

„Gewaltfreie Pflege und Schutz von Kindern in medizinischen Einrichtungen“

Inhaltsverzeichnis

1 Fachlicher Hintergrund	1
1.1 Formen der Gewalt gegen Kinder	1
1.2 Vulnerabilität von Kindern in medizinischen Einrichtungen	2
2 Studienlage in Deutschland	3
3 Handlungsstrategien und Kinderschutzkonzepte	4
4 Didaktische Planung	6
4.1 Curriculare Einordnung	6
4.2 Lehr- und Lernziele	7
4.3 Planungsentscheidungen Unterrichtskonzept	8
5 Das Planspiel im Pflegeunterricht	9
6 Fazit	11
Literaturverzeichnis.....	12

Anhang I Die zehn Artikel der EACH-Charta für kranke Kinder

Anhang II Tabellarische Übersicht Unterrichtseinheiten

Anhang III Situation der Pflegefachkraft Thomas

1 Fachlicher Hintergrund

„Du hast das Recht auf Schutz, damit du weder körperlich noch seelisch misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt wirst“ (Unicef, 2022a, 23). So werden Kinder in der kinderfreundlichen Version der UN-Kinderrechtskonvention direkt angesprochen. Im Artikel 19 der Konvention heißt es weiter, dass sich die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen 1989 darauf verständigt haben, alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, „um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen“ (Unicef, 2022b, 22). Die UN-Kinderrechtskonvention macht deutlich, dass Kinder durch geeignete Maßnahmen vor allen Formen von Gewalt geschützt werden müssen. Dies gilt auch für Kinder im Krankenhaus, die aufgrund von Krankheit, medizinischen Eingriffen und Fremdbestimmung besonders vulnerabel sind und daher besonderen Schutz benötigen. Im Rahmenlehrplan der generalistischen Pflegeausbildung wird das Thema *Gewalt* in verschiedenen curricularen Einheiten behandelt, unter anderem mit dem Schwerpunkt *Gewalt in der Pflege*. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen dieser Prüfungsleistung ein Unterrichtskonzept für Auszubildende im Pflegeberuf entwickelt, das den Fokus auf *Gewaltfreie Pflege und Schutz von Kindern in medizinischen Einrichtungen* legt. Dabei wird der Fragestellung nachgegangen, wie und mit welchen Methoden Auszubildende dazu befähigt werden können, eine gewaltfreie Pflege auszuüben und den Schutz von Kindern im Krankenhaus zu gewährleisten. Diese Fragestellung ist als gedankliche Grundlage des Unterrichts zu verstehen

Im Folgenden werden nun einführend mögliche Formen der Gewalt gegen Kinder benannt und außerdem die besondere Vulnerabilität von Kindern im Krankenhaus erläutert und anhand der EACH-Charta aufgearbeitet.

1.1 Formen der Gewalt gegen Kinder

Kindesmisshandlung umfasst körperliche und psychische Gewalt, sexuellen Missbrauch sowie jede Form der Vernachlässigung von Kindern (vgl. Heim, 2023). Gewalt gegen Kinder zeigt sich demnach bereits, wenn grundlegende Bedürfnisse von Kindern wie Schutz und Sicherheit, körperliche Unversehrtheit, Respekt sowie soziale und emotionale Zuwendung nicht gegeben sind.

Körperliche Misshandlungen und direkte Gewalteinwirkungen gegen Kinder sind Formen der physischen Gewalt, dazu zählen z.B. das Schlagen oder Treten von Kindern, das Schütteln von Neugeborenen oder Verbrühungen und Schädigung durch Intoxikation. Körperliche

Vernachlässigung kann als „unzureichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge, die zu Ge-
deih- und Entwicklungsstörungen führt“ festgelegt werden (Martach & Stöppel, 2024, 42).

Sexuelle Handlungen an oder mit Kindern gelten als sexualisierte Gewalt, da sie gegen den Willen der Kinder erfolgen und Kinder aufgrund körperlicher, psychischer, geistiger oder sprachlicher Unreife nicht in der Lage sind, bewusst zuzustimmen (vgl. Unicef, 2020). Dementsprechend ist jede Form menschlicher Sexualität, die Erwachsene gegenüber Kindern unter 14 Jahren ausüben, als sexueller Missbrauch zu verstehen. Kinder reagieren unterschiedlich auf sexuellen Missbrauch. Die körperlichen und psychischen Symptome sind variabel. Es gibt keine Verhaltensweisen, die eindeutig auf sexualisierte Gewalt hinweisen (vgl. Martach & Stöppel, 2024).

Psychische Gewalt an und emotionale Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen werden in der Literatur als „Handlungen bzw. Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder und Jugendliche dauerhaft, wiederholt oder schwerwiegend ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer psychischen und oder körperlichen Entwicklung beeinträchtigen und schädigen können“ definiert (Kinderschutz-Zentren, 2022, 5). Dabei Formen von psychischer Gewalt gegen Kinder sind z.B. Bedrohen, Manipulieren oder extreme Überfürsorge. Die Folgen psychischer Gewalt sind ebenso komplex und heterogen wie die anderer Gewaltformen. Ihr Ausmaß wird, vergleichbar mit den Folgen von körperlicher oder sexualisierter Gewalt, wesentlich durch die Intensität und Dauer der Belastung sowie durch entwicklungsbezogene Faktoren wie z.B. dem Alter des Kindes oder individuellen Ressourcen beeinflusst. Sowohl emotionale Vernachlässigung als auch psychische Gewalt treten häufig auf und sind keineswegs als weniger belastend einzustufen als andere Gewaltformen gegen Kinder (vgl. ebd., 2022).

1.2 Vulnerabilität von Kindern in medizinischen Einrichtungen

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, dies gilt im Besonderen dann, wenn sie krank sind“ (Kohler, 2024, 19). Die Bedürfnisse von Kindern variieren in Abhängigkeit von ihrem Alter und Entwicklungsstand – auch während eines Aufenthaltes in einer medizinischen Einrichtung. Ihr Erleben von Körper und Krankheit sowie ihre Fähigkeit, Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, sind dabei eng mit ihrer kognitiven, emotionalen und psychosozialen Entwicklung verknüpft. Unabhängig von Gesundheit oder Krankheit befinden sich Kinder kontinuierlich in einem Entwicklungsprozess. Dementsprechend können Erlebnisse im Krankenhaus für Kinder besonders traumatisierend sein, z.B. die Anlage einer peripheren Venenverweilkanüle. Und ein Aufenthalt im Krankenhaus unterschiedliche Ängste und Unsicherheiten auslösen (vgl. Kohler, 2024).

Das *Aktionskomitee Kind im Krankenhaus* (AKIK) ist 1968 als Elterninitiative entstanden und setzt sich bis heute für die Rechte von Kindern im Krankenhaus ein. 1988 wurde in internationaler Zusammenarbeit die *European Association for Children in Hospital* (EACH) gegründet. Auf Grundlage der UN-Kinderrechtskonvention wurden mit der Gründung von EACH die zehn Artikel der EACH-Charta verabschiedet, die als Basis für deren Tätigkeit dienen (vgl. AKIK, 2018). Als Beispiel kann an dieser Stelle genannt werden, dass Kinder unabhängig von ihrem Alter das Recht darauf haben, jederzeit von einer Bezugsperson begleitet zu werden, insbesondere während medizinischer und pflegerischer Maßnahmen oder auch das Recht auf entwicklungsangepasste Pflege und Behandlung. Die Formulierung der Artikel zeigt, dass die EACH-Charta dazu beiträgt, Kinder im Krankenhaus vor physischer und psychischer Gewalt zu schützen, Vernachlässigung zu verringern und Schädigung durch Strukturen und Abläufe im Krankenhaus einzudämmen (siehe Anhang I). Insgesamt unterstreicht die EACH-Charta die Bedeutung einer kindgerechten und gewaltfreien Krankenhausversorgung und macht deutlich, dass die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern notwendig ist, für deren körperliche und seelische Sicherheit.

2 Studienlage in Deutschland

Zum Thema Gewalt an Kindern in Gesundheitseinrichtungen und medizinischen Institutionen gibt es aktuell, trotz der in 2010 4570 bekannt gewordenen Missbrauchsfälle in erzieherischen und kirchlichen Einrichtungen und darunter 59 Personen, die im Rahmen medizinischer oder psychotherapeutischer Maßnahmen sexuell missbraucht wurden, nur wenige Daten (vgl. Rassenhofer et al., 2021). Weitere Daten konnten durch eine Repräsentativbefragung zur Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch in medizinischen Institutionen in Deutschland durch Clemens et al. (2019) erhoben werden. Dabei gaben 19 Prozent der 2516 Befragten im Alter zwischen 18 und 90 Jahren an, in ihrer Kindheit von mindestens einer Misshandlungsform betroffen gewesen zu sein. Dabei konnten die Misshandlungsformen der Vernachlässigung, der körperlichen, sexuellen und emotionalen Gewalt durch Drohungen oder Weitergabe von vertraulichen Informationen, festgestellt werden (vgl. Rassenhofer et al., 2021).

Hoffmann et al. (2020) haben weitere, ausdifferenzierte Daten zur Häufigkeit in Allgemein- und Kinderkliniken beschrieben. 17,3 Prozent der 474 befragten Personen gaben an, mindestens eine Form der Misshandlung oder Vernachlässigung während ihres Krankenhausaufenthaltes erlebt zu haben. Auch hier waren die häufigsten Formen von Missbrauch die Vernachlässigung, die emotionale und körperliche Gewalt. Dabei konnte festgestellt werden, dass in zwei Dritteln der Fälle von körperlicher Gewalt und in 85 Prozent von emotionaler Gewalt Frauen beteiligt waren. In einem Drittel der Fälle von emotionaler Gewalt und in 55 Prozent von

körperlicher Gewalt waren Männer beteiligt, wobei sexuelle Übergriffe ausschließlich von Männern ausgingen (vgl. Rassenhofer et al., 2021).

Trotz der mangelnden Datenlage zur Gewalt und Misshandlung von Kindern in medizinisch-therapeutischen Einrichtungen, lassen die vorliegenden Daten auf eine hohe Rate (circa ein Fünftel der Bevölkerung) von Übergriffen an Kindern und Jugendlichen schließen. Aufgrund der mangelnden Datenlage zu diesem Thema bedarf es weiterer Forschung (vgl. Rassenhofer et al., 2021). Dennoch ist anhand der bereits durchgeführten Forschung festzustellen, dass es einen hohen Bedarf an Schutzstrukturen für Kinder und Jugendliche gibt.

3 Handlungsstrategien und Kinderschutzkonzepte

Um Handlungsstrategien und Kinderschutzkonzepte in das Gesundheitssystem etablieren zu können, bedarf es der Umsetzung fallunabhängiger und fallbezogener Aspekte, die für einen Kinderschutz in der medizinischen Versorgung notwendig sind. Fallunabhängige Aspekte sind hierbei die Etablierung von Kinderschutz- und Netzwerkstrukturen, systemübergreifender Netzwerkstrukturen und die Umsetzung der Inhalte der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie sowie die Vermittlung von rechtlichen Grundlagen zum Bundeskinderschutzgesetz. Zu den fallbezogenen Aspekten gehören die Verantwortungsübernahme, das Bewusstsein für Zuständigkeit und Aufgaben, die Risikoanalyse mit einer Schadensprognose, der multiprofessionelle Ansatz mit systemübergreifender Kooperation und der Beteiligung der Kinder und Jugendlichen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2023). Ziele von Handlungsstrategien und Kinderschutzkonzepten sollen dabei der Gewinn von Handlungssicherheit im Umgang mit „Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/ oder sexuellen Missbrauch“ (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2023, 3) sein. Um Kinderschutzkonzepte und Handlungsstrategien erfolgreich umsetzen zu können, werden alle im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsgruppen als Adressat*innen geführt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2023).

Berufsgruppen, die in diversen medizinischen Bereichen mit Kindern arbeiten, nehmen neben den Eltern eine Garantenstellung ein. Sie sollen, wenn der Verdacht eines Versorgungsdefizits oder einer Form der Misshandlung besteht, sich in der Pflicht sehen, zu handeln und beispielsweise im interprofessionellen Team das Jugendamt über solche Missstände zu informieren. Der präventive und hilfeorientierte Kinderschutz soll außerdem dazu beitragen, frühzeitig weitere Gefährdungen abzuwenden und der Familie Hilfe zur Veränderung zu geben. Das Kind oder die jugendliche Person steht dabei zu jedem Zeitpunkt mit den eigenen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Hierfür können Leitfragen für Fachpersonal berücksichtigt werden. Fragen, ob die

Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen des Kindes berücksichtigt werden, oder ob die Person altersgerecht am Prozess beteiligt wurde, können dabei helfen, das Risiko einschätzen zu können. Stabile Arbeitsstrukturen, wie beispielsweise Organisationsmanagement mit strukturieren Abläufen, Aufgaben und Zuständigkeiten oder Kinderschutzgruppen können dabei helfen, den Kinderschutz in den Arbeitsalltag aller Professionen zu integrieren. Unterschiedliche Professionen bilden zum Kindeswohl eine systemübergreifende Vernetzung, um sowohl problematische Verläufe als auch präventiv mit unterschiedlichem fachlichem Wissen begleiten zu können. Diese Prinzipien sind sowohl im Prozess der fallbezogenen Arbeit als auch im Prozess der fallunabhängigen Arbeit unabdingbar (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2023).

Schutzkonzepte bedürfen verschiedener Elemente, um diese erfolgreich implementierbar zu machen. Dazu gehören, wie bereits beschrieben, das Leitbild einer Gesundheitseinrichtung, ein Verhaltenskodex mit Selbstverpflichtungserklärung, Fortbildungen, Partizipation, Präventionsangebote, Informationsveranstaltungen für Eltern und mitwirkende Berufsgruppen, strukturierte Beschwerdeverfahren, Handlungspläne und die Kooperation im interprofessionellen Team (vgl. Pooch et al., 2019, 5).

Um eine Klinik als Kompetenzort zu stärken, bedarf es beispielsweise dem Kinderschutzkonzept der „Kinderschutzgruppe“ (Pooch et al., 2019, 74). Kinderschutzgruppen bestehen aus mindestens drei freiwilligen an einer Klinik beschäftigten Mitarbeitenden, welche sich regelmäßig zum Thema des Kinderschutzes fortbilden. Die Zusammensetzung einer Kinderschutzgruppe soll aus einer* leitenden Facharzt*Fachärztin mit kinderschutzmedizinischer Erfahrung, einer Fachkraft aus dem psychosozialen Dienst und einer Fachkraft aus dem Pflegedienst bestehen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2022). Sie bearbeiten dabei innerhalb ihres Arbeitskreises Verdachtsfälle und gehen dabei in den Austausch mit anderen Institutionen. Sie besprechen sowohl gesicherte Fälle der Kindeswohlgefährdung und das weitere Vorgehen innerhalb dieses Falls als auch Fälle, in denen das Kindeswohl möglicherweise gefährdet sein könnte und erörtern mögliche präventive Handlungsansätze. Die Kinderschutzgruppen behandeln dabei nicht nur Fälle der Kindeswohlgefährdung außerhalb der Institution, sondern auch innerhalb der Institution (vgl. Pooch et al., 2019). Kinderschutzgruppen bearbeiten also Fälle im interprofessionellen Team unter Berücksichtigung der Grenzen der medizinischen Diagnostik. Die Implementierung und der Erfolg der Gruppen zum Kinderschutz können allerdings nur mithilfe der Unterstützung von den Ebenen der Geschäftsführung und weiteren Leitungsebenen der kinderversorgenden Kliniken gelingen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2023). Kinderschutzgruppen sind bereits deutschlandweit in Kliniken integriert und werden außerdem im Bearbeitungsprozess einer

Kindeswohlgefährdung durch die *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik* (vgl. Kinderschutz-Leitlinienbüro, 2019) empfohlen.

4 Didaktische Planung

Das Unterrichtskonzept orientiert sich didaktisch an den curricularen Vorgaben der generalistischen Pflegeausbildung sowie an aktuellen berufspädagogischen Erkenntnissen. Ziel ist es, Auszubildende zu befähigen, Gewalt in der Pflege zu erkennen, präventiv zu handeln und Kinder als besonders vulnerable Patient*innengruppe professionell zu schützen. Die Planung folgt einem kompetenzorientierten Ansatz, der sowohl fachliche als auch kommunikative, ethische und reflexive Kompetenzen adressiert.

4.1 Curriculare Einordnung

Das Thema „Gewaltfreie Pflege und Schutz von Kindern in medizinischen Einrichtungen“ lässt sich im dritten Ausbildungsdrittel der generalistischen Pflegeausbildung verorten. Das Handlungsfeld „Kindern in ihrer Entwicklung fördern“ gehört zum curricularen Bereich CE10 im Rahmenlehrplan nach §53 Pflegeberufegesetz. In der CE „Entwicklung und Gesundheit von Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2019, 173) erwerben die Auszubildenden vertiefte Kompetenzen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen. Dazu zählt explizit auch eine reflektierte Haltung zum Schutz von Kindern zu entwickeln, im Einklang mit der UN-Kinderrechtskonvention. Sie sollen beispielsweise eine begründete und reflektierte Position zum Schutz von Kindheit und Jugend entsprechend der Konvention über die Rechte des Kindes einnehmen. Auch im Hinblick auf Gewaltprävention gibt es einheitliche Vorgaben im Rahmenlehrplan. Dort ist vorgesehen, Gewaltprävention im dritten Ausbildungsdrittel explizit zu thematisieren (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung, 2019). Gegen Ende der Ausbildung sollen die Auszubildenden darauf vorbereitet sein, mit Gewalt in der Pflege umzugehen und solche Übergriffe im Vorherein zu vermeiden. Die Auszubildenden haben bereits pflegerisches Grundlagenwissen und verfügen über Praxiserfahrung. Dies können sie nutzen um komplexe ethische und kommunikative Inhalte wie Kinderschutz adäquat zu bearbeiten und berührt dabei diverse Kompetenzbereiche der Ausbildung.

4.2 Lehr- und Lernziele

Bei der Planung der Lerneinheit werden Lehr- und Lernziele in allen drei Lernzielbereichen formuliert. Ziel ist es Sowohl kognitive, affektive als auch psychomotorische Lernergebnisse zu erzielen (vgl. Bloom et al., 1956). Dadurch entwickeln die Lernenden umfassende Kompetenzen im Sinne des PflBG.

Im Bereich der kognitiven Lernziele sollen die Lernenden ein fundiertes Wissen über die Thematik erwerben, abgeleitet aus dem Rahmenlehrplan (2019). Dazu zählen Kenntnisse über verschiedene Formen von Gewalt in der Pflege an Kindern, Beispiele für Risikofaktoren in der Pflege und entwickeln ein Klares Verständnis für Gewalt und Machtmissbrauch. Außerdem werden rechtliche Grundlagen des Kinderschutzes im Gesundheitswesen erläutert. Wichtige Regelwerke wie die UN-Kinderrechtskonvention (2022) oder die EACH-Charta (2018), welche die Rechte von kranken Kindern festschreibt. Sie sind vertraut mit der aktuellen AWMF-Leitlinie Kinderschutz (2019) und wissen, dass diese einen evidenzbasierten Handlungsleitfaden bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bietet. Außerdem können Sie Präventionsmaßnahmen und Konzepte darlegen, um Gewalt in der Pflege zu verhindern und kennen beteiligte Akteur*innen und Zuständigkeiten im interprofessionellen Kinderschutz.

Genauso wichtig wie die kognitive ist die affektive Dimension: Die Lernenden sollen eine professionelle Haltung und Sensibilität im Umgang mit Kindern entwickeln (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2019). Zum einen gehört dazu eine gewaltablehnende Einstellung- Dies schließt scheinbar *kleine* Übergriffe ausdrücklich mit ein. Die Auszubildenden reflektieren Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in der Pflege kritisch und erkennen die eigene Verantwortung in solchen Situationen. Sie zeigen Empathie und Verständnis für die Situation kranker Kinder und ihrer Familie und können sich in die verschiedenen Perspektiven versetzen. Im Rahmen der CE sollen die Lernenden ein ethisches Bewusstsein ausbilden, um in Konfliktfällen zum Wohl der Kinder zu entscheiden und Dilemmata wahrzunehmen. Das Wohl und der Schutz der Kinder haben die oberste Priorität in ihrem Handeln und die Lernenden sollen bereit sein, für die Rechte des Kindes einzustehen, sowohl gegenüber den Kolleg*innen, als auch gegenüber Angehörigen.

Abschließend werden auch psychomotorische Lernziele formuliert, um praktische Fertigkeiten im Umgang mit Gewaltsituationen bzw. deren Prävention einzuüben. Es werden Kommunikations- und Interaktionsstrategien besprochen und wie diese altersgerecht angewendet werden können. Konkret sollen sie üben, medizinisch-pflegerische Maßnahmen kindergerecht anzukündigen und durchzuführen. Beispielsweise erklären sie verfahren in einfachen Worten, nutzen visuelle oder spielerische Hilfsmittel und nehmen die Ängste von Kindern wahr. Zudem kennen die Lernenden Deeskalationstechniken und können diese praktisch anwenden. Im

Fälle einer aufkommenden Aggression wissen sie, wie sie körperliche und verbale Deeskalation umsetzen.

4.3 Planungsentscheidungen Unterrichtskonzept

Bei der didaktischen Planung dieser Lerneinheit wurden verschiedene Entscheidungen getroffen, um den Unterricht für die Lernenden optimal zu gestalten. Zentrale Aspekte dabei waren die didaktische Reduktion, die gewählte Lehr-/Lernmethode sowie der erwartete didaktische Mehrwert für die Lernenden (vgl. Oelke und Meyer, 2013). Da in einem begrenzten Rahmen von 24 UE nicht sämtliche Facetten bis ins Detail behandelt werden können, erfolgt eine gezielte Schwerpunktsetzung auf Inhalte, die für angehende Pflegefachpersonen in der klinischen Praxis relevant sind. Theorie und Hintergründe werden nur so weit behandelt, wie sie zum Verständnis notwendig sind. Dadurch wird sichergestellt, dass die Lernenden die zentralen Botschaften klar erkennen. Um die oben genannten Lernziele zu erreichen, werden verschiedene Methoden eingesetzt. Sie sollen die Lernenden aktivieren und unterschiedliche Lernkanäle ansprechen. Es wird mit kooperativen Methoden und Gruppenarbeiten gearbeitet, wobei das Planspiel im Zentrum der praktischen Übung steht. Dies ermöglicht eine realitätsnahe Situation gefahrlos zu erproben und die Handlungskompetenz der Lernenden zu stärken. Zudem werden auch emotionale und moralische Aspekte spürbar, wenn man sich in eine Rolle hineinversetzt (vgl. Oelke und Meyer, 2013). Impulsvorträge und Lehrgespräche kommen dosiert zum Einsatz, wo Faktenwissen vermittelt werden muss. Die Ausstattung mit Smartboards und Tablets ermöglicht dabei eine moderne Unterrichtsgestaltung und unterstützt das Prinzip des selbstgesteuerten Lernens im Sinne des Rahmenlehrplans. Nicht zuletzt bereitet die Lerneinheit Pflegeauszubildende praxisnah auf ihre Rolle vor, da die hier vermittelten Kompetenzen in ihrem Berufsalltag unmittelbar benötigt werden.

Eine Übersicht der festgelegten Planungsentscheidungen über die 24 UE werden in einer tabellarischen Unterrichtsverlaufsplanung im Anhang II dargestellt (vgl. Schewior-Popp 2014). Dabei ist das entworfene Unterrichtskonzept mittels Situationsanalyse nicht auf einen expliziten Ausbildungskurs zugeschnitten. Die tabellarische Unterrichtsverlaufsplanung ist als ein mögliches, allgemeines Unterrichtskonzept für das letzte Ausbildungsdrittel der generalisierten Pflegeausbildung zu betrachten.

5 Das Planspiel im Pflegeunterricht

„Planspiele werden seit vielen Jahren erfolgreich als Methodik in der Wirtschaft eingesetzt und gelten dort als fester Bestandteil der Berufsbildung“ (Stober, 2023, 201). Hier sowie im politischen Sektor gelten Planspiele mittlerweile als wichtiger Punkt der Berufs(aus)bildung, da dabei alle geforderten Kompetenzen – Fach-, Methoden, Sozial- und Kommunikationskompetenz – gleichermaßen gefördert werden können, was als ideal angesehen wird (vgl. Stober, 2023). Mittlerweile hat man festgestellt, dass der gewünschte Transfer-Effekt, der im Managementbereich schon länger nachgewiesen werden konnte, auch auf das pädagogische Handlungsfeld übertragbar ist, und eine hohe Wirksamkeit für das reale Handeln erzielt werden kann (vgl. Kerres & Wissing, 2020). Gleichzeitig stellten Kerres und Wissing (2020) fest, dass es für die Profession Pflege kaum konkrete Planspiele gibt, geschweige denn Szenarien, die auf didaktisch-methodischen Theorien basieren, was sie veranlasste, sich im Rahmen der Hochschullehre Pflegepädagogik mit dem Thema auseinanderzusetzen, und konkrete Planspiele zu entwickeln. Herz (2000) entwickelt dabei eine Definition, die besagt, dass ein Planspiel eine methodisch organisierte Tätigkeit sei, bei der mehrere Teilnehmende sich in Gruppen zusammenschließen und in wechselnden Situationen, Rollen und Szenen interagierend handeln, wobei durch die Gruppenbildung ein Wettbewerb entstehen kann, der den Ehrgeiz für zielorientiertes und effizientes Handeln steigern kann. Hier kann ein möglichst realitätsgetreue Spielwelt geschaffen werden – ein wesentlicher Aspekt eines Planspiels -, die jedoch stark abstrahiert auf wenigen Annahmen beruht und in der die Planspielteilnehmenden agieren und interagieren (vgl. Thiemann, 2023). Als Chance für den Pflegeunterricht wird dabei vor allem das „lebendige Lernen“ (Stober, 2023, 203) genannt, woraus sich ihrer Meinung nach eine gesteigerte Lernmotivation der Lernenden ergibt, indem Abwechslung in den Schulalltag gebracht werde. Stober gibt an, dass es bei Implementierung von Planspielen im Unterricht zu einem überaus großen Lernerfolg komme, „da sie in der Regel als ‚Highlight‘ für Lehrende und Lernende gesehen werden“ (Stober, 2023, 203). Das Lernangebot Planspiel biete Spaß und Spannung im Lernprozess durch überraschende Ereignisse und unvorhersehbare Situationen ebenso wie eine große Kreativität. Da der erarbeitete Lernstoff aktiv durch die Lernenden angewandt und erarbeitet wird, bleibe er nachweislich lange im Gedächtnis, ebenso wie das Erleben der Situationen, der Eindrücke und der geweckten Emotionen zu einem besseren Einprägen führen könne, wodurch ein breites Spektrum an Kompetenzen erworben werden kann (vgl. Stober, 2023).

Die Lehrperson übernimmt bei einem Planspiel vor allem die Rolle der Spielleitung, die jederzeit für Fragen zur Verfügung steht, Material beschafft, den Teilnehmenden bei Bedarf beratend zur Seite steht und auf die Einhaltung der Spielregeln achtet. Weiterhin kann die

Lehrperson bei Bedarf intervenieren, dabei aber den Lernenden einen großen Freiraum bei der Durchführung ermöglichen, die es den ihnen erlaubt, richtige Entscheidungen zu treffen, aber auch Fehler zu machen (vgl. Reich, 2007). Eine der wichtigsten Aufgaben ist jedoch die Koordination der einzelnen Spielphasen, die Reich folgendermaßen beschreibt:

1. Spieleinführung
2. Informations- und Lesephase
3. Meinungsbildung und Strategieplanung
4. Interaktion zwischen den Gruppen
5. Vorbereitung eines Plenums
6. Durchführung eines Plenums
7. Spielauswertung

Wurde die theoretische Rahmung sowie die curriculare Einordnung bereits in den vorherigen Kapiteln ausgiebig betrachtet, soll es in diesem Kapitel neben der Darstellung der Unterrichtsmethode an sich um das konkrete Planspiel gehen, welches in Anlehnung an das von Kerres und Wissing (2020) entwickelte Planspiel: Kindeswohl von den Autor*Innen weiterentwickelt und modifiziert wurde. Aus Platzgründen findet sich eine exemplarische, ausführliche Rollenbeschreibung im Anhang (siehe Anhang III). Ebenso muss die Bedingungsanalyse entfallen, da das Spiel als Einheit für einen Unterricht ohne konkreten Anlass entwickelt wurde. Konkrete Lernziele, die mit dem Planspiel erreicht werden sollen, sind zum einen die Übernahme einer anderen Perspektive, die flexible Reaktion auf unvorhersehbare Geschehnisse, das Erkennen von Zusammenhängen im Bereich Kindeswohl mit dem Schwerpunkt pflegerische Gewalt gegenüber Kindern und nicht zuletzt die Grundlagen der Gesprächsführung mit dem Ziel, ein Gespräch strategisch vorzubereiten und durchführen zu können. Vorgesehen ist dabei ein ganzer Unterrichtstag (8UE). Die Situation im Kurzformat stellt sich folgendermaßen dar:

Die zwölfjährige Alina lebt in einer stationären Wohngruppe und erhält aufgrund einer Erkrankung regelmäßige pflegerische Unterstützung. In letzter Zeit zieht sich Alina immer öfter zurück, es wirkt, als ob sie Angst vor einzelnen Mitarbeitenden habe, was sich in körperlichen Symptomen (Einnässen) äußert. Die betreuenden Pflegefachpersonen haben unterschiedliche Wahrnehmungen, manche bagatellisieren, andere sorgen sich stark.

Folgende Rollen sind für das Planspiel vorgesehen: die zwölfjährige Alina, ihre Mutter Erika, Pflegekraft Thomas, der überlastet und wenig einsichtig ist, Pflegekraft Ayse, die sehr einfühlsam ist und Grenzverletzungen von Thomas beobachtet, die Wohngruppenleitung und Sozialarbeiterin Muriel, sowie die Fachkraft der Kinderschutzstelle, Manja. In der Interaktionsphase

werden die unterschiedlichen Situationen eingespielt: die Beobachtung der Gewaltsituation von Thomas, die daraufhin einberufene Teamkonferenz, bei der über die Uneinigkeit der Interpretation der Situation diskutiert wird, das Gespräch mit Alina, die Dilemmasituation mit den Fragen: Meldung? Interne Klärung? und/oder Gespräch? mit der Leitung sowie der Kontakt mit der Kinderschutzstelle außerhalb der Wohngruppe. In der Auswertungsphase soll unter anderem auf die Fragen eingegangen werden, ob Warnsignale erkannt wurden, welche Handlungsmöglichkeiten es gab, welche Rolle Macht und Abhängigkeit spielen, wie ein sicherer Umgang hätte aussehen können und welche Regeln ein Team braucht, um Gewalt vorzubeugen.

Erstaunlicherweise wurde nach der Durchführung des angelehnten Planspiels von Wissing und Kerres (2020) berichtet, dass trotz der zu erwartenden Betroffenheit aller, die Teilnehmenden positiv mit Impressionen aus dem Spiel aus dem Tag hinausgingen, was für die aktive Durchführung des vorliegenden Planspiels wünschenswert wäre.

6 Fazit

Die mangelnde Datenlage in Deutschland zu Gewalt gegen Kinder durch Pflegekräften in medizinischen Einrichtungen ist lückenhaft. Darüber hinaus besteht weiterer Forschungsbedarf, da das Thema bislang nicht ausreichend berücksichtigt wurde und die Thematik von hoher Relevanz ist.

Kinder sind als vulnerable Gruppe in medizinischen Einrichtungen einzustufen, da sie sich nicht selbstständig für ihre Rechte, Sicherheit und Bedürfnisse einsetzen können.

Daher ist es unerlässlich, den Kinderschutz zu stärken. Eine frühzeitige Sensibilisierung von angehenden Pflegefachpersonen in Ausbildung und Studium kann hier eine Möglichkeit sein. Durch das erarbeitete Unterrichtskonzept wird das Thema "Gewaltfreie Pflege und Schutz von Kindern in medizinischen Einrichtungen" anschlussfähig.

Literaturverzeichnis

- Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS (AKIK) Bundesverband e.V. (2018). Die EACH-Charta mit Erläuterungen. https://www.akik.de/app/download/12016794960/EACH-CHARTA_Erla%CC%88uterungen.pdf?t=1566393583 (12.12.2025)
- Bloom, B., Engelhart, M., Furst, E., Hill, W. & Krathwohl, D. (1956). Taxonomy of educational objectives. The Classification of Educational Goals. Michigan: David McKay Company INC
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V. (2022). Psychische Gewalt und Emotionale Vernachlässigung von Kindern. https://www.kinderschutz-zentren.org/wp-content/uploads/2023/07/Positionspapier_EmotionaleGewalt.pdf (12.12.2025)
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG - Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht - Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung (2., überarbeitete Auflage). <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> (10.12.2025).
- Clemens, V., Hoffmann, U., König, E., Sachser, C., Brähler, E. & Fegert, J. (2019). Child maltreatment by nursing staff and caregivers in German institutions: a population-representative analysis. Child Abuse and Neglect, 95 (Art. 104046). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104046>
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (2023). Leitfaden Medizinischer Kinderschutz – Erkennen, Abklären und Handeln bei Kindeswohlgefährdung (Version 2.0). <https://www.dgkim.de> (03.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. (2022). Voraussetzungen für die Akkreditierung einer Kinderschutzgruppe nach dem Standard der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (Stand: 1. Februar 2022). <https://www.dgkim.de> (03.01.2026)
- Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (2022a). UN-Konvention über die Rechte des Kindes – Kinderfreundliche Version. <https://www.unicef.de/50770/data/88379d54d95fb5dd474136e39c2b733a> (12.12.2025)
- Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (2022b). UN-Konvention über die Rechte des Kindes. <https://www.unicef.de/194402/data/77afdd9d17e246129b04e8aef70a01ab> (12.12.2025)
- Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (2020). Gewalt hinterlässt Spuren Informationen zur UNICEF-Kampagne #NiemalsGewalt. <https://www.unicef.de/230464/data/d44af655df9f2a68eb7f697b8e791eb1> (12.12.2025)

- Heim, T. (2023). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. <https://deximed.de/home/klinische-themen/paediatrie/krankheiten/sozialpaediatrie/kindesmisshandlung-und-vernachlaessigung#zusammenfassung> (12.12.2025)
- Herz, D. (2000). Simulation und Planspiel in den Sozialwissenschaften: Eine Bestandsaufnahme der internationalen Diskussion (Bd. 1). Münster: LIT Verlag
- Hoffmann, U., Clemens, V., König, E., Brähler, E. & Fegert, J. (2020). Violence against children and adolescents by nursing staff: Prevalence rates and implications for practice. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14 (Art. 43). <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00350-6> (03.01.2026)
- Kerres, A., & Wissing, C. (2020). Planspiele Pflege und Gesundheit: Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-035818-8>
- Kinderschutz-Leitlinienbüro (2019). AWMF S3(+) Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik. Langfassung, Version 1.0. AWMF-Registernr. 027-069. https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-069I_S3_Kindegsmisshandlung-Missbrauch-Vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2022-01-abgelaufen.pdf (06.01.2026)
- Kohler, B. (2024). Kind im Krankenhaus. In: Fley, G. & Schneider, F. (Hrsg.). *Pflege Heute. Pädiatrische Pflege* (2.Auflage), 19-23. München: Elsevier
- Martach, F. & Stöppel, M. (2024). Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Fley, G. & Schneider, F. (Hrsg.). *Pflege Heute. Pädiatrische Pflege* (2.Auflage), 42-46. München: Elsevier
- Oelke, U. & Meyer, H. (2013). Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. Teach the teacher. Berlin: Cornelsen
- Pooch, M., Kappler, S., Kindler, H., & Tremel, I. (2019). Schutzkonzepte im Gesundheitsbereich Qualitative und quantitative Ergebnisse des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Experten_und_Studien/DJI-Teilbericht_2_3_Gesundheit.pdf (06.01.2026)
- Rassenhofer, M., Korger, S., Fegert, J., & Hoffmann, U. (2021). Häufigkeiten von Übergriffen auf Kinder und Jugendliche durch Angehörige der Heil- und Pflegeberufe. *Kindheit und Entwicklung*, 30(4), 218–226. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000355>
- Reich, K. (2007). Planspiel. <http://methodenpool.uni-koeln.de/download/planspiel.pdf> (02.01.2026)
- Schewior-Popp, S. (2014). Lernsituationen planen und gestalten – Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext (2. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Thieme

- Stober, S. (2023). Planspiele im Pflegeunterricht: Chancen und Risiken einer anspruchsvollen Unterrichtsmethode. PADUA, 18(4), 201–205. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000752>
- Thiemann, J. (2023). Entwicklung von Planspielen für die Lehre: Anforderungen – Methodik – Lerneffekte. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40263-1>

Anhang I

Die zehn Artikel der EACH-Charta für kranke Kinder (AKIK, 2018, 36)

Die EACH-Charta für kranke Kinder

Krankenhausaufenthalt nur
wenn nötig



Nähe und
Sicherheit im
Krankenhaus



Mitaufnahme einer
Bezugsperson



Kindgerechte Information



Mitbeteiligung und
Mitentscheidung



Kindgerechte Umgebung



Unterstützung nach Alter
und Entwicklungsstand



Personal mit qualifizierter
pädiatrischer Ausbildung



Kontinuität in der Betreuung



Behandlung mit Takt und
Verständnis



Anhang II

Tabellarische Übersicht Unterrichtseinheiten (Angelehnt an Schewior-Popp, 2014)

Unterrichtseinheiten (UE)	Inhalt der UE	Geplantes Lehrer*innenverhalten	Erwartetes Schüler*innenverhalten	Medien	Sozialform/Methode
Tag 1					
1-4	Formen der Gewalt, Vulnerabilität von Kindern, EACH-Charta, Rechtliche Grundlagen und Leitlinien	Aktiv durch Impulsvortrag, Passiv-aktiv bei Diskussion (Moderation und zuhören)	Passiv (Zuhörend), Aktiv (Rückfragend, diskutierend, selbständig ausarbeitend)	Powerpoint, Flipcharts, Arbeitsblätter, Leitlinien	Plenum, Frontalvortrag, Diskussion, Partnerarbeit
5-8	Vertiefung und Methoden: Analyse der EACH-Charta und Ableitung von Schutzmaßnahmen mit Vorstellung der Ergebnisse im Plenum; Einführung in Beobachtungs- und Dokumentationsinstrumente	Aktiv durch Frontalvortrag, Passiv-aktiv bei Diskussion (Moderation und zuhören), aktiv begleitend bei Erarbeitungen	Passiv (zuhörend), Aktiv (diskutierend, rückfragend, selbständig ausarbeitend, präsentierend, reflektierend)	Flipcharts, Powerpoint, Beobachtungs- und Dokumentationsinstrumente	Gruppenarbeit, Plenum, Frontalvortrag, Diskussion
Tag 2					
Unterrichtseinheiten	Inhalt der UE	Geplantes Lehrer*innenverhalten	Erwartetes Schüler*innenverhalten	Medien	Sozialform/Methode
1-6	Fallarbeit und Risikoanalyse: Bearbeitung eines realitätsnahen Fallbeispiels zur Risikoanalyse; Vorstellung der kollegialen Beratung	Aktiv: Vorstellung und Moderation des Fallbeispiels, Unterstützung in der kollegialen Beratung, Passiv-aktiv in der Präsentation der Ergebnisse (zuhörend, Rückfragen stellend)	Passiv (zuhörend), Aktiv (diskutierend, rückfragend, selbständig ausarbeitend, präsentierend, reflektierend)	Flipcharts, Powerpoint, Beobachtungs- und Dokumentationsinstrumente, Fallbeispiel	Gruppenarbeit, Plenum, Frontalvortrag, Diskussion, Kleingruppenarbeit
7-8	Vorbereitung des Planspiels: „Alina in der Wohngruppe“; Rollenvergabe, Briefing, Lese- und Schreibphase der Rollensteckbriefe; Strategieplanung in den Gruppen	Aktiv: Lenkend bei der Verteilung der Rollen, Vortragend (Fallbeispiel), Lenkend und Unterstützend beim Lesen und der Strategieplanung	Aktiv: Auswahl von Rollen, selbständiges Lesen, aktive Planung der Spielphase (Intentionen, Strategie, Erkenntnisinteresse)	Planspiel und Rollen (digital oder analog), Flipchart	Plenum, Kleingruppenarbeit

Tag 3					
Unterrichtseinheiten	Inhalt der UE	Geplantes Lehrer*innenverhalten	Erwartetes Schüler*innenverhalten	Medien	Sozialform/Methode
1-4	Durchführung Planspiel: Simulation mehrerer Interaktionssequenzen (Beobachtung, Teamkonferenz, Gespräch mit dem Kind, Kontakt zur Kinderschutzstelle)	Aktiv: Lenkend, für Fragen zur Verfügung stehend, Wichtig hier: passiv zurückhaltend um Auszubildenden nicht zu beeinflussen , Aktiv: Notizen machen, beobachtend	Aktives Spielen der Rolle mit Treffen von Entscheidungen (eine Person spielt, die übrige Kleingruppe beobachtet, macht Notizen, steht beratend zur Seite)	Ereigniskarten	Plenum, Kleingruppenarbeit, Planspiel
5-8	Auswertung und Transfer: strukturierte Reflexion: Emotionen, Entscheidungen, Machtverhältnisse Transfer in die Praxis: Entwicklung eines persönlichen Handlungsplanes und institutioneller Maßnahmen; abschließende Evaluation und Feedback	Aktiv: Lenkend und unterstützend; Rückhalt bietend bei Auftreten von starken Emotionen; moderierend auswerten und Gruppe zum Abschluss begleiten	Auszubildende berichten von ihren Erfahrungen beim Planspiel, aktiv reflektierend, selbständige Erarbeitung von Handlungsplänen und Maßnahmen	Flipchart, Whiteboard, Moderationskarten für Blitzlicht zum Abschluss	Plenum, Kleingruppenarbeit, Blitzlicht

Anhang III

Situation der Pflegefachkraft Thomas

Steckbrief

Name: Thomas Huber

Alter: 45 Jahre

Wesen: energisch, ein „Macher“, ist Frauen gegenüber dominant, tut sich schwer mit Frauen als Vorgesetzte

Du arbeitest seit einigen Jahren in der stationären Wohngruppe von Alina, hast aber über 25 Jahre Erfahrung auf psychiatrischen und somatischen Stationen. Du bist ein erfahrener Profi, der weiß, wie der Alltag abläuft und hast auch schwierige Kinder im Griff. Dein eigener Sohn lebt bei Deiner geschiedenen Ex-Frau und Du siehst ihn jedes zweite Wochenende. Im Beruf sind für Dich Disziplin, Tempo und klare Ansagen notwendig, um Deinen Alltag zu bewältigen. Dabei steht Funktionalität über Beziehung. Du hast ein stark paternalistisches Menschenbild, das Du von Deinem strengen Vater übernommen hast, von dem Du immer gesagt hast, dass Du eigentlich nicht so werden wolltest, wie er. Für Dich ist es wichtig, dass Kinder lernen müssen, sich anzupassen. Gefühle, die Kinder äußern interpretierst Du häufig als Widerstand und/oder Manipulation. Dabei erkennst Du ein Machtgefälle oder Abhängigkeiten bewusst nicht an. Dass Alina immer so langsam und empfindlich ist bei der morgendlichen Versorgung ärgert Dich sehr, denn Du hast schließlich besseres zu tun, als so „Heulsusen“ zu bemuttern. Manchmal hast Du das Gefühl, dass sie Dich absichtlich provoziert. Du denkst innerlich, dass sie dabei froh sein kann, dass Du da bist, andere würden noch viel härter durchgreifen. Dabei tust Du doch nur Deine Arbeit, was schließlich der ganzen Wohngruppe zugutekommt. Das könnten Deine Kolleginnen ruhig mal anerkennen. Generell hast Du das Gefühl, chronisch überlastet zu sein, da ohne Dich ja sowieso nichts läuft. Und manchmal entlädt sich diese Wut halt mal in einen ruppigen Umgang. Dabei bist Du eigentlich ein ganz netter Typ. Deine Kumpels aus dem Fußballverein sind immer gern mit Dir zusammen, vor allem, weil Du immer trinkfreudig bist und dann auch jede Party auf Hochtouren bringst. Deswegen verunsichert Dich Dein eigener rabiater Umgang mit den Kindern, da Du eigentlich weißt, dass Du dabei Grenzen überschreitest. Das darf auf keinen Fall rauskommen, nicht dass Du noch Deinen Job verlierst oder jemand rausbekommt, dass Du eigentlich doch nicht so viel auf dem Kasten hast. Gerade heute Morgen hattest Du das Gefühl, dass Deine Kollegin Ayse etwas mitbekommen hat.