Missbrauch	7
2.2.4.	Herausforderungen für die Zukunft	9
3.	Formulierung der Fragestellung	9
4.	Thema und Zielsetzung des Projektes	10
5.	Gesundheitspolitische Relevanz des Projektes	13
5.1.	Gesetzliche Grundlagen, allgemeine Anforderungen und mögliche Belastungen in der Kinderkrankenpflege- ausbildung	13
5.2.	Lernkultur und interne Ausbildungsziele	15
5.3.	Fragestellungen	16
	<u>Teil II</u>	
6.	Organisation und Arbeitsstruktur in den einzelnen Projektphasen	18
6.1.	Einschätzung der Realisierbarkeit des Projektes und mögliche Umsetzungsprobleme	18
6.2.	Strategien zur Akzeptanzsicherung und Unterstützung der Schulleitung	18
6.3.	Einbindung des Projektes in bestehende Strukturen	19
6.4.	Der Projektablauf, Zeitplanung	20
7.	Erwartbare Ergebnisse	22
8.	Möglichkeiten zur Übertragbarkeit des Projektes	24
9.	Anhang	25
10.	Verwendete Literatur	29

“Lehren heißt zeigen, dass etwas möglich ist,  
Lernen heißt seine eigenen Möglichkeiten ausloten”  
(aus Paulo Coelho; Auf dem Jakobsweg)

## **Einführung:**

Zum Abschluss des dritten Semesters im weiterbildenden Fernstudiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld galt es einen Projektentwurf zu fertigen. So überlegte ich, welchem Themenkomplex ich mich zuwenden möchte.

Dabei lag es nahe ein Thema zu wählen, das in die tägliche Arbeit integriert und auch umgesetzt werden kann. Im Rahmen meiner Tätigkeit als Lehrerin für Pflegeberufe u.a. für das Fach Sozialmedizin und die Lebensaktivität Sexualität im Fach Kinderkrankenpflege Verantwortliche entschloss ich mich für den Themenkomplex Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Mißbrauch von Kindern.

Bestärkt wurde ich in dieser Entscheidung durch das Ergebnis einer von mir im Frühjahr 2002 durchgeführten stichprobenartigen, jedoch nicht repräsentativen Befragung hinsichtlich der Projekterfahrung anderer Kinderkrankenpflegesschulen zu diesem Themenkomplex.

Hierzu schrieb ich 45 Kinderkrankenpflegesschulen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland via E-mail und per Brief an. Die Auswertung der “immerhin” 21 Rückmeldungen ergab lediglich ein positives Ergebnis von 3 Kinderkrankenpflegesschulen; d.h. diese hatten zu einem Teil die Thematik im Zuge eines Projektes mit den Auszubildenden erarbeitet.

Hieraus wird ersichtlich, dass nicht nur die Aufgabenfelder der Berufsgruppen untereinander als “versäult” gelten müssen (vgl. Mühlbauer 2001), sondern dass eine Kooperation verschiedener Berufsgruppen auch innerhalb der Ausbildung der Pflegeberufe noch nicht genügend ausgebildet ist.

Diese Abschlußarbeit stellt die Fortschreibung des Projektentwurfs dar, welcher zu diesem Zweck vollständig überarbeitet und entsprechend erweitert wurde.

Nach dem erfolgreichem Abschluss des Projektes möchte ich dem Wunsch vieler der damals befragten Kinderkrankenpflegesschulen entsprechen und das Projekt nebst seinen Ergebnissen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Damit ist auch die Hoffnung verknüpft, dass sich viele Lehrer und Lehrerinnen für Pflegeberufe angesprochen fühlen dieses Arbeitsfeld auf ähnliche Art und Weise zu “beackern” und dadurch ein breiter Dialog über die Schul-und Kliniksgrenzen hinaus angebahnt wird.

## Teil I:

### 1. Ausgangssituation

Gewaltsame psychische oder physische Handlungen an Kindern in Form von Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch, führen bei diesen zu kurz- und langfristigen physischen, psychosomatischen, kognitiven, sozial-emotionalen Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung. Die physischen Verletzungen hinterlassen nicht nur Hämatome, Knochenbrüche oder Narben. Sie verursachen auch körperliche Behinderungen oder führen tragischerweise zum Tod der Opfer.

In der kindlichen Seele hinterlassen sie unter Umständen tiefe Verletzungen. Diese gelten in der Psychologie als große Traumata und werden *“gewöhnlich als eine Ursache für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) angesehen, in deren Folge sich “starke Ängste, extreme Gefühle der Hilflosigkeit und ein bedrückender Verlust der Kontrolle über die eigene Situation” (Shapiro & Silk Forrest, 2001, S. 31) ausbilden können.*

Andererseits kann der sexuelle Missbrauch in der Folge z.B. zur Autoaggression in Form von selbstverletzendem Verhalten, also zu physischen Schäden führen. Ziel der Betroffenen ist es hierbei, durch diese Handlungen den seelischen Schmerz zu übertönen bzw. ihm Ausdruck zu verleihen. (vgl. hierzu Bass & Davis, 1993)

Dadurch zeigt sich die massive Traumatisierung des Selbst als Folge der erfahrenen und grenzverletzenden Gewalttaten.

Allein zur Prävention der hier dargelegten möglichen Folgeschädigungen ist ein optimales und integriertes Behandlungs- und Versorgungsangebot durch professionelle Helfer aus dem klinischen und ambulanten Sektor unabdingbar.

Aktuell muß jedoch festgestellt werden: *“Viele Professionelle, die einem in Not geratenen Kind oder Jugendlichen helfen wollen, wissen häufig nicht, welcher Fachdienst für die spezielle Krisensituation der geeignete ist.” (Klees & Friedebach, 1997, S. 10)*

Daraus läßt sich eine noch nicht genügend ausgebildete Kooperation der einzelnen Berufsgruppen, welche dem Ziel einer optimal verzahnten, an den Bedarfen der traumatisierten Kinder orientierten und in ihrer Qualität hochwertigen Versorgung folgt, ableiten.

Zudem werden seitens der Medizin als *“häufige Gründe, über eine möglicherweise misshandlungsbedingte Ursache einer medizinischen Symptomatik hinwegzusehen”* vor allen Dingen fehlende fachliche Qualifikationen in der medizinischen Ausbildung und Ängste wie z.B. die, *“Fehler zu machen, Patienten zu verlieren oder einen schlechten Ruf zu bekommen”* (Herrmann, 2001, S. 127), benannt.

Erschwerend kommt hierbei auch das weitgehende Fehlen spezialisierter pädiatrischer Zentren zum Tragen, welche sich auch der Forschung und Lehre bei Misshandlung und sexuellem Missbrauch widmen (vgl. Herrmann 2001).

Auch in der Pflegeforschung wird hierzulande diesen Traumatisierungen von Kindern leider noch nicht die Ihnen gebührende Beachtung geschenkt.

So läßt sich erahnen, dass es auch in der Ausbildung von Kinderkrankenschwestern und -pflegern diesbezüglich durchaus noch Defizite gibt, welche jedoch

im Zuge der Qualitätssicherung dringend beseitigt werden müssen. Denn gerade in dieser Berufsgruppe besteht ein sehr intensiver Kontakt zu den Patienten und ihren Angehörigen. Darum ist eine hohe Professionalität (auch zur Vermeidung sekundärer Traumatisierung) erforderlich.

## **2. Problembetrachtung**

### **2.1. Gewalt als Phänomen moderner Gesellschaften**

Das in unserer modernen Gesellschaft vorzufindende Gewaltpotential ist enorm und besonders nachhaltig durch die bestürzenden Ereignisse des 11. September 2001 in New York und denen von Erfurt im Frühjahr 2002 tief in vielen Köpfen und Empfindungen der Menschen verankert.

Alle relevanten Institutionen, Organisationen und gesellschaftlichen Bereiche sind aufgerufen, den Belastungen, welche aus dem Leben in einer modernen Wohlstandsgesellschaft resultieren, Netzwerke zum Schutz der Individuen vor Schädigungen in Kooperation zu konzipieren, zu organisieren und den destruktiven Kräften entgegenzusetzen. (vgl. Gerber, U., u.a. 2001)

Alle sind gefordert ihre Wertvorstellungen zu überprüfen und mit Zivilcourage den Auswüchsen der Gewalt nach Kräften entgegenzutreten und sie zurückzudrängen. Hierbei ist besonders der Schutz der Kleinsten (nicht nur) in unserer Gesellschaft hinsichtlich der Gesundheitsförderung, der Prävention eine an alle zu richtende Aufgabe. Vor diesem Hintergrund scheinen die Forderungen nach Kooperation im Zuge der lückenlosen optimalen Versorgung von durch Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch traumatisierten Kindern mehr als überfällig.

### **2.2. Gewaltdelikte an Kindern**

Die einzelnen Gewaltdelikte, denen Kinder in Deutschland ausgesetzt sind, können nicht als Randerscheinung gelten.

*“So flüchten jährlich allein in der BRD (Anm. d. V.) 45000 Frauen mit ihren Kindern vor den Mißhandlungen ihrer Ehemänner, Freunde oder Lebenspartner in Frauenhäuser und Zufluchtswohnungen;”* (BIG e.V., 2001, S. 3).

Auch die Daten der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) sprechen eine deutliche Sprache und die als hoch eingeschätzten Dunkelziffern lassen erahnen, wie vielfältig und groß das Ausmaß der Gewaltbereitschaft gegenüber den Kindern, trotz jüngst eingeführter gesetzepolitischer Massnahmen ist.

An dieser Stelle kann jedoch lediglich ein grober Überblick über die Gewaltdelikte Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch gegeben werden.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die vielfältigen Studien, welche in dem 2001 erschienenen Band *Gewalt in der Familie Häusliche Gewalt gegen Partner und Kinder* vorgestellt werden. Hrsg. Informationszentrum Sozialwissenschaften, Bonn  
[http://www.social-science-geis.de/Information/Themen/Fokus/h\\_ges](http://www.social-science-geis.de/Information/Themen/Fokus/h_ges)

Über aktuell laufende Projekte praktischer Kinderschutzarbeit berichtet die DGgKV in ihren regelmäßig erscheinenden Heften “Informationsdienst der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. Nähere Informationen hierzu finden sich unter der folgenden Internet Adresse: [www.dggkv.de](http://www.dggkv.de)

### 2.2.1. Vernachlässigung:

Die unzureichende Ernährung, Pflege und gesundheitliche Versorgung, die mangelhafte Förderung und Beaufsichtigung zum Schutz des Kindes ist häufig *“im Kontext extremer Armut und sozialer Randständigkeit<sup>2</sup> (...), aber auch im Kontext psychischer Erkrankungen (...), geistigen Behinderungen oder Alkohol- und Drogenproblemen der Eltern ”* (Engfer, 2002, S. 4) beobachtbar und wird als Vernachlässigung bezeichnet. Die betroffenen Kinder weisen häufig Defizite sowohl in der kognitiven als auch sozial-emotionalen Entwicklung auf, werden darüber hinaus infolge ihres oft ungepflegten äußeren Erscheinungsbildes bzw. der bekannten familiären Problemlage von ihrer Umwelt gemieden und/oder der elterlichen Sorge entzogen. Der 11. Kinder- und Jugendbericht legt dar, dass es zur Häufigkeit der Vernachlässigung von Kindern keine verlässlichen quantitativen Daten gibt, doch als gesichert gelten kann, *“dass Vernachlässigungen wesentlich häufiger vorkommen als Misshandlungen.”* (BMFSFJ, 2002, S.220f)

### 2.2.2. Misshandlung:

Misshandlungen können körperlicher oder emotionaler (psychischer) Art sein. Mit Blick auf die Problematik der körperlichen Kindesmisshandlung verweist der Kinder- und Jugendbericht auf sozialwissenschaftliche Studien, welche belegen, *“dass die Hälfte bis zwei Drittel aller Eltern ihre Kinder körperlich bestrafen, wobei man davon ausgeht, dass 10 bis 15% dies häufig und schwerwiegend tun”* (ebd.).

Körperliche Misshandlung zeigt sich nach Herrmann (2001) vor allem an folgenden Organen, Verletzungsarten bzw. Todesursachen:

Haut	90 % Multiple Hämatome unterschiedlichen Alters, geformt und an untypischer Stelle
Knochen	metaphysäre Frakturen und Rippenbrüche
Gehirnverletzungen	10-20 % aller Misshandlungsverletzungen 75% aller Misshandlungstodesfälle Shaken Baby Syndrom (=Schütteltrauma) als häufigste Ursache von Todesfällen, schweren Behinderungen, Krampfanfällen, Blindheit und Taubheit
Herz, Lunge, Magen, Dünndarm, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse	selten; Quetschungen (jedoch oft tödlich) Perforationen und andere Verletzungen gelten als zweithäufigste Todesursache bei körperlicher Misshandlung

Die emotionale Misshandlung findet ihren Ausdruck in *“qualitativ und quantitativ*

---

<sup>2</sup> (vgl. hierzu auch in Bienemann, G., u.a., 1995) Wolff(...) konstatiert:>>Vernachlässigungsfamilien sind zu 90% arme Familien ( chronisch arme Familien seit Generationen und neue Arme, die nach Krankheit und Unfällen und sich zuspitzenden ökonomischen Strukturkrisen ein Deklassierungsschicksal erlitten haben)<<, S.231

*ungeeignete(n) und unzureichende(n) Handlungen und Beziehungsformen und -verhältnisse(n) von Sorgeberechtigten zu Kindern in der Form der Ablehnung, des Überforderns, des Herabsetzens, des Ängstigens und Terrorisierens, des Isolierens, des Korruptierens, der Ausbeutung und der Verweigerung emotionaler Zuwendung und Unterstützung, wodurch das Bestreben eines Kindes, seine affektiven, kognitiven und moralischen Entwicklungsbedürfnisse zu befriedigen, in einem Maße eingeschränkt, frustriert und durchkreuzt wird, dass die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes beeinträchtigt und geschädigt wird.” (Bernecker-Wolff .u.a., 2000, S. 29)*

Folgen dieser Traumatisierungen können je nach Alter des Kindes unter anderem kognitive oder motorische Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensstörungen (wie z.B. Aggressionen, Autoaggression, Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen, Einbußen der Lernleistungen, Delinquenz) sein.

### 2.2.3. Sexueller Missbrauch:

Der sexuelle Missbrauch (= sexuelle Gewalt) von Kindern und Jugendlichen stellt eine besondere Misshandlungsform dar, welche zudem häufig gekoppelt mit anderen Misshandlungsformen auftritt.

In der Broschüre `Kindesmisshandlung Erkennen und Helfen´ definieren die Autoren sexuellen Missbrauch wie folgt:

*“(...) ist eine geltende Generationsschranken (unter Ausnutzung einer Macht- und Autoritätsposition) überschreitende sexuelle Aktivität eines Erwachsenen mit Minderjährigen in der Form (1) Belästigung, (2) der Masturbation, (3) des oralen, analen oder genitalen Verkehrs oder (4) der sexuellen Nötigung, bzw. (5) der Vergewaltigung sowie (6) der sexuellen Ausbeutung durch Nötigen von Minderjährigen zu pornographischen Aktivitäten und Prostitution, wodurch die körperliche und seelische Entwicklung, die Unversehrtheit und Autonomie, die sexuelle Selbstbestimmung der Minderjährigen gefährdet und beeinträchtigt werden und die Gesamtpersönlichkeit nachhaltig gestört wird.”*

(Bernecker-Wolff, u.a., 2000, S. 29)

Auch sexueller Missbrauch kann sowohl zu physischen, psychosomatischen als auch psychischen Symptomen führen (vgl. Wirtz 1989, Bass & Davis 1993).

Auf entsprechende Checklisten wird hier verzichtet, denn man kann das individuelle Erleben und die Verarbeitung des sexuellen Mißbrauchs nie genau bestimmen.

Die *“Schwere des Traumas wird von Faktoren, wie dem Vertrauensgrad zwischen Opfer und Täter, der Art des sexuellen Mißbrauchs, seiner Dauer, der Anwendung von Zwang und körperlicher Gewalt aber auch **von den Reaktionen des Umfeldes** (Hervorhebung d. V.) auf den sexuellen Mißbrauch mitbestimmt”* (Bienemann, u.a., 1995, S. 236).

Hilfreich ist jedoch das Modell von Finkelhor, in welchem er die sich traumatisch auf das Verhalten und die psychische Entwicklung auswirkende Dynamik beschreibt. (vgl. Wirtz 1989)

Hinsichtlich der Häufigkeit wird angenommen, dass jedes dritte Mädchen und jeder siebte Junge sexuell mißbraucht wird, bevor sie das achtzehnte Lebensjahr erreicht haben. (vgl. Bass & Davis 1993)

Im 11. Kinder- und Jugendbericht lassen sich hierzu folgende Daten finden:

Allein im Jahr 1999 waren

*“15279 bekannt gewordene Fälle des sexuellen Missbrauchs von Kindern, 2138 Fälle des sexuellen Missbrauchs von Schutzbefohlenen, 1869 Fälle des Besitzes bzw. der Beschaffung von Kinderpornographie und 678 Fälle des Menschenhandels” (BMFSFJ, 2002, S.220 f) zu verzeichnen.*

Diese Zahlen haben sich im Jahr 2000 teilweise nochmals wie folgt erhöht.

*“Nach den hierzu vom Bundesministerium des Inneren (BMI) vorab veröffentlichten Daten aus der (PKS) des Berichtsjahres 2000 stieg die Zahl der bekannt gewordenen Fälle des sexuellen Missbrauchs von Kindern um 2% auf 15581. Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen ging im Berichtsjahr 2000 auf 1 870 Fälle und damit um 12,5% zurück. (...) Steigerungsraten in zweistelliger Höhe waren im Vergleich zum Vorjahr vor allem bei vollzogenem Beischlaf mit Kindern (28%) und sonstigem schwerem sexuellen Missbrauch von Kindern (32,5%) zu verzeichnen (vgl. BMI 2001).” (ebd., S. 221)*

Es wird darauf hingewiesen, dass die *“öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Thema”* zwar enorm ist, jedoch *“in einem bemerkenswerten Gegensatz zu dem wenig gesicherten Wissen steht (Ergänzung d. V.) , das es über das Problem des sexuellen Missbrauchs gibt.”*(ebd.)

In dem vom BMFSFJ 2001 herausgegebenen Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland wird zwar festgestellt, dass die PKS keine ausreichend gute Quelle zur Einschätzung der Prävalenz darstellt, doch in Ermangelung besserer Quellen macht es durchaus Sinn, diese Daten hier anzugeben.<sup>3</sup>Band 209)

Als Ursachen für den sexuellen Missbrauch an Kindern lassen sich *“gesellschaftliche, patriarchalische Machtstrukturen, andererseits eine massive Familiendysfunktion bzw. Beziehungsstörung”* sowie die *“individuelle Psychopathologie des Täters”* nennen. *“Nur ein Teil der Täter wurde selbst mißbraucht.”*

Sexueller Missbrauch ist auch kein *“Phänomen des Fremden Mannes von der Straße oder des `Buschspringers`”. In etwa 60% handelt es sich um innerfamiliären Inzest (davon etwa die Hälfte durch Väter), in ca. 30% um Bekannte und nur in ca. 6-8% um Fremdtäter”. Er trifft “50-60%” der betroffenen Mädchen und Jungen schon im Vorschul- ja sogar Säuglingsalter. “In ca. 70 % dauert er (Ergänzung d.V.) mehr als 2 Jahre” und häufig “werden von einem Täter mehrere Kinder mißbraucht.” (Herrmann, 1995, S.1)*

Auch die Tatsache, dass Frauen Kinder sexuell missbrauchen darf an dieser Stelle nicht verschwiegen werden.

#### 2.2.4. Herausforderungen für die Zukunft:

Angesichts dem hier skizzierten Leid, welches Kinder und Jugendliche durch Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch erfahren, mit Blick auf die kurz- und langfristigen gesundheitlichen Folgen, welche diese Traumatisierungen für die Betroffenen mit sich bringen können, sowie hinsichtlich der beschriebenen Defizite in

---

<sup>3</sup> vgl. hierzu Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001

der Medizin und Pflege, bzw. der damit verbundenen zu erwartenden ökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Einbußen wird ersichtlich, dass Handlungsbedarf dringend gegeben ist. Auch seitens der Gesundheitswissenschaften sowie weiterer Disziplinen ist es erforderlich, epidemiologische Studien zur Prävalenz nach dem Vorbild der 1997 von Wetzel durchgeführten KFN-Studie<sup>4</sup> für Kinder und Jugendliche durchzuführen, sofern hier die Ermittlung valider Daten möglich ist.

Es ist wichtig, dass Konzepte zur Kooperation erarbeitet und der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Zudem erscheint es sinnvoll, dass die gesellschaftlichen Kosten, welche aus diesen Formen der Gewalt resultieren<sup>5</sup> durch ökonomische Studien untersucht werden.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verarbeitung dieser Traumata sollten auch bei Jungen und Männern erforscht werden.

Des Weiteren wäre es bedeutsam den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen - vor allem in Form von Misshandlungen und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit - z.B. mit der sich häufig daran anschließenden Alkoholabhängigkeit und des Drogenkonsums bei Frauen (vgl. BMFSFJ, 2001) einer weitergehenden Betrachtung zu unterziehen.

Zu denken wäre hierbei z.B. etwa auch an die Frage der Entwicklung von Lebensläufen oder daran, inwiefern es einen Zusammenhang zwischen erfahrenem Missbrauch in der Kindheit und späterer Prostitution gibt.

### **3. Formulierung der Fragestellung**

Es gibt bereits unendlich viele Studien, Medien und Material zu diesen Problemlagen, u.a. auch aktualisierte ärztliche Leitfäden zur Thematik Gewalt gegen Kinder.<sup>6</sup>

Doch stellt sich die Frage, inwieweit diese geeignet sind für die Erfüllung der spezifischen pflegerischen Aufgaben.

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF online) stellt den Themenkomplex Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch durch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Internet einer breiten (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung und die Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. versucht nach Kräften den interdisziplinären Dialog in der Fachöffentlichkeit anzukurbeln.

Allerdings wird bei der Durchforstung der Pflegefachliteratur und -zeitschriften deutlich, dass für diesen speziellen Bereich kaum Studien und Konzepte zur Verfügung stehen.

Somit muß gefragt werden, wie Pflege die an sie gestellten Aufgaben z.B. auch unter der Maßgabe der Einführung von DRG's (Diagnosis Related Groups) ab dem Jahr 2003 angemessen bewältigen wird.

Hilfreich und erwähnenswert sind die Konzepte, welche die Bundeszentrale für

---

<sup>4</sup> Ebd.

<sup>5</sup> vgl. hierzu den Artikel "Der Preis der Gewalt - Gesellschaftliche Folgekosten im Geschlechterverhältnis" von Prof. Dr. Barbara Kavemann

<sup>6</sup> vgl. z.B. den Leitfaden der Landesärztkammer Baden-Württemberg aus dem Jahr 2002, der im Internet als pdf-Datei zur Verfügung gestellt wird

gesundheitliche Aufklärung (BzgA) im Rahmen der Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung erarbeitet hat.

So ist z.B. das *Rahmencurriculum Sexualpädagogische Kompetenz*.

*Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen*, oder das im Medienverbund erstellte Werk mit dem Titel *Sexueller Kindesmißbrauch - Vorbeugen und Helfen* incl. des dazu gehörenden Films *Anna komm eine gute Quelle* bzw. ein Projekt, welches sich die Pflege zur Erarbeitung eigener Konzepte zunutze machen könnte.

Auch eine intensive Auseinandersetzung mit den Erlebnisberichten Betroffener ist empfehlenswert.

Der Dialog und Erfahrungsaustausch der Praktiker und Theoretiker aus dem Helfersystem, doch gerade auch aus dem Bereich der Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege kann sehr hilfreich sein und ist dank der modernen Technologien relativ unkompliziert umzusetzen.

Doch welche Möglichkeiten können innerhalb der Ausbildung der Kinderkrankenpflegeschüler(innen) genutzt werden, damit die Lernenden zur effektiven Kooperation befähigt werden und letztlich die betroffenen Kinder eine effiziente Betreuung erfahren?

Diesen Fragen versucht das geplante Projekt nachzugehen und eine adäquate Antwort darauf zu finden.

#### **4. Thema und Zielsetzung des Projektes**

Wie bereits festgestellt wurde, sind die Forderungen nach Kooperation im Zuge der lückenlosen optimalen Versorgung von durch Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch traumatisierten Kindern mehr als überfällig.

Daher ist es das übergeordnete Ziel des unter dem Leitmotiv `Multidisziplinäre und intersektorale Ausbildung von Kinderkrankenpflegeschülern im Zusammenhang mit der Problematik Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern´ zusammengefaßten zweitägigen Projektes, durch die Einbindung und Kooperation von verantwortlichen Berufsgruppen aus dem klinischen und ambulanten Sektor in der Zukunft zu einer verbesserten Versorgungslage von betroffenen Kindern und Jugendlichen beizutragen.

Vorstellbar ist hierbei:

- a) eine weiterhin bestehende, jedoch zeitlich neu geordnete Beteiligung der bereits mit dem Themenkomplex betrauten Dozent(inn)en aus den Bereichen Kinderkrankenpflege, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Pädiatrie, sowie Kindergynäkologie,
- b) erweitert werden könnte dieser Personenkreis z.B. von Kinderkrankenschwestern/ -pflegern und Erzieher(in) der kinderpsychiatrischen oder anderer Stationen,
- c) aus dem ambulanten Sektor könnten zudem folgende Fachpersonen eingebunden werden:  
z.B.

- Vertreter(in) der örtlichen Kriminalpolizei,
  - Fachpersonal aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe des Jugendamtes,
  - Vertreter(in) des Gesundheitsamtes,
- sowie
- Vertreter(in) der vor Ort ansässigen Selbsthilfegruppen;  
Deutscher Kinderschutzbund e.V. und Wildwasser e.V.

Eine Auswahl dieser Dozenten und Fachreferenten erscheint sinnvoll, da nach den Ausführungen des 11. Kinder- und Jugendberichtes aus dem Jahr 2002 bei *“einer Totalerhebung an der Münchener Universitätskinderklinik(...) 6 bis 9% aller dort behandelten Kinder Vernachlässigungs- und Misshandlungssymptome auf(wiesen).”* (BMFSFJ, 2002, S. 220)

Wenn sich diese Ergebnisse auf andere Bundesländer übertragen lassen, und das wird hier unterstellt, bedeutet es, dass von hundert Kindern, die sich in stationärer Behandlung befinden, jedes sechste bis neunte Kind infolge dieser Problematik, wenn auch nicht unbedingt primär aufgrund derselben, von Kinderkrankenschwestern bzw. -pflegern und Kinderkrankenschwestern(inne)n und den anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, sowie denen aus dem ambulanten Sektor, betreut wird.

Verglichen mit anderen Erkrankungen, die zur Einweisung von Kindern und Jugendlichen in die Klinik führen, wäre das ein in Relation hoher Anteil, der zudem mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden ist.

Auch Oberle (2002) beschreibt das im Vergleich zu plötzlichem Kindstod und bösartigen Neubildungen vergleichsweise häufigere Auftreten derartig traumatisierter Kinder und weist in diesem Zusammenhang ebenfalls auf den Mangel an entsprechenden Spezialambulanzen hin.

Es muß ebenso angenommen werden, dass die betroffenen Kinder nicht nur im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich stationär betreut werden, sondern auch besonders auf pädiatrischen und kinderchirurgischen Stationen vorzufinden sind. Darum ist eine entsprechende Fortbildung nach erfolgter Ausbildung zur Kinderkrankenschwester/-pfleger nicht ausreichend, sondern muß Bestandteil der theoretischen und praktischen Basisausbildung sein.

Bei all dem ist für die Wahl des hier vorgestellten Projektes der Verweis des Kinder- und Jugendberichtes entscheidend, dass *“Institutionen (...) ihre gesundheitsfördernden Aufgaben nur erfüllen”* können, *“wenn sie zum Wohle der Kinder und Jugendlichen zusammenarbeiten. Angesprochen sind: Das Gesundheitswesen, insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrie, das Bildungswesen, insbesondere die Schulen und heilpädagogischen Einrichtungen, die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere die Kindertageseinrichtungen, die Betriebe und die Arbeitsämter, insbesondere die Berufsberatung, die Justiz und der Strafvollzug, die Polizei, insbesondere die Jugenddezernate; sie alle besitzen ihre eigenen Zuständigkeiten, Fachkompetenzen und Finanzierungswege, die vielfach bisher schwer aufeinander beziehbar sind, zu Missverständnissen und u.U. zu langen Delegationsketten führen können(...). Kinder und Jugendliche und ihre Eltern machen häufig die Erfahrung, dass sie*

*gerade in gesundheitsgefährdenden Situationen negative Kompetenzkonflikte, Hierarchie- und Statusprobleme des Personals und angebliche Finanzierungslücken erleben und erleiden müssen.*" (BMFSFJ, 2002, S. 226)

Auch auf einer Fachtagung zur Gewalt gegen Kinder wurde kürzlich *"eine intensive Zusammenarbeit aller Fachleute"* (Kinderkrankenschwester, 2002, S.210) als wichtig erachtet und ist grundsätzlich auch in Fachkreisen anerkannt.

Aufgrund dieser formulierten Notwendigkeiten ist es wichtig, dass die Auszubildenden der Kinderkrankenpflege die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit der benannten Professionen erfahren und von diesen auch gemeinsam auf diese schwierige Arbeit vorbereitet werden.

Denn sollte zutreffend sein, dass *"Qualitätssicherung nur möglich ist, wenn die Ausführung pflegerischer Arbeit durch professionell Pflegende geschieht, dann sind die Rolle und der Beitrag der Pflegenden in diesem Zusammenhang von immenser Bedeutung."* (Giebing & Francois-Kettner, 1996, S. 69)

Und davon ist, auch wenn die Gruppe der Kinderkrankenschwestern/-pfleger in vielen einschlägigen Artikeln nicht explizit aufgeführt ist, auszugehen und in anderen Ländern, wie z.B. in Österreich<sup>7</sup> schon gelebte Praxis.

Von der Wahrnehmungs-, Interaktions- und Kommunikationfähigkeit der Pflegenden bzw. ihren Reaktionen auf verbale und nonverbale Signale der betroffenen Kinder, hängt in entscheidender (und für die Kinder letztlich auch häufig existenzieller) Weise oftmals das weitere Geschehen ab, wie eingangs schon festgestellt wurde.

Ein weiteres Ziel ist, dass für die Auszubildenden in dem Projekt der für die o.g. Fragestellungen notwendige und geschützte Rahmen zur Besprechungs- und Gefühlsarbeit geschaffen wird. Allerdings ohne in die hierbei innerhalb weiter Gesellschaftskreise übliche Verallgemeinerungen abzugleiten.

Neben dem zu vermittelnden notwendigen Wissen müssen entsprechend mit der Thematik auftretende Gefühle artikuliert, reflektiert **und von qualifizierten Dozenten und Fachreferenten begleitet** werden.

Nur so können die Auszubildenden Sicherheit im Umgang mit den betroffenen Kindern entwickeln, entsprechende Einstellungen und Verhaltensweisen zum professionellen Handeln aufbauen.

Es ist davon auszugehen, dass dieses sensible Thema von einer stark emotionalen Komponente gekennzeichnet ist und ohne eine entsprechende Reflexion seitens der Auszubildenden einerseits und der Fachreferenten andererseits ansonsten dem Bereich des *"sozialen Abwehrsystem(s)"* (Wagner & Osterbrink, 2001, S. 59) zugeordnet wird.

Denn wie auch für alle anderen mit der Thematik betrauten Berufsgruppen gilt für die Kinderkrankenpflege und deren Auszubildende:

*"Bewusste oder unbewusste Ängste und Unsicherheiten über den sinnvollen Umgang mit körperlicher Kindesmisshandlung",* sowie sicher ebenso der psychischen Misshandlung, der Vernachlässigung und dem sexuellen Missbrauch, *"lassen in diesen Fällen die mögliche Diagnose auch im Sinne einer Pflege-diagnose, (Anmerkung d. V.) einer körperlichen Misshandlung nicht `erstrebenswert`"*

---

<sup>7</sup> Die ersten Kinderschutzgruppen in Österreich wurden Anfang der 1990er Jahre gegründet und an den Kliniken angesiedelt. (Nähere Informationen hierzu können bspw. über den Sozialdienst & Kinderschutzambulanz Landes-Kinderklinik Linz erfragt werden)

*erscheinen.*” (Herrmann, 2001, S. 124)

Dies betrifft in besonderer Weise v.a. die Auszubildenden, welche in ihrer Biographie ähnliche Erfahrungen machten. Für sie sollte v.a. während und nach der Durchführung des Projektes ein medizinisch-therapeutisches Angebot bereitstehen.

Hinsichtlich der Verantwortlichkeit im Beruf ist jedoch zu unterstreichen:

*“Als Inhaber einer Profession sind Pflegende dazu aufgefordert, nicht gleichgültig, sondern vielmehr schützend über ihr eigenes Tun zu wachen. Sonst besteht die Gefahr, dass mögliche Verbesserungen ihrer Arbeit durch die Einführung neuer Arbeits- und Denkweisen keinen Einzug in den Kanon ihres vielfältigen Tuns halten werden.(...)`Erfolgreiche Qualitätsprogramme kümmern sich in gleichem Maße um die wechselhaften menschlichen Beziehungen zwischen den Managern und dem Personal, und dem Personal und dem Patienten, wie um die Einführung neuer Systeme, Spezifikationen und Messmethoden.*

*Es muß die gleiche Sorgfalt auf die Veränderungen der Arbeitseinstellung verwendet werden, wie auf deren Ausbildung, spezielle Techniken und Hilfsmittel zu erlernen.”* (Giebing & Francois-Kettner, 1996, S. 69)

Wünschenswert wäre natürlich auch, dass alle an dem Projekt beteiligten Dozenten und Fachreferenten durch die im Projektverlauf gewonnenen Erfahrungen das potenziell Wertvolle dieser Form der Kooperation erkennen, Interesse an dessen Weiterführung haben. Dann könnte langfristig auch weiteren Kursen dieses Ausbildungsangebot zur Verfügung gestellt werden.

Ergibt sich doch im Rahmen der Ausbildung insgesamt die Notwendigkeit

*”Neben dem historisch festgeschriebenen Spannungsverhältnis von Theorie =Schule und Praxis = beruflicher Alltag, das sich durch gegenseitige Abgrenzung wechselseitig stabilisiert hat (...)”* (Wagner & Osterbrink, 2001, S. 38)  
Lösungen zu finden, welche *“die traditionelle und sequentielle Vermittlung von Fachwissen (...) und anschließendem betrieblichen Einsatz zum <Wiederfinden des Gelernten in der Realität> aufbrechen und eine Vernetzung der unterschiedlichen Lernorte ermöglichen.”* (ebd.)

## **5. Gesundheitspolitische Relevanz des Projektes**

### **5.1. Gesetzliche Grundlagen, allgemeine Anforderungen und mögliche Belastungen in der Kinderkrankenpflegeausbildung**

Durch das Krankenpflegegesetz und die Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die Ausbildung der Pflegeberufe gesetzlich determiniert und im Hinblick auf die zu vermittelnden Lerninhalte auch länderspezifisch geregelt.<sup>8</sup> Hierbei ist anzumerken, dass nicht nur die Kinderkrankenpflegeausbildung, sondern auch die Ausbildung der anderen Pflegeberufe einen breit angelegten Fächerkanon aufweist.

Dies stellt an sich schon eine Herausforderung an die Organisation, Kooperation und

---

<sup>8</sup> Hessen etablierte hierzu 1991 das im Auftrag des Hessischen Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit erstellte Hessische Curriculum Kinderkrankenpflege, welches *“...die bisherige, stark fächer- und lernzielorientierte, Struktur zugunsten einer offenen und fächerübergreifenden, curricularen Konzeption...”* (S. 2) aufgab und das Fach Pflege in den Mittelpunkt der Ausbildung stellt.

Vernetzung der Unterrichtsinhalte durch die Pflegeschulen dar und erfordert eine gute Zusammenarbeit aller, die an ihr beteiligt sind. Denn der *“qualitative Aspekt pflegeberuflicher Bildung ist die Aufgabe aller, die hier Verantwortung tragen.”* (Stöcker, 2000, S.67)

Dabei gilt es jedoch festzuhalten, dass die aktuellen personellen und organisations-spezifischen Bedingungen vor Ort nicht immer geeignet sind einer hundertprozentigen Umsetzung Rechnung tragen zu können. Trotzdem wird der geforderte ganzheitliche Ansatz innerhalb der Ausbildung als unverzichtbar erachtet und ist anzustrebendes Ziel.

Denn, gilt es doch die mit der beruflichen Sozialisation verknüpften psychosozialen Belastungen, welchen die Auszubildenden während dieser Zeit - z.B. durch das Hineinwachsen in die Berufsrolle, durch die menschlichen Beziehungen zu den ihnen anvertrauten Patient(inn)en, zu Mitarbeiter(inne)n aus der Pflege und den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, durch die Belastungen, welche das Hinein- und sich Zurechtfinden in eine Institution des Gesundheitswesens und den damit verknüpften organisations-spezifischen kulturellen Bedingungen betrifft - ausgesetzt sind, so gering wie möglich zu halten. Ebenso ist sicherzustellen, dass andererseits das Ausbildungsziel<sup>9</sup> erreicht und damit eine hohe Versorgungsqualität der Patient(inn)en sichergestellt wird.

Diesem Anspruch gerecht zu werden, fällt vielen Auszubildenden nicht leicht, da *“der Beginn einer Ausbildung und der Einstieg in ein Praxisfeld wie das eines Krankenhauses für die Lernenden mit der Undurchsichtigkeit eines Labyrinths zu vergleichen ist, wo institutionelle Dynamiken sowie die Arbeit an/mit den Patient(inn)en in raumzeitlichen Dimensionen als fremd erlebt werden”* (Wagner & Osterbrink, 2001, S. 58). Die Auszubildenden befinden sich in einer Situation, wo sich *“die familiären Erfahrungen und die Innenwelt der Organisation als <<moderne Antagonismen>> “(ebd.) darstellen.* Das kann bei den Betreffenden auch zur Ausbildung verschiedener persönlicher Abwehrformen führen, welche *“jedoch bisher kaum reflektiert werden.”* (ebd., S. 59)

Will Pflege den zukünftigen Aufgaben gerecht werden, darf sie ihren Schwerpunkt auch nicht nur auf fachliches Know-How legen, sondern muß ebenso in der Ausbildungssituation zu menschlicher Begegnung, Begleitung und Beratung anregen und qualifizieren (vgl. auch Kirchner 2002).

Dies macht *“eine Verschiebung curricularer Schwerpunktsetzung durch die Akzentuierung therapeutisch-pflegerischer Inhalte gegenüber dem bisherigen medizinisch-naturwissenschaftlichem Denken notwendig”* (Wagner & Osterbrink, 2001, S. 37).

Bisher soll dies u.a. durch die Anwendung bzw. Umsetzung des Hessischen Curriculums gewährleistet werden.

Allerdings ist hier anzumerken, dass bisher auch die *“Qualität der Pflegeausbildung”* (Stöcker, 2000, S. 66) generell noch nicht Gegenstand entsprechender Evaluationen war.

---

<sup>9</sup> Nach § 4 des KrPflG :“(1) Die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger und für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten vermitteln

Des Weiteren kann ein in der Ausbildung vermitteltes Pflegeverständnis, welches davon ausgeht, dass die Art der Interaktion zwischen Patient und Pflegeperson auf psychosozialer Ebene Auswirkungen auf dessen Genesungsverlauf bzw. seine Compliance und seine Kompetenzen im Umgang mit seiner individuellen Erkrankung hat, zu einer angemessenen pflegerischen Versorgung beitragen.

## 5.2. Lernkultur und interne Ausbildungsziele

Diesem und weiteren Aspekten versuchen wir durch eine angemessene Gestaltung der Ausbildung und mit den 1996 an unserer Kinderkrankenpflegeschule letztmalig aktualisierten internen Ausbildungszielen, Rechnung zu tragen.

Die mit der Erarbeitung der internen Ausbildungsziele verknüpfte Lernkultur ist auch geprägt durch das am Klinikum seit 1996 bestehende Leitbild.

Darüber hinaus besteht für die Auszubildenden schon seit 1993 das Angebot zur freiwilligen Teilnahme an klasseninternen Supervisionen.

Wir wissen auch aus eigenem Erleben in der Ausbildungssituation, dass die beste Methode das Schwimmen zu lernen, eben nicht die ist, den Schüler/die Schülerin ins Wasser zu werfen.

Dies verbietet sich aus den Erkenntnissen der Streßforschung, sowie aus pädagogischen und gesundheitspolitischen Gründen.

Es kann besonders in Anbetracht der Tatsache, dass die Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege in der Regel zwischen 17 und 20 Jahren alt sind und bedingt durch ihre Berufswahl schon Extremsituationen kennen lernen, welchen Gleichaltrige eher selten begegnen, nicht angemessen sein.

Die oben beschriebene Form der Wissensvermittlung verstärkt die emotionalen und körperlichen Belastungen der sich uns anvertrauenden Auszubildenden und zeigt sich langfristig v.a. in Form des Burnout<sup>10</sup>, schlägt sich in hohen Fluktuationsraten und letztlich wohl geringerer mittlerer Verweildauer im Beruf nieder. Somit ist letztlich ein hohes Versorgungsniveau der zu pflegenden Patienten nicht gewährleistet.

Demgegenüber kann das Kennenlernen von verschiedenen fachspezifischen Standards innerhalb einer formellen Struktur, wie sie z.B. im Rahmen des geplanten Projektes gegeben sind, im weiteren Berufsleben dazu beitragen, dass diese auch zu einem späteren Zeitpunkt mitgetragen und verantwortungsvoll umgesetzt werden. Dies hätte also eine bessere Qualität der Arbeit zur Folge.

Betrachtet man darüber hinaus Kompetenz als zentrale persönliche Ressource (vgl. auch Grossmann 1995), so wird gerade mit Blick auf die Bewältigung dieser wohl als schwierig einzustufenden Arbeitssituation, welcher die Kinderkrankenpflegeschüler(innen) ausgesetzt sind deutlich, dass es bedeutsam ist, den Auszubildenden vielfältige Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb zu geben.

---

<sup>10</sup> "Arbeitsbelastung im Krankenhaus hat heute einen Namen und der lautet: 'Burnout'. Zum ersten Mal dargestellt wurden Ursachen, Symptomatik und Verhaltenskonsequenzen des so bezeichneten Streßsyndroms unseres Wissens durch den Psychoanalytiker Freudenberg im Jahr 1974 in einem kurzen Aufsatz mit dem Titel 'Staff Burn-Out'. Freudenberg versteht darunter einen Syptomkomplex, den Mitarbeiter in 'alternativen Selbsthilfe- und Kriseninterventionseinrichtungen' bei sich wahrnehmen. Zur genaueren Bestimmung greift er auf eine Wörterbuchdefinition von 'Ausbrennen' zurück die lautet: 'Versagen, sich ausgelaugt fühlen, Gefühl der Erschöpfung durch extreme Überforderung der eigenen Energie, der eigenen Möglichkeiten und Ressourcen' (Freudenberg 1974: 156)." (Badura, 1996)

All diese Aspekte gilt es also neben den gesundheitlichen und zukünftigen demografischen bzw. auch finanziell-ökonomischen Entwicklungen zu bedenken und hinsichtlich der Belastungsfaktoren so gering wie möglich zu halten, bzw. mit Blick auf den Ausbau von Ressourcen voranzutreiben.

### 5.3. Fragestellungen

Lehren bedeutet daher im wesentlichen nicht nur die Vermittlung quantitativ theoretisch relevanter Inhalte, bzw. das *Abarbeiten von Lehrplänen*, sondern ist auch unter dem Blickwinkel des Qualitätsmanagements, welches die Patienten/ Klienten, deren Angehörige als externe und die Auszubildenden als interne Kunden betrachtet, immer mit der Auseinandersetzung und Klärung qualitativer Fragestellungen verknüpft.

Das wirft bezüglich des geplanten Projektes, mit Blick auf die Kinder, welche im klinischen und ambulanten Sektor behandelt, versorgt und gepflegt werden, hinsichtlich der Ausbildungsinhalte sowie der Lernsituationen der Auszubildenden beispielsweise, vier zentrale Fragen auf:

- Welche Form der Darbietung ermöglicht die beste Praxis; d.h. wie kann durch das theoretische Ausbildungsangebot gute Pflege<sup>11</sup> oder die beste Handlungskompetenz der Auszubildenden erreicht werden, damit ein sich in der Klinik befindliches vernachlässigtes, misshandeltes oder durch sexuellen Missbrauch traumatisiertes Kind als solches wahrgenommen und professionell begleitet wird ?
- Welche Kompetenzen müssen die Auszubildenden erwerben, damit Kinder, die sich auf Grund ihrer Traumatisierungen in stationärer oder ambulanter Obhut befinden, optimal versorgt werden und v.a. keine "sekundären Traumatisierungen" (vgl. Klees & Friedebach 1997, Schmitt 2002) erfahren ?
- Wie läßt sich die notwendige "*Besprechungsarbeit*" (Badura, 1996), „*bzw. Gefühlsarbeit*" (Wagner & Osterbrink, 2001, S. 38) realisieren, die es den Kinderkrankenpflegeschüler(inne)n erlaubt, "*sowohl mit den eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen auf spezifische Erlebnisse und Erfahrungen in der Arbeitswelt angemessen umzugehen als auch auf die Gefühle anderer reagieren zu können.*" (ebd. S. 39)
- Kann die Bearbeitung der Thematik exemplarisch genutzt werden, d.h. ist ein Transfer der dargebotenen Inhalte auf ähnliche Problemlagen und Pflegesituationen möglich -und wenn ja- welche könnten das sein?

Auch die Aspekte, wie man den gesamtgesellschaftlichen, den regionalen, den gegenwärtigen und zukünftigen Rahmenbedingungen, den Anforderungen des jeweiligen Krankenhauses, der Stationen, der Kinderkrankenpflegeschule optimal gerecht werden kann, sind bedeutsam.

---

<sup>11</sup> Unter dem Begriff 'gute Pflege' wird der von Patricia Benner entwickelte Caring-Ansatz verstanden, welcher dem heutigen Pflegeverständnis am ehesten gerecht wird. (vgl. Benner, 1997)

Und letztlich ist die noch als unbefriedigend zu bezeichnende interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen und der *“dadurch hervorgerufenen Kommunikationsprobleme und Meinungsverschiedenheiten”* (Badura, 1996, S. 48), welche sich auf die Qualität des Outcome und des Output negativ auswirken, besonders zu beachten. Denn der *“therapeutische(n) Bedeutung interaktionsintensiver Leistungen für Akutbehandlung und Rehabilitation,(...)”* (ebd., S. 51) wird noch eine eher marginale Stellung eingeräumt.

## Teil II:

### 6. Organisation und Arbeitsstruktur in den einzelnen Projektphasen

#### 6.1. Einschätzung der Realisierbarkeit und mögliche Umsetzungsprobleme

Durch das bereits benannte Leitbild des Klinikums und die an der Kinderkrankenpflegeschule bestehende Lernkultur ist die Möglichkeit zur aktiven Einbindung aller Mitglieder als wesentliche Rahmenbedingung zur erfolgreichen Durchführung des Projektes und zur Organisationsentwicklung gegeben. Auch das Bestreben nach Umsetzung eines an den aktuellen Bedarfen der Auszubildenden orientierten Lernangebotes ist hilfreich.

Auf die Frage nach der Realisierbarkeit des Projektes wirkt sich das also positiv aus. Mögliche Probleme wie z.B. eine mangelnde Akzeptanz gegenüber Projekten sind daher seitens der Auszubildenden oder vom Kollegium kaum zu erwarten.

Allerdings sind die Dauer und inhaltlichen Schwerpunkte des Projektes ein Kriterium, welches Berücksichtigung finden muß und demzufolge einer Klärung bedarf. Auch unzureichende finanzielle Ressourcen dürften nicht zu erwarten sein, da die Honorare für die Dozenten und Fachreferent(inn)en das zur Verfügung stehende Budget an der Kinderkrankenpflegeschule nicht über Gebühr beanspruchen werden. Begründen läßt sich dies u.a. mit der primären Tätigkeit der Fachreferent(inn)en in Organisationen bzw. Institutionen, zu deren Auftrag es im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gehört, entsprechende Informationsangebote unentgeltlich sicherzustellen.

Zudem läßt sich durch eine Umverteilung von Stunden aus anderen Unterrichtsfächern erreichen, dass faktisch keine finanzielle Mehrbelastung entsteht. So könnte sich hier als möglicher Problembereich letztlich eher eine mangelnde zeitliche Verfügbarkeit der Fachreferent(inn)en herauskristallisieren.

#### 6.2. Strategien zur Akzeptanzsicherung und Unterstützung der Schulleitung

Zur Akzeptanzsicherung im Team ist es bedeutsam sich klarzumachen, dass die Veränderung eingespielter Abläufe, kooperierender Strukturen und Beziehungsmuster Verunsicherung bei den Beteiligten hervorrufen kann und nicht ohne Konflikte abläuft (vgl. Scala, 2002).

Verschiedene tragfähige Methoden zur Akzeptanzsicherung sind jedoch seit längerer Zeit etabliert. So kann z.B. eine weitgehende Akzeptanz der dargebotenen Unterrichtsgestaltung seitens der Auszubildenden unterstellt werden. Durch jährlich in allen Kursen laufende qualitative Befragungen zur Ausbildungssituation ist diese Aussage verifiziert.

In der letztmalig im Oktober 2002 durchgeführten Evaluation formulierten mehrere Auszubildende verschiedener Klassen ihre Wünsche nach weiteren Unterrichtsangeboten in Form von Projekttagen. Sie benannten hierzu u.a. als einen möglichen Themenschwerpunkt die Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Gewalt.

Hinsichtlich der Dauer des Projektes und der inhaltlichen Ausgestaltung wird jedoch die Ermittlung der wahrgenommenen individuellen Ressourcen und Bedarfe der Auszubildenden erforderlich sein, bevor eine Entscheidung getroffen werden kann. Um dies zu ermöglichen, sind im Vorfeld die Selektion und Akquisition sowie inhaltliche und finanzielle Absprachen mit den in Frage kommenden Fachreferent(inn)en nötig und durch die Schulleitung zu bewilligen. Danach werden die im Rahmenlehrplan formulierten Lerninhalte sowie die möglichen inhaltlichen Angebote der Fachreferent(inn)en in einer Übersicht zusammengetragen und den Auszubildenden transparent gemacht. Diese Zusammenstellung wiederum dient einerseits den Auszubildenden als Orientierung zur Formulierung eigener Fragen, Wünsche und Anregungen und stellt andererseits die Arbeitsgrundlage für das Team der Schule und für die inhaltliche Vorbereitung der am Projekt beteiligten Dozent(inn)en und Fachreferent(inn)en dar. (vgl. Anhang 1)

### 6.3. Einbindung des Projektes in bestehende Strukturen

*“Über den Erfolg oder Mißerfolg einer Organisation wird in der Beziehung zu den relevanten Umwelten entschieden.”* (Scala, K. 2002, S. 45)

Ausgehend von dieser Prämisse erscheinen hinsichtlich der Durchführung und Einbindung des Projektes in bestehende Strukturen v.a. folgende Überlegungen und Entscheidungen bedeutsam:

- a) Die Selektion und Akquisition weiterer möglicher Kooperationspartner aus der äußeren und inneren Umwelt der Kinderkrankenpflegeschule. (vgl. Abschnitt 4 dieser Arbeit)  
Folgende Auswahlkriterien können hierbei als Grundlage dienen:
  - \* Fachgebundene und soziale (Gruppen-) Kompetenz
  - \* Freiwilligkeit und Bereitschaft zur Kooperation
  - \* Motivation zur Teilnahme am Projekt
  - \* vorhandene zeitliche Ressourcen
- b) Die Einbindung des Projektes innerhalb der dreijährigen Ausbildung. Zur Abklärung dieser Fragestellung wird eine schulinterne Umstrukturierung und Ergänzung des Rahmenlehrplans erforderlich. Erörtert werden sollte hier auch die Frage, welche spezifischen theoretischen und praktischen Lerninhalte dem Projekt voranzustellen sind, also welche Vorkenntnisse die Auszubildenden bereits haben sollten. (vgl. Anhang 2)
- c) Auch eine Neubündelung des zur Verfügung stehenden Stundenkontingents sowie die detaillierte Zuordnung des Lernangebotes zu den einzelnen Fachreferent(inn)en aus den Bereichen der Krankheitslehre, Kinderkrankenpflege, Kinder- und Jugendhilfe, Selbsthilfegruppen und Polizei wird erforderlich, da der gesetzlich vorgegebene Rahmen innerhalb der theoretischen und praktischen Ausbildung bindend ist.
- d) Überlegungen zur Sicherheit der Auszubildenden.  
Die Wahrscheinlichkeit sich an eigens erlebte traumatische Geschehnisse zu erinnern, ist durch den zu erarbeitenden Themenkomplex und durch den hohen Anteil an Frauen innerhalb der Kinderkrankenpflegeausbildung gegeben und muß

berücksichtigt werden. Daher ist sicher zu stellen, dass während und auch nach der Durchführung des Projektes z.B. durch den betriebsärztlichen Dienst ein begleitendes Angebot geschaffen wird, auf welches die Auszubildenden bei Bedarf zurückgreifen können.

e) Sonstiges

Neben der `Beziehungspflege´ zu den Fachrefent(inn)en sowie der Sicherstellung des Informationsflusses zwischen allen Beteiligten gehört hierzu unter anderem auch die Klärung organisatorischer Fragen, wie bspw. die Ermittlung, Beschaffung und Bereitstellung notwendiger Lehr- und Lernmaterialien.

#### 6.4. Der Projektablauf, Zeitplanung

Die in Tabelle 1 beschriebenen Projektschritte sind bis zur Durchführungsphase in einer Vorlaufzeit von ca. 8 Wochen punktuell erarbeitet worden.

Zur Durchführung wurden zwei Projektstage innerhalb eines Blockunterrichtes geplant. Für die Evaluation und die Erstellung des Abschlußberichtes wurde ein Arbeitstag angesetzt.

Als Durchführungszeitpunkt wurde der Beginn des dritten Ausbildungsjahres vorgesehen. Entscheidend für diese Terminierung wirkten hierbei:

- das relativ niedrige Durchschnittsalter der Auszubildenden liegt bei 22 Jahren,
- die zur Bearbeitung der Thematik bereits erworbenen und erforderlichen theoretischen Vorkenntnisse der Auszubildenden,
- die teilweise bestehenden praktischen Vorerfahrungen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- die im Hessischen Curriculum geforderte Darbietung der Lerninhalte aus den Fächern Krankheitslehre und Kinderkrankenpflege im zweiten Ausbildungsabschnitt,
- die bereits für Januar 2003 vorgesehene vierwöchige Blockunterrichtsphase,
- die noch gegebene größere Entfernung zur Prüfungsphase, welche im Juni beginnt und als Belastungsprobe der Auszubildenden gilt.

**Tabelle 1:**

Projektphase:	Projektschritte:
<u>Einstiegsphase:</u>	Problem- und Bedarfsanalyse im Team: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umsetzung der im 11. Kinder- und Jugendbericht formulierten Forderung nach Etablierung kooperativer Strukturen bei der Versorgung der von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch betroffenen Kinder und Jugendlichen.</li> <li>- Bedarf der Auszubildenden nach Projektunterricht auch unter dem Aspekt des Phänomens Gewalt.</li> </ul>
<u>Umfeldanalyse:</u> <u>externe und interne Kooperationspartner</u>  <u>Auszubildende</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktaufnahme mit potenziellen Fachreferenten aus der Stadt zur Ermittlung der Kooperationsbereitschaft, dem möglichen inhaltlichen Angebot zur Klärung der Kosten</li> <li>- Erstellung des Entwurfs zur Schülerbefragung anhand des Rahmenlehrplans und der ermittelten inhaltlichen Angebotsmöglichkeiten der Fachreferenten (vgl. Anhang 1) und</li> <li>- Durchführung der Schülerbefragung</li> </ul>
<u>1. Zwischenbericht:</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswertung und Vorstellung der Ergebnisse im Team</li> </ul>
<u>Vorbereitungsphase:</u>	Team <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhaltliche Ausgestaltung und Dauer des Projektes</li> <li>- Klärung der notwendigen Vorkenntnisse seitens der Auszubildenden</li> <li>- Festlegung des Angebotszeitpunktes innerhalb der dreijährigen Ausbildung</li> </ul> Team <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminierung der Projektstage im Blockunterricht</li> </ul>
<u>2. Zwischenbericht:</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitergabe der Ergebnisse an die und Festlegung der Termine mit den Fachreferenten</li> </ul>
<b>Durchführungsphase:</b>	<b>Durchführung der 2 Projektstage (Ablauf vgl. Anhang 3)</b>
<b>Nachbereitungsphase: Qualitätskontrolle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Schülerbefragung</b></li> <li>- <b>Befragung der Fachreferenten</b></li> <li>- <b>Evaluation</b></li> <li>- <b>Erstellen des Abschlußberichts</b></li> </ul>
<b>Abschlußphase:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vorstellen des Abschlußberichtes im Schulteam und Weitergabe der Ergebnisse an die Fachreferenten und die Auszubildenden</b></li> </ul>

## 7. Ergebnisse:

Es wird davon ausgegangen, dass dieses hier vorgestellte Projekt sowohl nach innen, als auch nach außen seine Wirkung zeigen wird.

Denn bereits vor Beginn des Projektes wurde im Rahmen einer Umfrageaktion an anderen Kinderkrankenpflegeschulen deren Interesse sowohl an dem Vorhaben an sich und an der Übermittlung der Ergebnisse deutlich.

Somit kann an dieser Stelle als ein Ergebnis festgehalten werden, dass weitergehende Kontakte zum kollegialen Austausch innerhalb dieser Thematik zwischen den einzelnen Kinderkrankenpflegeschulen angebahnt wurden; hier also ein Stein ins Rollen geraten war.

Auch während der Schülerbefragung einerseits, sowie der Akquisition der möglichen Dozenten und Fachreferenten, war der Eindruck gegeben offene Türen vorzufinden. Des Weiteren war Erleichterung der Einzelnen darüber feststellbar, dass erstens ein derartiges Projekt realisiert werden soll und man sich zweitens diesem schwierigen Thema nicht alleine zuwenden muß.

Nach all diesen sehr positiven, wenn auch kleinen Schritten, fiel es nicht schwer, die nächsten Schritte zu planen und zu organisieren.

Infolge der hohen Motivationslage seitens der Auszubildenden und der beteiligten Fachreferenten kann also durchaus erwartet werden, dass die Durchführung der beiden Projektstage einen gelungenen Abschluss finden wird.

Voraussetzungen hierzu wurden im Vorfeld durch Gewährleistung entsprechender theoretischer und praktischer Vorkenntnisse seitens der Auszubildenden, die Befragung der Schülerinnen und die Weitergabe der Befragungsergebnisse an die Fachdozenten zwecks Ausarbeitung entsprechender Unterrichtskonzepte geschaffen.

Die mit der inhaltlichen Bearbeitung des Projektes verknüpften Fragestellungen und Wünsche der Auszubildenden zeigten den Bedarf sich diesem Themenkomplex von verschiedenen Seiten zuzuwenden.

Werden diese von den Dozenten berücksichtigt und in Form von erfahrungs-, problem- und handlungsorientierten Unterrichtsformen angeboten, dann gibt es berechtigte Hoffnung, dass ein weiterer Schritt hin zu einer verbesserten Versorgungslage der von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch betroffenen Kinder gemacht wurde.

Dies läßt sich damit begründen, dass die Auszubildenden nach erfolgtem Projekt über das relevante Basiswissen und die notwendige Sensibilität verfügen, welche sie zur pflegerischen Versorgung und Kooperation mit den Angehörigen der anderen Berufsgruppen benötigen.

Auf Seiten des Dozententeams kann erwartet werden, dass bei positivem Verlauf der Projektstage die Bereitschaft zur zukünftigen Zusammenarbeit bestehen bleiben wird.

Als mögliches Ergebnis kann auch die verbesserte Zusammenarbeit zwischen der Theorie (Schule) und der Praxis (Stationen) bzw. der Pflege und den Ärzten,

Psychologen, Psychiatern benannt werden, sofern andere Faktoren gegeben sind. Denn die weitere Entwicklung ist auch von anderen relevanten Umwelten, wie z.B. zukünftigen gesundheitspolitischen Entscheidungen abhängig. Trotzdem bleibt zu wünschen, dass dies geschieht.

Geht es doch hier auch darum, sensibel zu werden für einen notwendigen gesamtgesellschaftlichen Wertewandel, der diesen Gewalttaten gegenüber Kindern, auch gegenüber Menschen, die auf Grund einer Erkrankung, Behinderung oder infolge ihres Alters Vernachlässigung oder gar Misshandlung erfahren, Einhalt gebietet.

Pflegende sollten sich in heutigen Zeiten hier als Vorreiter verstehen, sich gesundheitspolitisch artikulieren und dem Begriff der Heilung eine auch diesbezügliche weitergehende Bedeutung geben.

Denn:

*“Heilung bedeutet, den Weg der Gewalt zu verlassen und damit den Kreislauf von Gewalt für immer zu verlassen. Es bedeutet sich der eigenen Größe bewusst zu werden und die eigenen Kraftquellen in sich zu entdecken und zu entfalten. Es bedeutet, sich auf den Weg zu sich selbst zu machen und sich damit die größte Chance für ein erfülltes und reiches Leben zu geben.”* (Pilgrim, M., 2000)

Da jedoch der persönliche Entschluss der Pflegenden zur Gewährleistung einer guten Pflege, zur Übernahme von Verantwortung und gegen eine gleichgültige Haltung gegenüber den Patienten auch abhängig ist von den strukturellen sowie institutionellen Rahmenbedingungen innerhalb des Gesundheitswesens, kann dies nur gelingen, wenn

- a) zukünftig das Engagement der Pflegeberufe weder behindert noch bestraft wird,
- b) die teilweise gegebene institutionelle Gleichgültigkeit gegenüber Pflegenden sowie
- c) die oftmals festzustellende Ausgrenzung von Entscheidungen bei gleichzeitig bestehender Aufbürdung von Verantwortung und Konsequenzen aufgehoben wird.

Dies bedeutet in letzter Konsequenz, dass in der Zukunft den Pflegenden mehr Gewicht bei der Beurteilung der Angemessenheit von guter Pflege zugestanden werden muß.(vgl. Pillen, 2002)

So kann hier als Ergebnis lediglich festgehalten werden, dass innerhalb der Kinderkrankenpflegeausbildung durch das Projekt auch diesbezügliche Einstellungen und Wertorientierungen vermittelt wurden, allerdings mit noch offenem Ausgang.

## **8. Übertragbarkeit des Projektes:**

Wie schon dargelegt, ist das Interesse anderer Kinderkrankenpflegeschulen bereits vorhanden.

Das Projekt kann in ähnlicher Form durchaus auch an diesen Schulen durchgeführt werden.

Übertragen ließe es sich unter einem anderen Schwerpunkt sicher auch auf die Kranken- und Altenpflegeausbildung.

Vorstellbar wäre ebenso eine kooperative Projektgestaltung unter Einbindung von Pflegeexperten aus Theorie und Praxis innerhalb

- der polizeilichen Ausbildung,
- der Ausbildung von Erzieherinnen oder
- der wissenschaftlichen Ausbildung von Medizinern, Sozialpädagogen und Lehrern.

Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung könnte ein entsprechendes Angebot zur Multiplikatorenschulung genutzt werden oder den Ausbau klinischer Kinderschutzarbeit einleiten.

Sich für die Umsetzung all dieser noch bestehenden Möglichkeiten einzusetzen ist eine lohnende Zielsetzung für die Zukunft.

Denn wie sagte Häuptling Seattle einst:

“Der Mensch hat das Netz des Lebens nicht gewebt, er ist nur ein Strang dieses Netzes. Was immer er dem Netz antut, tut er sich selbst an.”

## 9. Anhang:

### Anhang 1:

#### Angebot zum Projektunterricht Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch

Projektteam könnte (sofern erwünscht) evtl. zusammengestellt werden aus:	Thematische Schwerpunkte sind bzw. ( <i>kursiv Geschriebenes</i> ) könnten sein:
Krankheitslehre (Kinder- und Jugendpsychiater(in) und/ oder Pädiater(in), Kindergynäkolog(in)e)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern.</li> <li>* Häufigkeit und disponierende Faktoren</li> <li>* Zeichen der Misshandlung</li> <li>* physische und psychische Folgen</li> <li>- Diagnose, Therapie, Interventionen</li> <li>* pädiatrische und kinderpsychiatrische Interventionen zum Schutz und zur Behandlung des Kindes</li> <li>* sozialtherapeutische Strategien zur Konfliktlösung</li> <li>* <i>kindergynäkologische Praxis bei sexuellem Missbrauch</i></li> </ul>
Kinderkrankenpflege (Lehrerin für Pflegeberufe, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Erzieher(in) von Stationen der Kinder und Jugendpsychiatrie, u.a.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkennen von Gefährdungen und Misshandlungen...</li> <li>- Möglichkeiten der Reaktion im Pflorgeteam</li> <li>- <i>Notwendige Handlungskompetenzen</i></li> <li>- <i>mögliche spezielle Pflegeprobleme der betroffenen Kinder</i></li> </ul>
Polizei  (Thematische Zuordnung z.B. in Gesetzkunde oder Sozialmedizin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktuelle Daten zur Gewalt gegen Kinder</li> <li>- Darstellung der Verteilung, Trends mögliche Ursachen z.B.</li> <li>* <i>Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung</i></li> <li>* <i>Misshandlung Schutzbefohlener/ Kinder</i></li> <li>* <i>Täterprofile</i></li> <li>* <i>Tatverdächtige Kinder und Jugendliche</i></li> <li>- <i>Vorstellen der polizeilichen Arbeit und (evtl. bestehende) Präventionsangebote</i></li> <li>- Koordination und Kooperation</li> </ul>
Jugendamt  (Thematische Zuordnung z.B. in Gesetzeskunde oder Sozialmedizin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendhilfe z.B.</li> <li>* <i>Inhalte und Zielsetzung</i></li> <li>* <i>Aufgabenschwerpunkte</i></li> <li>* <i>Unterstützungsangebote für Kinder/ Jugendliche bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch</i></li> <li>- Koordination und Kooperation</li> </ul>
Deutscher Kinderschutzbund e.V. (Thematische Zuordnung z.B. in Sozialmedizin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>z.B.</li> <li>- <i>Entstehung, Zielsetzung und Aufgabenschwerpunkte</i></li> <li>- <i>Unterstützungsangebote</i></li> <li>- Koordination und Kooperation</li> </ul>

Wildwasser e.V. (Thematische Zuordnung z.B. in Sozialmedizin)	z.B. - <i>Entstehung, Zielsetzung und Aufgabenschwerpunkte</i> - <i>Unterstützungsangebote</i> - Koordination und Kooperation
--	--

**Ergebnisse der Schülerbefragung vor der Durchführung des Projektes**

**Aussagen zu folgenden Fragestellungen wären mir persönlich wichtig**

a) **Liste der von den Schüler(innen) formulierten Fragen**

b) **Liste der von den Schüler(innen) formulierten Aussagen, Wünsche und Anregungen zur Gestaltung des Projektes**

## Anhang: 2

Folgende Bezug nehmende Themen sollten im Vorfeld behandelt günstigenfalls behandelt werden:

<b>Anatomie/ Physiologie:</b>	alle Inhalte abgeschlossen
<b>Berufskunde:</b>	Krankenpflegetheorien, -philosophien * ganzheitliche Pflege * Bedürfnis-, Interaktions-, Pflege- ergebnismodell * Antroposophische Pflege - Reflexion der Helferrolle - Pflegesysteme, -standards und -qualität - Ethische Grundregeln der Krankenpflege
<b>Staatsbürgerkunde:</b>	- Geschichte der Menschenrechte - Grundrechte
<b>Gesetzeskunde:</b>	Familienrecht - Elterliche Sorge, Personensorge * Gesetz zur Achtung der Gewalt in der Erziehung * UN-Kinderrechtskonvention - Straftatbestände: z.B. Körperverletzung, Pädophilie, Inzest, Vergewaltigung
<b>Soziologie:</b>	- Kulturelle Stellung der Geschlechter - Gewalt gegen Frauen
<b>Pädagogik:</b>	- Anthropologische Grundlagen der Erziehung
<b>Psychologie:</b>	- Wahrnehmung Nähe und Distanz, Körperkontakt - Entwicklung der Sexualität - Abwehrmechanismen, Verdrängung
<b>Sozialmedizin:</b>	- Sozialpolitische Grundlagen - Berufsgruppen im Gesundheitswesen - Soziologische Struktur der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung medizinischer Fragestellungen - Lebenswelt der Kinder sowie ihre Auswirkung sozialmedizinisch relevante Aspekte - Sozialpädiatrische Statistik * Grundlegende Bedeutung * Zweck, Aufgaben
<b>Hygiene:</b>	- Gesundheitsgefährdung krankenpflegerischer Berufe z.B. * Psychohygiene/Streßinventar

Anhang 3:

**Ablauf der Projekttag**

<b>1. Projekttag</b>	<b>2. Projekttag</b>
1. Stunde(90´): Begrüßung und Krankheitslehre (Kinder- und Jugendpsychiatrie)	1. Stunde (90´): Begrüßung und Fachbeitrag Jugendamt
2. Stunde(90´): Krankheitslehre (Kinder- und Jugendpsychiatrie)	2. Stunde (90´): Fachbeitrag Kinderschutzbund e.V.
3. Stunde (90´): Kinderkrankenpflege LfP, SL und Erzieherin der Kinder-und Jugendpsychiatrie	3. Stunde (90´): Fachbeitrag Wildwasser e.V.
Mittagspause	Mittagspause
4. Stunde (90´): Fachbeitrag des Referenten (Kripo) der Polizeidirektion	4. Stunde (90´): Alle Fachreferent(inn)en zur offenen Fragestunde in der Abschlußrunde

## 10. Verwendete Literatur:

1. Badura, B. & Feuerstein, G. (1996): Systemgestaltung im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München
2. Bass, E. & Davis, L. (1993): Trotz allem Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen
3. Benner, P. (1997): Pflege, Stress, Bewältigung, Huber Verlag, Bern
4. Bernecker-Wolff, A. u.a. (2000): Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen. Kinderschutz-Zentrum Berlin (Hrsg.) 9. Auflage
5. Bienemann, G. u.a. Hrsg., (1995) Handbuch des Kinder- und Jugendschutzes: Grundlagen, Kontexte, Arbeitsfelder, Votum Verlag, Münster
6. Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen BIG e.V., Hrsg., (2001): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Alte Ziele - neue Wege. Broschüre 1
7. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 2001, Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Schriftenreihe Band 209, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
8. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 2002, Elfter Kinder- und Jugendbericht Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Druck MuK, Medien- und Kommunikations GmbH, Berlin
9. Bundesministerium für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom ... 2002. <http://www.bmgesundheit.de/downloads-gesetze/gesundheitsberufe/krankenpflege-ge...>
10. Engfer, A. (2002): Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern. Persönlich von Prof. Engfer zur Verfügung gestelltes Manuskript Ihres Beitrags zu: Oerter, R. & Montada, L., Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Februar 2002
11. Gerber, U., u.a. (2001): Einführung in die Gesundheitswissenschaften. 1. Studententext des Weiterbildenden Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften. Bielefeld, Magdeburg
12. Giebing, H. & Francois-Kettner, H. (1996): Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis, 1. Auflage, Eicanos-Verlag, Bocholt
13. Grossmann, R. (1995): Teamarbeit im Krankenhaus. In: Frischenschlager, O. et.al.(Hrsg.): Lehrbuch zur psychosozialen Medizin. Wien, New York, Springer
14. Herrmann, B. (2001): Der Stellenwert medizinischer Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung im multiprofessionellen Kontext - mehr als die Diagnose einer Fraktur. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung; Interdisziplinäre Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) e.V., Jahrgang 4, ( Heft 2) Dezember 2001, S. 123 - 145
15. Herrmann, B. (1995): Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmißbrauch. Unveröffentl. Manuskript, Kassel. <http://home.t-online.de/home/320028007954/sr/prd/German/lib/Herrmann1995.html>
16. Hessisches Curriculum Kinderkrankenpflege 1. und 2. Ausbildungsabschnitt. Hrsg.: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. 1991
17. Kavemann, B.: Der Preis der Gewalt - Gesellschaftliche Folgekosten von Gewalt im Geschlechterverhältnis <http://www.asfh-berlin.de/gewaltverhaeltnisse/AbstractKavemann.html>
18. Kinderkrankenschwester 21. Jahrgang (2002) Nr. 5, S. 210, Artikel über die Fachtagung Gewalt gegen Kinder
19. Kirchner, J. (2002): Aufgaben und Perspektiven der Pflege. In: Arnold, Klauber, Schellschmidt : Krankenhaus-Report 2001 Schwerpunkt:

- Personal. Schattauer Verlag Stuttgart, Kapitel 12, S. 141
20. Klees, K. & Friedebach, W. (1997): Hilfen für missbrauchte Kinder  
Interventionsansätze im Überblick. Beltz Verlag Weinheim und Basel
  21. Kurtenbach u.a. (1986): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und  
Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Verlag W. Kohlhammer  
GmbH Köln
  22. In Mühlbauer, Bernd H. & Schellenberg Peter (2001): Management und Humanität im  
Gesundheitswesen. Schriftenreihe Band 1, Lit-Verlag, Münster Seite 1-32
  23. Oberle, A. (2002): Möglichkeiten und Grenzen des Kinderarztes bei der  
Aufdeckung von Kindesmisshandlung. kinderkrankenschwester 21. Jg., August 2002.  
S. 345 - 348
  24. Pilgrim, M. (2000): Getrennt von uns selbst. Über die Heilung sexueller  
Gewalttraumata in der Kindheit. Focus Verlag, Gießen
  25. Pillen, A. (2002) Gerechtigkeit und gute Pflege. In: Pflege Die wissenschaftliche  
Zeitschrift für Pflegeberufe 5/2002. Huber Verlag
  26. Schmitt, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz.  
<http://www.kinderprojekte.de/kffk/sekundar.html>.
  27. Shapiro, F. & Silk Forrest, M. (2001): EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter  
Menschen, Jungfermann Verlag Paderborn
  28. Scala, K. (2002): Grundlagen der Organisationsentwicklung. 10. Studententext des  
Weiterbildenden Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften. Bielefeld,  
Magdeburg
  29. Stöcker, G. (2000): Qualitätsmanagement für die Schulen der Gesundheitsfachberufe.  
PflegePädagogik [www.PR-InterNet.com](http://www.PR-InterNet.com) für die Pflege, 2. Jahrgang 3/2000, S. 64 - 69
  30. Wagner, F. & Osterbrink, J. (Hrsg.), (2001): Integrierte Unterrichtseinheiten. Ein  
Modell für die Ausbildung in der Pflege, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
  31. Wirtz, U., (1989): Seelenmord. Inzest und Therapie. Kreuz Verlag, Zürich